

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2019

N° 2019-236
2019-237

THESE

Pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

(DES de MEDECINE GENERALE)

Par

Pauline DAVID née le 03/03/1989 à Châteaubriant (44)

Et

Hélène MIEN née le 14/02/1989 à Paris (75)

Présentée et soutenue publiquement le *05/11/2019*

« Que pensent les patientes de plus de 18 ans du repérage du mésusage de l'alcool
en consultation de médecine générale en Loire-Atlantique ? »

Président : Madame le Professeure Marie GRALL-BRONNEC
Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Jean-Yves GUILLET
Membres du jury : Madame le Docteur Rosalie ROUSSEAU
Monsieur le Docteur Nicolas HOMMEY

Remerciements communs :

A Madame le Professeure Marie-GRALL-BRONNEC, merci d'avoir accepté de présider ce jury et de nous faire l'honneur de juger notre travail.

A Monsieur le Docteur Jean-Yves GUILLET, merci d'avoir dirigé ce travail et d'avoir pu apporter l'expérience et le regard d'un addictologue.

A Madame le Docteur Rosalie ROUSSEAU, merci de nous avoir accompagnées et guidées dans ce travail.

A Monsieur le Docteur Nicolas HOMMEY, merci pour l'intérêt porté à notre travail. Merci d'avoir accepté d'être membre du jury de notre thèse.

Aux patientes recrutées ayant accepté de participer à notre travail, merci pour le temps précieux qu'elles nous ont consacré.

Merci aux médecins que nous avons rencontré durant ce travail et qui ont accepté de travailler avec nous. Votre aide nous a été précieuse.

A nos relecteurs.

Remerciements de Pauline :

A Hélène, des moments de doute, des moments d'euphorie. On a su avancer toutes les deux, travailler avec toi a été une super expérience.

A Lucie, la vie est moins douce sans toi. Mais j'ai réussi, pour toi en partie.

A Kelly, tu m'as donné la chance de devenir une grande sœur ! Je serai toujours là pour toi.

A Amélie. On a grandi ensemble, tu as toujours été un modèle pour moi. Tu m'as appris à apprendre, merci.

A Romain et Adam, mon beau-frère et mon neveu préférés !

A maman, A papa, Vous m'avez donné la chance d'accomplir ces études et de devenir médecin. Un grand merci ! Je vous aime fort.

Maman, la force tranquille ! Un soutien sans faille, une oreille attentive et bienveillante. Sans doute la meilleure personne que je connaisse.

Papa, parce que « quand on veut on peut », cette phrase que tu m'as souvent répétée a rythmé mon quotidien pendant toutes ces années. Un exemple de courage qui a su me guider dans mon parcours.

Aux Pouancéens (vous êtes trop nombreux pour tous vous citer, mais je suis sûre de n'oublier personne!), mes amis de toujours et pour toujours. Mes piliers, on a grandi ensemble et on va vieillir ensemble, la famille ne cesse de s'agrandir ! Je sais que je peux compter sur chacun d'entre vous et c'est sécurisant. Je vous aime.

A Régis, parce que je ne pouvais pas clôturer ce chapitre sans un mot pour toi, tu m'as accompagné dans les pires années, merci.

A mes amis « Les moches », les meilleurs, Coco, Hyacinthe, Aude, Mathilde, Florie, Maeva, ces études nous ont permis de nous rencontrer il y a longtemps maintenant, on s'est trouvés, on ne s'est plus quittés. J'ai beaucoup de chance de vous avoir. Je souhaite que notre route soit encore très longue. Tout est meilleur quand je vous ai avec moi.

Et une grosse pensée aux +1 Raph et Antoine qu'on a adoptés et qui complètent à merveille cette grande famille.

A Pastou, mon indispensable. Nos cerveaux complexes se comprennent. Merci d'être là tout simplement.

A ma Manue, parce que chaque moment avec toi est une fête, en toute simplicité et toujours avec le sourire !

Aux Pigoust, Noémie, Clément et Leïla. Une semaine au ski et c'était parti. Je suis heureuse de vous avoir près de moi.

Pen bron team et plus particulièrement Nathalie, à nos débuts dans l'internat dans ce cadre de travail si particulier. Tant de souvenirs. Le chemin n'est pas terminé !

Luçon team, Nath, Anaëlle, Marie Ange, Charles, Marjo et Gio, parce que sans vous ce séjour Vendéen aurait été tellement fade. Les soirées « chapelle » resteront gravées !

Pedia team, Ophélie, Charlotte, Audrey et Anne Lise, je suis contente d'avoir eu une super équipe pour affronter ces six mois, des liens se créent dans l'adversité, on a pu le constater !

A tous les médecins que j'ai croisés durant mon parcours, qui m'ont accompagné et transmis leur goût pour ce fabuleux métier.

Remerciements d'Hélène

A Paulette : Pour tout ce travail que l'on a accompli ensemble, il nous en aura fallu du temps mais ça y est cette fois on y est !

A mes parents, ma famille : Merci pour votre présence et votre soutien durant toutes ces années d'études et de concours de médecine. Ça n'a pas toujours été facile, merci d'avoir été à mes côtés.

A la Team Cristolie : Emie Fatemeh Guilloux Jarro Justine Pierrot Quiterie Marion Marmou : Merci pour toutes ces années passées ensemble, toutes ces vacances, ces week-ends, ces soirées... Et pour toutes celles encore à venir. Qui a dit que l'on devenait sage avec le temps ?

Aux zouz de Créteil : Boccia GLG Ilé Julie Laeti Timsito : Merci pour ces week-ends annuels de retrouvailles que l'on perpétue malgré l'éloignement. On a dépassé de loin le quota cette année !

Aux zouz de la 12, aux Sablais / Nantais : Céc Clémence Hélo Marine Ophélie BFF et autres doumimis : Il a fallu que chacun sorte de sa région natale pour que l'on se retrouve ici. Depuis les débuts chaotiques de l'internat, la villa 12 avec ses tonus mythiques, on en a fait du chemin ! Et ensuite la vie à Nantes, qui nous a montré que finalement on partage plus que de la médecine. 85- RPZ

A Danton et ses habitants : Benj, Manue, la poiscaille : Pour les barbecues sur la terrasse, les apéros qui dégénèrent, les « moments préf » !

Benj : Merci pour ta patience... que je mets si souvent à l'épreuve. Tu sais me redonner confiance en moi et ce n'est pas une mince affaire. Maintenant place aux voyages !

A tous les médecins que j'ai croisés durant mon parcours et qui ont su me transmettre leur passion pour ce métier.

SERMENT MEDICAL

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis (e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré (e) et méprisé (e) si j'y manque.

TABLE DES MATIERES

I/ Introduction

- a) Etat des lieux en France : l'alcool en quelques chiffres
- b) La place du médecin généraliste
- c) Spécificités chez la femme
- d) Question de recherche

II/ Matériel et méthode

- a) Choix de la méthode
- b) Population étudiée et mode de recrutement
- c) Recueil des données
- d) Analyse des données
- e) Ethique
- f) Répartition du travail

III/ Résultats

- a) Description des entretiens
- b) Description de la population
- c) Importance de la qualité de la relation médecin-patient
- d) Alcool en société
- e) Aborder le sujet « alcool » en consultation : l'avis des femmes
- f) Ressenti des patientes quand le sujet est abordé
- g) Freins des médecins généralistes imaginés par les patientes
- h) Comment déterminer le niveau de consommation à risque
- i) Comment améliorer la prévention

IV/ Discussion

- a) Résultats principaux et comparaison avec la littérature
- b) Puissance de l'étude
- c) Perspectives

V/ Conclusion

VI/ Bibliographie

VII/ Annexes

Annexe 1 : liste des abréviations utilisées

Annexe 2 : fiche d'information et de consentement remise aux patientes

Annexe 3 : premier guide d'entretien utilisé

Annexe 4 : deuxième guide d'entretien utilisé

Annexe 5 : Troisième guide d'entretien utilisé

Annexe 6 : verbatims retranscrits (clé USB)

Annexe 7 : tableaux de résultats classés par thèmes

Annexe 8 : Le carré de White

Annexe 9 : Pyramide de Skinner sur les consommations d'alcool

Annexe 10 : le score AUDIT-C

Annexe 11 : le score AUDIT

Annexe 12 : le questionnaire FACE

I/ INTRODUCTION

a) Etat des lieux en France : l'alcool en quelques chiffres

En France l'alcool, et plus particulièrement le vin, est considéré comme l'un des symboles de la tradition et de la gastronomie. Il est associé à la fête, à la convivialité en famille ou entre amis. L'alcool est apprécié pour le plaisir du goût, mais aussi pour ses vertus socialisatrices, relaxantes et euphorisantes. (1)

La France est un pays de tradition viticole: malgré une chute importante du volume de vin consommé au cours des 50 dernières années, elle restait en 2012 le plus grand consommateur mondial (un peu moins de 47 litres par habitant) et le premier producteur. (2)

Selon les acteurs du secteur des boissons alcoolisées, le chiffre d'affaires de la filière alcool française représentait 22 milliards d'euros en 2013 (15 pour la viticulture, 4,4 pour les spiritueux et 2,5 milliards pour le secteur de la bière). (1)

En 2015, les ménages français ont consacré 20,7 milliards d'euros, soit 2,7 % de leur budget total (ou encore 10 % du budget « alimentation ») aux boissons alcoolisées. (3)

Selon l'OFDT (2014), chez les 18-75 ans, 87% ont déclaré avoir bu au moins une fois dans l'année, dont 39% plus d'une fois par semaine et 10% quotidiennement. Seulement 13% ont déclaré ne jamais avoir consommé d'alcool. Il s'agit de la substance psychoactive la plus consommée en France. (2)

Selon le rapport de Reynaud de 2013, l'alcool est pour les experts scientifiques, le produit qui procure le plus de plaisir et de bien-être mais aussi le produit le plus dangereux en termes de dommages sanitaires et sociaux. (4)

Les dommages sanitaires peuvent être définis comme l'ensemble des maladies et traumatismes (cancers, pathologies cardiovasculaires, neuropathies, infections, suicides, dépression, accidents de la voie publique, violence, traumatismes, comas éthyliques, décès) provoqués par la consommation d'alcool, qu'elle soit aiguë ou chronique. Mais il existe également des répercussions négatives sur la vie sociale des consommateurs et de leur entourage : conséquences sur les relations avec les proches telles que souffrances physiques ou psychiques ou violences intra familiales, mais aussi infractions à la loi, infractions routières, perte d'emploi, délinquance. Ces répercussions diminuant ainsi leur qualité de vie et entraînant des dommages pour la collectivité. (2)

L'alcool est en France la première cause de mortalité prématurée, la 2ème de mortalité évitable et 3ème de mortalité globale. (4)

Il est responsable de près de 50 000 décès par an, tous âges confondus, dont 30% par cancers, 25% par maladies cardio-vasculaires, 17% par accidents ou suicides, 16% par pathologies digestives, 11% d'autres causes (maladies neurologiques, diabète de type 2, etc).

Au total, 13 % des décès masculins et 5 % des décès féminins sont attribuables à l'alcool.

Cette différence est pour une large part le reflet de la proportion plus importante d'hommes consommateurs d'alcool que de femmes. (2)

En effet, à l'âge adulte, en 2014, la consommation de boissons alcoolisées reste plus importante chez les hommes, ceux-ci étant en effet trois fois plus nombreux à consommer quotidiennement de l'alcool (15 % contre 5 %) et 63 % d'entre eux déclarant une consommation hebdomadaire contre 36 % des femmes. (5)

Selon le bulletin épidémiologique hebdomadaire du 19/02/2019 de Santé Publique France, (6) il existe une frange de très gros buveurs : 10% des consommateurs d'alcool boivent à eux seuls 58% de l'alcool consommé, et 20% des français consomment 80% de l'alcool vendu (ce qui confirme le principe de Villefredo- Pareto consistant à dire que 80% des effets sont le produit de 20% des causes). De plus, alors qu'elle baissait régulièrement depuis la seconde guerre mondiale, la consommation d'alcool ne baisse plus en France depuis 5 ans : les détricotages successifs de la loi Evin, sur injonction du lobby de l'alcool ont permis d'enrayer complètement, en toute discrétion, cette tendance historique. (7)

Il s'agit donc d'un véritable problème de santé publique, coûtant à l'Etat et l'Assurance Maladie près de 120 milliards d'euros par an. Pour cette raison le gouvernement a souhaité renforcer le plan de lutte contre les addictions entre 2018 et 2022. (8)

Selon l'OMS, il n'existe pas de consommation sans danger, mais plutôt des seuils de consommation à faible risque, à risque modéré ou à fort risque de complication.

Il n'existe pas de seuil clair de consommation qui permettrait à coup sûr de limiter les risques pour la santé tout au long de la vie, mais le seuil initial fixé par l'OMS était de 21 verres par semaine pour les hommes et 14 verres par semaine pour les femmes (un verre standard contenant environ 10g d'alcool pur).



Toutefois, le Ministère des solidarités et de la santé et Santé publique France ont lancé début 2019 une campagne nationale d'information, visant à limiter toute consommation d'alcool à 2 verres standards par jour et pas tous les jours (environ 10 verres par semaine). (9)

Cette modification des recommandations se base sur une étude de grande ampleur; l'étude publiée par la revue LANCET, une méta analyse réalisée par « l'Institute for Health Metrics and Evaluation » de l'université de Washington, étude réalisée de 1990 à 2016, impliquant 195 pays et 1800 chercheurs, publiée courant 2018, et montrant qu'au-delà d'une consommation supérieure à 100g d'alcool par semaine (soit moins de 1,5 verre standard par jour), il existe une corrélation nette avec un accroissement de la mortalité (accident vasculaire cérébral, maladie coronarienne, trouble du rythme cardiaque, rupture d'anévrisme de l'aorte, crise hypertensive). (10)

Pour autant, par habitant âgé de 15 ans ou plus, les quantités globales d'alcool pur absorbées sur le territoire français en 2013, représentent en moyenne 2,6 verres standards (=contenant 10 g d'alcool pur) par jour. (2) Cette consommation est stable en 2017. (11)

Ces chiffres sont bien au-delà des nouvelles recommandations, ce qui démontre la place primordiale de la prévention.

b) La place du médecin généraliste :

Le DSM 5 distingue le mésusage et l'alcoolodépendance, et définit le mésusage comme regroupant à la fois les troubles liés à l'usage de l'alcool dit TUAL (= consommation entraînant des conséquences négatives médicales, professionnelles ou sociales mais sans dépendance physique ou psychique) et l'usage à risque (= consommation risquant d'entraîner les conséquences néfastes du TUAL si la consommation persiste).

Le médecin généraliste agit en population générale, il est le premier recours pour dépister précocement les patients en mésusage, puisqu'il a de nombreuses opportunités de questionner les patients sur leur consommation d'alcool et de repérer les consommateurs à risque.

On estime à 92000 le nombre de consultations par semaine en France en lien avec un problème directement lié à l'alcool.

Il y a pourtant une sous-estimation du diagnostic du mésusage d'alcool en France. (12)

En effet, il a été prouvé qu'à l'heure actuelle, les médecins généralistes ressentent encore des freins à aborder le sujet de l'alcool en consultation, lorsque ce dernier n'est pas directement abordé par le patient. (13)

Ces freins exprimés sont de trois ordres principalement :

- manque de temps (problématique complexe à aborder au cours d'une consultation de 15 minutes seulement, peur d'un manque d'efficacité)
- manque de formation (formation médicale initiale encore très axée sur la prise en charge des maladies biomédicales, aux dépens de la maladie comportementale, crainte de l'échec dans la prise en charge)
- sujet tabou (peur de vexer, de perdre la relation de confiance instaurée avec le patient, peur que ce dernier se sente jugé, d'être trop intrusif).

c) Spécificités chez la femme :

Les femmes représentent 60% des actes en médecine générale, elles consultent plus souvent.

Le médecin est donc plus à même de leur poser la question de leur consommation.

Les femmes consomment moins que les hommes, elles sont plus nombreuses à déclarer ne pas consommer du tout mais selon le professeur Mickael Naassila (professeur de physiologie, UFR de pharmacie, groupe de recherche sur l'alcool et les pharmacodépendances du CHU d'Amiens) elles présentent aussi une plus grande fragilité somatique et les dommages sont plus rapides pour une consommation identique, de plus elles ont un risque accru et prématuré de devenir alcoolodépendantes.

Par ailleurs, la relation à l'alcool chez la femme est beaucoup plus difficile avec de nombreux préjudices sociaux au fil des siècles.

- Au 16ème siècle, Rabelais montre l'homme buveur jovial et sympathique alors que Montaigne montre la femme buveuse avec une image très péjorative. (14)
- Au début du XXe siècle, boire était un comportement socialement légitime pour les hommes. La consommation d'alcool constituait chez les jeunes hommes un rite de passage vers le monde adulte. Alors que le fait de boire était perçu comme un symbole de force, de vitalité et de virilité pour les hommes, la sobriété apparaissait associée à la féminité, la pureté et la sécurité, la consommation féminine étant considérée comme une mise en danger de la famille et faisait perdre aux femmes leur féminité et leur parfum de pureté. Elles développent alors une image répugnante et dépendante. (15)

Leur consommation doit donc se faire à domicile afin d'être invisible. Il s'agit d'une pratique plus solitaire. (16)

- De nos jours, malgré quelques inégalités qui subsistent, la femme a une indépendance financière, elle a une place dans la société en tant que mère, épouse, mais aussi en tant que femme à part entière.

La conquête de cette « liberté » par les femmes constitue un enjeu pour certains intérêts économiques. Comme pour le tabac, les industriels et distributeurs d'alcool ont tiré parti de ce changement en développant des produits très clairement orientés vers un public féminin, empruntant volontiers les codes de la mode et de l'industrie cosmétique. L'objectif est de légitimer l'alcoolisation des femmes tout en la rendant attrayante. (16)

Des études internationales ont montré que la réduction des inégalités entre les sexes s'accompagne d'une convergence des comportements de consommation, notamment d'alcool. Ainsi, les femmes exerçant des responsabilités professionnelles plus élevées ont tendance à adopter des comportements d'alcoolisation masculins et à boire davantage. (16)

De plus il existe une modification des comportements d'alcoolisation depuis 2005, avec une augmentation des consommations ponctuelles, surtout chez les adolescents de 17 ans et jeunes adultes, et cette augmentation a été plus particulièrement importante chez les jeunes femmes de 18 à 25 ans.

Depuis les années 2000, la banalisation de la consommation d'alcool par les femmes devient une norme sociale. (4)

Pour autant, la femme qui boit reste mal perçue, les sanctions morales restent plus importantes que chez l'homme et un sentiment de honte la limite dans sa demande de soin. Quel que soit le statut qu'elle a dans la société et malgré ces évolutions, l'alcoolisme féminin est toujours vu avec davantage de réprobation que chez les hommes. Il est aussi jugé plus durement. (17)

Du fait des différences mises en évidence entre hommes et femmes, tant en ce qui concerne les comportements d'usages que les représentations sociales, il apparaît légitime de s'interroger sur l'intérêt d'une intervention de prévention qui serait propre à chaque sexe.

En effet, les spécificités féminines demeurent peu intégrées dans la réflexion sur l'efficacité du repérage ou de la prise en charge sociale ou thérapeutique, et totalement absentes de la réflexion sur la validité clinique des critères de dépendance. (5)

d) Question de recherche :

Au total, nous avons vu que l'alcool en France est une véritable institution culturelle et sociale mais dont les risques ne sont pas négligeables. Le rôle du médecin généraliste est de dépister le plus tôt possible les patients à risque avant l'apparition des complications médico-sociales.

Cependant, aborder le sujet alcool en consultation est encore tabou, et rechercher une consommation inappropriée est parfois délicate, et ce plus particulièrement chez la femme pourtant plus à risque d'évoluer plus rapidement vers un trouble de l'usage ou une alcoolo-dépendance.

Les mentalités évoluent, alors qu'en est-il aujourd'hui ?

Les freins ressentis par les médecins généralistes sont-ils encore fondés ?

Nous nous sommes intéressées au ressenti des femmes lorsque le sujet est abordé en consultation de médecine générale, sur le département de la Loire Atlantique, afin de répondre à cette question :

Que pensent les patientes de plus de 18 ans du repérage du mésusage de l'alcool en consultation de médecine générale en Loire-Atlantique ?

II/ MATERIEL ET METHODES

a) Choix de la méthode

L'objectif de notre étude est d'évaluer le ressenti des patientes lorsqu'on leur parle de leur consommation d'alcool. Pour répondre à la question nous avons donc choisi de réaliser une étude qualitative qui permet d'évaluer le phénomène de consommation d'alcool dans ses multiples dimensions : affective, cognitive, comportementale et relationnelle. (18) (19)

La recherche qualitative se définit comme : « tout type de recherche qui amène des résultats produits ni par des procédures statistiques, ni par d'autres moyens de quantification ». Cette méthode explore l'existence et la signification des phénomènes psychosociaux en les appréhendant dans leur contexte. Les hypothèses sont données au fur et à mesure par l'étude des verbatim, eux-mêmes produits par les interviewées.

Notre travail de recherche n'entraîne pas de modification des pratiques des médecins, il s'agit donc d'une étude observationnelle.

Nous avons choisi de réaliser des entretiens individuels semi-dirigés, ce qui permet à l'interviewée de parler avec peu d'inhibition contrairement aux entretiens en focus group. L'entretien individuel assurait aux patientes un cadre sécurisant pour exprimer leur vécu. Ces entretiens étaient réalisés à partir d'un guide d'entretien que nous avons rédigé au préalable. Ce guide comprend majoritairement des questions ouvertes afin de pouvoir aborder tous les thèmes souhaités sans pour autant influencer l'interviewée.

Pour la rédaction nous nous sommes appuyées sur les critères COREQ, permettant d'évaluer la qualité d'une recherche qualitative. (20)

b) Population étudiée et mode de recrutement

Nous avons décidé d'interroger les femmes vivant en Loire Atlantique. Elles devaient être âgées de plus de 18 ans.

Les critères d'exclusion étaient : la présence de troubles cognitifs, un handicap mental ou tout trouble psychiatrique ne permettant pas de répondre objectivement aux questions.

Pour le recrutement, nous avons initialement contacté trois cabinets de médecins généralistes (Soudan, Nantes et Rezé), par mail ou par téléphone.

Selon la volonté des médecins, les patientes étaient soit recrutées par les médecins eux-mêmes au cours d'une consultation, ils nous transmettaient ainsi les coordonnées des volontaires pour que nous puissions les contacter en temps voulu (ce qui a été le cas pour les cabinets de Nantes et de Rezé), soit directement par nous au cabinet (ce qui a été le cas au cabinet de Soudan). Nous fixions alors une date pour réaliser l'entretien dans le lieu de leur choix : domicile, café, parc.

Afin de limiter le biais de recrutement, les médecins recruteurs n'étaient pas au courant du sujet précis de l'étude (la fiche explicative distribuée aux médecins et aux patientes se situe en annexe 2).

c) Recueil de données

> Caractéristiques des chercheurs :

Nous sommes deux jeunes médecins généralistes remplaçantes.

Avant le début de l'étude, nous n'avions aucune expérience dans le domaine des recherches qualitatives l'une comme l'autre.

Nous n'avons aucun lien avec les patientes interrogées.

> Guide d'entretien :

Nous avons rédigé ensemble le guide d'entretien. Nous avons testé au préalable le guide auprès de deux patientes afin de le valider et de l'améliorer. Ces deux entretiens n'ont pas été reportés dans la thèse.

Le guide a évolué et a été modifié à deux reprises en fonction de l'analyse (les trois versions sont respectivement en annexe 3, 4 et 5).

> Mode de recueil :

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone après information et accord écrit des patientes.

Nous étions toutes les deux présentes lors de chaque entretien, nous alternions alors les rôles : soit l'une menait l'entretien et l'autre observait afin de recueillir les informations non verbales soit l'inverse. Nous avons rempli chaque rôle autant de fois l'une que l'autre.

Il s'agissait d'entretiens semi dirigés, réalisés soit au domicile de la patiente soit dans des lieux publics selon leur choix (café, parc).

Ils ont duré entre 10 et 31 minutes.

Les entretiens ont été menés entre juillet 2018 et décembre 2018.

> Consentement des patientes interrogées :

Après information claire et détaillée sur le projet de l'étude, nous avons recueilli leur consentement écrit à l'aide d'une fiche d'information et de consentement (située en annexe 2). Nous avons également procédé à un recueil oral de leur consentement, à chaque début d'entretien.

d) Analyse des données

L'observatrice se chargeait de retranscrire les entretiens, mot pour mot, sans modifier la construction originale des phrases (annexe 6).

L'analyse a été réalisée après chaque entretien afin de pouvoir modifier le questionnaire au fur et à mesure, tout d'abord séparément sous la forme d'un codage axial (détermination de thèmes puis de sous thèmes), puis ces analyses ont été secondairement regroupées et mises en commun (triangulation des données), ceci afin de renforcer la validité interne de l'étude. (21)

Les thèmes n'étaient pas identifiés à l'avance mais déterminés à partir des données tirées directement des verbatim.

L'analyse a été réalisée de façon manuelle (sans l'aide d'un logiciel), et la saturation des données est arrivée au bout de 10 entretiens, puis un autre entretien a été réalisé afin de confirmer la saturation (soit un total de 11 entretiens).

Une fois l'analyse de tous les entretiens terminée, nous avons séparément relu une fois tous les entretiens et effectué une seconde analyse puis avons de nouveau mis en commun, pour les cas où de nouveaux thèmes ou sous thèmes seraient passés inaperçus lors de la première analyse.

Il s'agit d'une analyse par théorisation ancrée (c'est-à-dire une étude des perceptions et des représentations, d'un processus social dans un contexte donné, qui permet au chercheur d'interpréter des données brutes qu'il collecte sur le terrain), et inductive (c'est-à-dire qui permet de développer méthodiquement une théorie ancrée dans des données analysées de façon systématique, en opposition à l'analyse hypothético-déductive).

e) Ethique

L'étude a été réalisée hors contexte loi Jardé.

Nous avons demandé aux patientes leur consentement écrit, et au début de chaque entretien nous leur demandions de reformuler leur consentement à l'oral.

Une déclaration simplifiée selon le formulaire MR003 a été faite à la CNIL et a été validée.

f) Répartition du travail

Le travail de recherche bibliographique a été réalisé chacune de son côté, ce afin de pouvoir déterminer en commun la question de recherche, et de réaliser ensemble le canevas d'entretien. Nous avons recruté ensemble les cabinets avec lesquels nous avons travaillé.

Les entretiens ont tous été réalisés à deux.

La retranscription a donc été faite pour moitié par l'une et pour moitié par l'autre.

L'analyse a été réalisée séparément puis la mise en commun a été faite ensemble.

Le plan général de la thèse et les grandes idées à mettre dans chaque partie a été décidé à deux, puis la rédaction spécifique de chaque partie a été répartie équitablement et aléatoirement.

Le travail de correction et de relecture a été fait ensemble.

III/ RÉSULTATS

a) Description des entretiens

Nous avons réalisé 11 entretiens semi dirigés entre juillet 2018 et décembre 2018.

Le recrutement s'est fait au sein de 3 cabinets de médecine générale, soit par le médecin du cabinet lui-même, soit par nous directement. Il y avait deux cabinets de groupe, l'autre médecin travaillait seul.

Nous étions présentes toutes les deux pour chaque entretien, soit nous menions l'entretien soit nous observions. Nous avons alterné à chaque fois et avons rempli chaque rôle autant de fois.

Les femmes étaient seules à chaque fois. Sept entretiens ont été réalisés au domicile des patientes, trois dans un café et un dans un parc. Nous laissons le choix aux patientes.

La durée moyenne des entretiens est de 20 minutes (allant de 10 à 31 minutes).

b) Description de la population

Nous avons interrogé 11 Femmes. L'âge moyen était de 43 ans.

Le tableau ci-joint regroupe les caractéristiques des femmes.

Entretien (durée)	Age	Profession	Niveau d'étude	Situation personnelle	Enfants	Domicile	Cabinet recruté	Lieu de l'entretien	durée du suivi médical
1 (21'06'')	43	Educatrice (ESAT)	Bac +2	En couple	Non	St-Herblain	Nantes	Domicile	trois mois
2 (29'39'')	39	Assistante comptable	Bac +2	Célibataire	Non	Nantes	Nantes	Parc	> 15 ans
3 (11'09'')	60	agent administratif	Bepc (brevet)	divorcée	Oui (2) + petits enfants	Nantes	Rezé	Café	quinze jours
4 (27'21)	47	agricultrice	BTS	mariée	4 enfants	Pouancé	Soudan	domicile	10 ans
5 (15'22'')	48	femme de ménage	BEP	concubinage	Oui (1 fille)	Soudan	Soudan	domicile	>20 ans
6 (18'26)	69	Retraitée, ASH	certificat d'études	célibataire	Non	Rezé	Rezé	domicile	2 ans 1/2
7 (12'39'')	23	travaille avec des enfants	BTS	en couple non mariée	non	Rezé	Rezé	domicile	un an
8 (10'17)	70	Retraitée, employée de bureau	CAP	veuve	oui (2)	Rezé	Rezé	domicile	1 an

9 (27'26")	35	assistante marketing	bac +2	pacsée	oui (2 jumelles)	Rezé	Rezé	domicile	un an
10 (31'01)	74	Retraitée, différents emplois	CAP	divorcée	oui (2)	Rezé	Rezé	café	1 an 1/2
11 (14'50")	26	ingénieur agro alimentaire	bac + 5	en couple	non	Nantes	Rezé	café	6 mois

c) Importance de la qualité de la relation médecin-patient

Les femmes interrogées accordent beaucoup d'importance à la relation médecin-patient.

- Selon elles, il existe des déterminants issus du **médecin en tant qu'individu** qui ont une influence sur cette relation.

Il y a d'une part les qualités du médecin qui influencent positivement la relation telle que sa capacité d'écoute : E1 "*je trouve que c'est l'écoute le plus important*". Une écoute attentive permet aux femmes de se sentir à l'aise pour se livrer.

De plus la disponibilité du médecin : E1 "*j'ai senti qu'elle prenait le temps de faire les choses*". En se montrant disponible le médecin permet aux patientes d'aborder leurs problèmes et de se sentir accompagnées.

Par ailleurs la capacité d'empathie du médecin est une notion importante pour les patientes : E1 "*elle s'est mise à ma difficulté*".

D'autre part, certaines patientes ont évoqué les caractéristiques du médecin telles que son âge : E7 "*il est jeune donc c'est aussi peut être plus facile*" ou son sexe : E7 "*plus les sujets qui portent plus sur la gynéco, je vais ptet plus en parler à ma gynéco ou à une sage-femme*". Ceux-ci peuvent influencer positivement ou négativement sur la relation.

- De mêmes elles décrivent des déterminants relatifs au **rôle du médecin généraliste** en tant que tel qui déterminent la qualité de cette relation.

La relation avec le médecin généraliste est une relation de confiance, elle permet alors de se sentir à l'aise : E3 "*je pense que si on ne le dit pas au médecin quand on a un problème on ne le dira à personne*", elles ont été nombreuses à déclarer qu'il était primordial pour elles d'avoir confiance en leur médecin.

Cela permet aussi selon certaines de pouvoir aborder n'importe quel sujet : E5 "*quand on fait confiance à son médecin après on peut lui parler de plein de choses*" "*y'a rien de tabou avec lui*".

La notion de secret médical a également pu être mise en avant : E3 "*il est tenu au secret*", cette notion de secret permet aux femmes de pouvoir se livrer en toute confiance sur n'importe quel sujet, médical ou non.

Le médecin généraliste, et plus particulièrement le médecin traitant, de par sa position, a une relation privilégiée avec ses patients.

Il a un rôle pivot, il s'articule avec les autres professionnels de santé : E9 “ *c’est un peu la notion de référent* ” - “ *il va répondre à mes questions et qu’il va m’orienter vers un spécialiste en cas de besoin* ”.

Certaines patientes accordent beaucoup d’importance à la notion de médecin de famille : E9 “ *je suis attachée à la notion de médecin de famille, donc c’est vrai que pour moi c’est important* ”.

- Enfin, **l’ancienneté de la relation** des patientes avec leur médecin généraliste est un facteur influençant.

C'est une relation de proximité qui permet d'aborder différents sujets : E4 “ *il me connaît suffisamment pour comprendre* ”.

Cette relation évolue dans le temps : E4 “ *pour moi il a fallu que la relation se crée, donc au bout de quelques années* ”, connaître son médecin depuis plusieurs années facilite les échanges selon certaines patientes.

d) L'alcool dans la société

Nous avons abordé avec les femmes le sujet de l'alcool en général, elles nous ont exprimé leur point de vue concernant l'alcool dans la société.

- Certaines femmes pensent que la société a une **influence sur la consommation**.

La banalisation d'une consommation dite « occasionnelle », il est alors parfois normal de consommer de l'alcool.

De plus il y a un effet groupe, on consomme parce que les autres consomment : E2 “ *en ne buvant pas d'alcool un peu aussi je me suis souvent sentie à l'écart* ”, refuser un verre peut être difficile dans certaines situations.

Certaines femmes ont évoqué la notion de convivialité, quand les gens se réunissent il est banal de consommer de l'alcool : E5 “ *c’est quand on a un anniversaire, une fête, bon ben normal on boit un verre ou deux* ”.

Le côté culturel, en France, du produit alcool été mis en avant par certaines femmes. Elles exposent alors l'influence du cadre familial : E10 “ *on est à table, le papa est habitué à avoir un bon verre de vin. Mais il y a une question d’entraînement aussi dans le milieu familial* ”, dès l'enfance le produit alcool peut être banalisé et faire partie du quotidien.

L'exposition très jeune qui peut davantage banaliser : E4 “ *petit quand on est issu du milieu du nord on boit de la bière à table* ».

De même les médias jouent un rôle : E10 “ *et tout ce qu’on voit à la télé*”, il est fréquent de voir des personnes consommer de l’alcool.

Elles ont aussi évoqué l’**image** de l’alcool dans la société.

- Cette image peut être **négative** car elle montre une faiblesse : E6 “ *c’est triste de pas avoir de volonté, parce qu’il faut de la volonté aussi pour ne pas sombrer*”.

Selon certaines elle engendre des conséquences sociales négatives : E9 “ *l’addiction à l’alcool c’est pas quelque chose de gentil en règle générale, ça fait des dégâts (...) il peut y avoir des situations d’isolement, des situations de violence*”.

Cette image négative peut aussi s’expliquer par le fait qu’il s’agit d’un sujet considéré comme tabou en cas de consommation problématique : E3 “ *je pense que c’est à peu près les mêmes que nous on peut avoir avec des amis qui boivent trop et à qui on n’ose pas le dire*”.

De plus il existe une notion de jugement par la société : E7 “ *les gens ont peur d’être jugés plus vite que ce que ça n’est en fait*”.

Certaines patientes ont même évoqué l’alcoolisme comme n’étant pas une maladie en soi mais un état négatif que l’on aurait soi-même provoqué. Il y a donc une notion de responsabilité individuelle, de culpabilisation des consommateurs. : E2 “ *pour moi une maladie c’est quelque chose qui nous tombe dessus on l’a pas provoqué alors que pour moi quelque part l’alcoolisme on l’a un petit peu cherché*”.

- Mais à la fois elles peuvent **comprendre** ce qui peut amener à une consommation problématique.

Selon certaines cela peut être la conséquence d’un mal-être : E1 “ *il y a quelque chose de caché dans l’addiction à l’alcool, on se met pas à boire dans des proportions comme ça sans raison derrière*”.

Pour d’autres l’alcool peut apporter du réconfort : E5 “ *suffit qu’il y ait un problème et puis ils croient que ben que l’alcool ça va résoudre*”.

- Nous avons abordé avec les femmes la **consommation d’alcool chez la femme** en particulier.

Certaines femmes pensent qu’elle est encore plus tabou chez la femme que chez l’homme car cette consommation est plus dissimulée : E9 “ *c’était plus caché, que c’était un peu plus secret du fait que c’était une femme*”.

Et pour d’autres parce que la consommation est plus honteuse, il y a une notion de dévalorisation et de réprobation : E8 : “ *voir une femme ivre c’est moche hein je trouve! C’est vrai hein? Un homme aussi mais une femme c’est pire*”

Certaines ont expliqué l'image négative de la femme qui boit car celle-ci ne correspondrait pas avec l'image qu'on se fait de la maternité : E9 *“une mère de famille qui boit c'est pas possible, c'est pas compatible du tout”*.

Ou tout simplement, pour d'autres cette image de femme qui boit est laide : E10 *“c'est pas joli joli, quand une femme est saoule c'est pas beau”*.

e) Aborder le sujet « alcool » en consultation : l'avis des femmes

Nous avons cherché à savoir, selon les femmes interrogées, quand le médecin doit aborder le sujet de la consommation d'alcool en consultation mais aussi pourquoi et comment.

- Concernant **le moment** pour l'aborder, certaines pensent qu'il faut l'aborder systématiquement dans certaines situations comme lors du premier contact : E9 *“ça me choquerait pas, honnêtement, parce que toute façon au premier rendez-vous le médecin veut en savoir plus sur vous pour remplir un petit peu tout son dossier, il doit savoir le maximum de choses”*.

Certaines pensent qu'il faut l'aborder de manière systématique pour une population donnée, spécifique telle que les femmes enceintes ou les adolescents : E9 *“y'a toujours des situations qui peuvent, enfin où il faut prévenir. Bon moi j'ai eu le cas pour ma grossesse après je sais pas vis à vis par exemple d'adolescents”*.

D'autres pensent au contraire qu'il ne faut pas l'aborder systématiquement mais plutôt de manière opportuniste.

Par exemple si le médecin est orienté par l'état psychologique du patient, si le médecin perçoit certains signes pouvant évoquer une consommation excessive ou problématique d'alcool : E4 *“à un moment où il voit que le patient qui va pas bien, savoir le questionner sur cette consommation d'alcool”*.

Ou alors si le patient présente des symptômes suspects, cliniques ou biologiques : E3 *“si y'a certains signes par exemple, quitte à passer une prise de sang”*.

Une patiente préfère qu'on lui pose la question une seule fois, une seule fois est suffisante : E2 *“effectivement si elle me pose la question à chaque fois qu'on se voit ça va peut-être vite me gaver”*.

Plusieurs pensent que le médecin doit poser la question seulement si un problème d'alcool est déjà connu : E3 *“ben pour ceux qui ont un problème”*.

Des patientes pensent qu'il est préférable d'aborder le sujet de la consommation d'alcool après une longue durée de suivi : E2 *“plus facile à aborder avec quelqu'un qui nous suit depuis longtemps et qui nous connaît”*. Une certaine proximité entre le médecin et le patient faciliterait l'abord de certains sujets.

A l'inverse, d'autres pensent que c'est plus simple en début de suivi : E7 “ si on la voit depuis des années ça peut être délicat de demander ça”, donnée opposée à la précédente, le fait de bien connaître les gens peut créer un sentiment de gêne à poser certaines questions.

Certaines n'ont pas d'opinion sur le sujet : E9 “ j'ai du mal à voir à quel moment”.

- Nous avons demandé aux femmes leur opinion concernant **l'intérêt** que le médecin peut avoir à aborder le sujet alcool en consultation avec ses patientes.

Selon certaines l'intérêt peut être de faire de la prévention chez le sujet sain, notamment dans certaines situations telles que chez les femmes enceintes ou les adolescents : E9 “à part les situations que j'ai dit tout à l'heure, les femmes enceintes et les ados”.

D'autres pensent que c'est important de faire de la prévention chez tout le monde : E4 “ moi j pense que c'est aussi bien d'en informer tout le monde”.

Certaines pensent que l'intérêt peut être d'aider et de prendre en charge les patients qui ont une consommation problématique : E9 “ pour un médecin le premier sujet à aborder c'est le danger que ça procure, vers quoi ça vous entraîne”, elles associent l'intérêt du dépistage aux personnes ayant une consommation problématique uniquement.

- Nous avons également demandé aux femmes, selon elles, **de quelle manière** le médecin devait aborder le sujet alcool en consultation.

Des femmes mettent en avant l'importance des techniques de communication du médecin pour aborder le sujet.

Elles citent notamment l'intérêt d'un langage simple et accessible : E1 “ elle utilise des termes accessibles” “ elle aborde les choses simplement”, éviter un langage opaque afin de se rendre compréhensible.

Outre les techniques de communication, selon une femme, le médecin doit se montrer disponible : E4 “pour se permettre de s'ouvrir il faut derrière qu'on sente que la personne est à l'écoute” et adopter une attitude bienveillante : E4 “ elle est bienveillante et l'alchimie se fait”, ces attitudes permettent alors aux patientes de se sentir écoutées et facilitent le dialogue.

L'absence de jugement est une notion citée par plusieurs femmes : E9 “ le médecin est pas du tout là pour nous juger quoi”.

Les avis sont partagés concernant l'abord du sujet directement ou progressivement, quelques-unes préfèrent que le médecin aborde le sujet progressivement : E8 “ avec délicatesse hein quand même, pas rentrer tout de suite dans le sujet hein” à l'inverse d'autres préfèrent que le sujet soit abordé directement : E3 “il faut être cash ».

La relation entre le médecin et le patient semble être primordiale pour certaines d'entre elles.

Elles évoquent notamment l'importance de l'absence de hiérarchie, d'une relation d'égal à égal : E1 *“comme si on était entre deux adultes, comme si y'avait pas le... enfin comme si elle avait pas son étiquette de médecin”*.

Par ailleurs la notion de relation de confiance est très souvent mentionnée : E6 *“ quand on a confiance en son médecin je trouve que eux ils peuvent se permettre à ce moment-là de poser certaines questions quoi”*, selon elles quand une relation de confiance est établie, certains sujets peuvent être plus facilement abordés.

Selon certaines il faut tenir compte du vécu : E2 *“ elle connaît mon histoire et du coup elle sait que moi du coup l'alcool c'est même pas la peine”*, connaître sa patiente, son histoire permet au médecin de mieux savoir comment aborder le sujet.

Certaines pensent que c'est plus simple si la relation est ancienne : E10 : *‘Bah quand on le connaît depuis longtemps ça doit être déjà un peu plus facile’* à l'inverse d'autres pensent au contraire que c'est plus difficile si la relation est ancienne : E7: *“si on connaît la personne, si on la voit depuis des années, ça peut être délicat de demander ça”*.

f) Le ressenti des femmes lorsque que le sujet alcool est abordé en consultation

Nous avons souhaité savoir quel pouvait être le ressenti des femmes lorsque leur médecin les questionnait sur leur consommation d'alcool. Certaines femmes n'ayant jamais été interrogées à ce sujet ont alors essayé d'imaginer ce qu'elles auraient pu ressentir ou ce qu'elles ressentiraient s'il leur posait la question.

- Pour certaines, le ressenti est ou serait **positif** car pour elles il s'agit du rôle du médecin généraliste.

En effet cela permet de dépister, d'identifier les personnes ayant une consommation problématique : E11 *“le rôle du médecin ouais, de déceler, enfin si possible de pouvoir déceler”*.

Pour d'autres, le médecin généraliste a un rôle d'information, quel que soit le niveau de consommation des patients : E4 *“l'information n'est jamais négative, c'est même plutôt positif d'être informé”*, en abordant le sujet il permet de passer une information notamment sur les niveaux de risques.

De plus, le médecin généraliste est la personne de premier recours, les patients peuvent s'y rendre pour un motif et discuter de différents problèmes : E3 *“ le médecin c'est la seule personne à qui on peut vraiment parler, à part son confesseur mais on en a plus”*.

De même le médecin généraliste est une personne extérieure à la famille ou aux amis c'est donc plus facile de se confier, il peut donc questionner sur la consommation d'alcool et entraîner des confidences : E5 *“ justement c'est quelqu'un de l'extérieur ça peut ptet aider, plus que quelqu'un de proche”*.

Enfin, certaines femmes pensent que c'est le rôle du médecin généraliste de poser la question car cela permet de traiter en cas de consommation problématique : E8 *“ pour aider la personne à moins boire d'alcool ou pas du tout”*.

Le ressenti peut parfois être positif car les femmes pensent qu'il est important pour le médecin généraliste de faire de la prévention primaire auprès des patients : E3 " *donc si le médecin aborde le problème ça peut faire prendre conscience aux gens qui n'ont pas l'impression d'être alcooliques mais qui dépassent quand même la dose recommandée*".

Mais aussi auprès de l'entourage : E4 " *parce qu'on peut aussi épauler les personnes de notre fratrie ou de notre famille*".

- Pour certaines femmes, le ressenti est **positif sous certaines conditions**.

En effet, elles considèrent que cela peut être mieux vécu si le médecin explique pourquoi il pose la question : E2 " *je pense que c'est important de dire pourquoi, enfin pourquoi on demande et de donner une réponse*", cela peut ainsi éviter à la patiente de penser que le médecin pense qu'elle a une consommation problématique.

Pour d'autres la question peut déclencher un électrochoc chez le patient qui a une consommation à risque ou problématique : E4 " *et pour l'intérêt du patient, bah je dirai que des fois c'est pas plus mal qu'il y ait des électrochocs*", cela rejoint l'idée que le médecin aurait un intérêt à poser la question uniquement en cas de suspicion de consommation problématique ou lorsqu'une consommation problématique est déjà connue.

Enfin certaines ont déclaré qu'un effet intrusif peut avoir des conséquences positives : E11 " *Oui j pense que ça peut, enfin ça peut être intrusif après le médecin est aussi là pour être intrusif donc euh... oui c'est intrusif mais j pense que c'est le rôle d'un médecin aussi de, enfin d'être intrusif quoi.*"

- Parallèlement d'autres femmes pensent que leur ressenti sur cette question serait **négatif** pour différentes raisons. D'une part cette question peut être perçue comme intrusive : E2 " *c'est de l'ordre de notre vie privée quoi*".

D'autre part elle peut aussi déclencher un sentiment de gêne : E4 " *ça peut être bizarre en consultation de parler d'alcool*" ainsi qu'un sentiment de jugement : E9 " *par peur d'être jugé ou de passer pour des pochtrons notoires*".

Certaines femmes pensent que ce n'est pas le rôle du médecin généraliste justement car il s'agit d'une personne extérieure : E5 " *si c'est un médecin, si c'est quelqu'un d'extérieur qui lui pose la question c'est pas certain qu'il va répondre*".

Des patientes pensent que peut être le médecin généraliste manque de formation : E11 " *après je sais pas si les médecins sont spécialement habilités pour suivre ce genre de problème*"

Souvent l'absence de consommation des femmes peut faire qu'elles ne se sentent pas concernées E2 " *je suis pas concernée donc heu...*" et du fait de cette absence de consommation beaucoup ne s'attendent pas à ce qu'on leur en parle E9 " *bah en fait, bêtement, euh, je m'attends pas à ce qu'il m'en parle en fait j me sens entre guillemets pas concernée*".

g) Les freins des médecins imaginés par les patientes

Nous avons informé les femmes qu'il existe des freins pour les médecins généralistes à aborder le sujet de la consommation d'alcool en consultation et nous leur avons demandé d'essayer d'imaginer lesquels.

- Selon elles il existe des freins en lien avec la **profession** de médecin généraliste.

Elles pensent qu'ils peuvent manquer de temps : E9 " vous avez pas beaucoup de temps, vous êtes un peu speed tout le temps".

Elles évoquent aussi parfois le manque de formation du médecin généraliste dans le domaine de l'addictologie : E7 " est-ce qu'un médecin généraliste es assez formé sur cette partie ?".

Pour certaines, le médecin peut éprouver des difficultés du fait d'une minimisation de la consommation du patient de façon involontaire : E1 " si y'a pas d'effet au niveau du corps peut être que le médecin prête pas trop attention".

Et enfin, le médecin peut éprouver des réticences à aborder le sujet de l'alcool en consultation car cela peut faire émerger des situations de vie qui peuvent être difficiles à gérer sur le plan émotionnel : E1 " peut être que les médecins ont du mal à avoir des confidences très difficiles ou très dures à entendre".

- Elles pensent parfois que ces freins sont liés au **sujet "alcool"** en lui-même qui peut être un sujet tabou de manière générale : E9 " ça fait partie j'trouve des thématiques un petit peu compliquées à aborder de base" " c'est pas le genre de sujet qui met vraiment à l'aise" mais un sujet tabou surtout chez la femme : E8 " voir une femme ivre c'est moche hein je trouve! C'est vrai hein? Un homme aussi mais une femme c'est encore pire! Surtout si elle a des enfants".
- Parmi les freins imaginés par les patientes, elles peuvent penser que le médecin peut avoir **peur de la réaction** des gens.

Il peut avoir peur de vexer : E7 " peur de la réaction des gens" ou de coller une étiquette au patient sans le vouloir : E9 "peur de passer pour des pochtrons notoires alors qu'ils boivent deux verres dans la semaine".

Pour d'autres il peut avoir peur de faire fuir : E4 " quand on a un souci si on ne l'accepte pas on va fuir" ou de donner un sentiment de jugement : E7 " de se sentir jugé en fait".

Des femmes pensent que la réaction des gens dépend de leur consommation : E11 "pour quelqu'un qui boit ça peut être pris comme une accusation".

- Pour finir certaines évoquent des freins en lien avec **l'ancienneté de la relation** médecin-patient, en effet elles pensent qu'une relation ancienne engendre une certaine proximité, et qu'ainsi le médecin peut avoir peur de rompre un lien de confiance : E1 " est ce qu'il y a

un lien de confiance, d'aborder quelque chose qui touche la personne peut ne pas être simple”.

Le médecin peut aussi suivre toute la famille ce qui peut le mettre mal à l'aise vis à vis de certains sujets : E5 *“ben si il connaît bien la famille (...) si c'est un homme qu'est alcoolique et qu'il a déjà sa femme en patiente ou les enfants, euh, ça peut, ça peut être gênant”.*

h) Comment déterminer le niveau de consommation à risque

Les femmes se sont interrogées sur la façon dont le médecin peut **évaluer le niveau de consommation** d'un patient et notamment celui que peut avoir une consommation à risque. Elles pensent que cela peut être difficile pour différentes raisons.

D'une part elles pensent que ça peut être difficile pour le médecin de dépister à cause du déni du patient : E3 *“ je pense qu'on se rend pas compte quand on a un problème avec l'alcool”.*

Certaines évoquent également le déni de l'entourage : E4 *“je pense qu'on peut être dans une routine, un quotidien dont on ne se rend pas toujours compte, même pour nos proches”.*

Certaines déclarent aussi que le médecin peut être dans une forme de déni de la consommation du patient : E1 *“si le patient minimise sa consommation le médecin aussi”.*

Certaines pensent qu'il peut y avoir un retard diagnostique car il s'agit d'un problème sournois et que les limites sont floues entre une consommation dite normale et une consommation problématique : E4 *“ et à quel moment on passe dans une dérive ? Ca on en a pas conscience je pense”.*

D'autant que les examens paracliniques peuvent être normaux : E1 *“si les examens de sang ne sont pas euh ne reflètent pas un alcoolisme important peut être que le médecin peut passer outre aussi”.* Le médecin ne pouvant alors pas s'appuyer sur ces examens.

Souvent les femmes évoquent un manque d'information des patients sur les niveaux de risque : E4 *“est ce que c'est de l'excès? Est-ce que c'est normal?”.*

Cependant elles reconnaissent l'existence de différents types de consommation tel que l'alcoolisme dit mondain : E1 *“est ce que c'est juste occasionnel mais à répétition (...) comment on appelle ça, juste en soirée, y'a un terme je sais pas”.*

Mais elles éprouvent des difficultés pour discerner ces modes de consommation à cause de frontières floues entre les différents types de consommation : E11 *“ du coup on rentre dans la normalité et on se dit qu'au final on boit pas beaucoup plus et on s'rend ptet même pas compte en fait qu'on devient alcoolique au final”.*

i) Comment améliorer la prévention

Certaines femmes ont spontanément imaginé comment on pourrait améliorer la prévention dans le domaine de l'alcool.

- Certaines pensent qu'on peut faire de la **prévention**, informer, à travers des supports visuels tels que des affiches : E4 " *les affiches c'est important je pense*" ou des spots publicitaires à la télévision ou à la radio : E4 " *un slogan publicitaire qui passe en boucle à la télé à la radio ou autre*" " *tout support de communication est bon*".
- Pour d'autres il faudrait **inciter les gens à consulter** le médecin généraliste via des campagnes nationales du ministère de la santé : E9 " *ça me choquerait pas si il devait faire une parenthèse, voilà, le ministère de la santé lance une campagne sur ci sur ça*" ou des caisses d'assurances, des mutuelles : E4 " *la mutuelle qui nous envoie un document disant heu que le jeune peut consulter le généraliste pour aborder ces thèmes-là est ce que ça ne pourrait pas être fait de façon similaire par rapport à l'alcool?*".

IV/ DISCUSSION

a) Résultat principal et comparaison avec la littérature :

- Ressenti des patientes

Les femmes expriment assez nettement des avis très partagés sur la question.

Selon le rapport Reynaud de 2013 (4), toute personne qui se présente dans le système de santé devrait faire l'objet d'un repérage d'un trouble lié à l'usage de l'alcool et le médecin généraliste doit prendre pour habitude de questionner tout nouveau patient sur sa consommation d'alcool, au même titre que la consommation de tabac ou de médicaments.

Or une majorité des patientes interrogées ont affirmé que leur médecin traitant ne leur avait jamais posé la question.

Pour certaines femmes le rôle du médecin généraliste, qui est le médecin de premier recours, inclus un rôle en matière d'information et de prévention, et donc le questionnement sur leur consommation de boissons alcoolisées est vu de façon positive. Le médecin traitant étant extérieur au cercle familial, il est, selon certaines, plus facile de se confier. Ceci correspond aux résultats d'une thèse réalisée sur le sujet en Haute Garonne (22) et dont un des résultats était que le médecin généraliste était considéré comme un acteur majeur du repérage précoce des TUAL (= troubles liés à l'usage de l'alcool) et que la relation privilégiée et durable entre le patient et son médecin généraliste faisait de ce dernier le premier interlocuteur en droit d'aborder le sujet lors de toute consultation

Cependant certaines femmes vont avoir un avis plus mitigé, elles vont en effet comprendre l'importance d'aborder le sujet mais en parallèle vont craindre un sentiment intrusif qui pourrait, à condition qu'il soit accompagné d'une information claire sur les raisons qui ont amené le médecin à aborder ce sujet-là, déclencher un électrochoc et avoir des effets bénéfiques, ou au contraire, selon les réactions, donner un sentiment négatif de jugement.

Pour finir, une autre partie des patientes interrogées vont quant à elles exprimer un ressenti purement négatif, en effet pour elles le médecin traitant étant considéré comme une personne extérieure cela paraîtrait intrusif, donnerait un sentiment de jugement purement négatif. Cela ne le concerne pas.

Il est intéressant de constater par ailleurs que lors des entretiens, presque toutes les femmes nous ont spontanément signalé connaître quelqu'un de leur entourage, plus ou moins proche, ayant un problème de consommation d'alcool, mais paradoxalement aucune ne s'est véritablement sentie personnellement concernée par le problème, et à fortiori par le dépistage.

- Alcool dans la société

L'image de l'alcool dans la société est, de façon générale, très partagée également.

En effet, les femmes décrivent bien d'une part une image positive, associée à un côté festif, social, souvent liée à un effet de groupe. S'ajoute à cela un côté culturel fort.

De ce fait, certaines ont bien exprimé qu'il puisse exister une nette banalisation de la consommation de boissons alcoolisées quand cette dernière est occasionnelle, ou qu'elle s'intègre dans un contexte social, peu importe la quantité ou la répétition de cette consommation. Dans ce contexte, il est important de noter que les comportements d'alcoolisation ponctuelle importante (cinq à six verres en une seule occasion) se sont développés depuis 2005 et que cette augmentation a été particulièrement forte chez les jeunes femmes de 18 à 25 ans. (4)

A l'inverse, les problèmes de dépendance, de consommation isolée (ivresse solitaire) ou quotidienne vont faire état d'un tabou important, et vont avoir des conséquences sociales négatives majeures pour les personnes concernées et leur entourage.

Un problème d'alcool-dépendance, considéré par certaines comme une faiblesse et non une maladie, va renvoyer une image clairement négative pour les malades qui en sont les victimes, image qui ne trouve pas de parallèle aussi fort pour les consommateurs de tabac, par exemple.

De plus, il est intéressant de relever que l'image d'une femme ivre ou dépendante est jugée plus durement que si c'était un homme, et ce par les femmes elles-mêmes, comme certaines ont pu le décrire nettement dans les entretiens. L'idée exprimée est que l'image de la femme reflète celle de la maternité, et par conséquent le jugement est plus sévère, la consommation est vue comme honteuse, et le problème se trouve plus tabou encore que chez les hommes.

En effet, les femmes sont souvent victimes d'une plus grande stigmatisation sociale, dans la mesure où la consommation de produits psychoactifs en général (et tout particulièrement pour l'alcool) renvoient à des valeurs masculines plus qu'à des valeurs féminines. La consommation de produits alcoolisés chez les femmes fait donc plus souvent l'objet de sanctions morales que chez les hommes. (4)

Comme nous l'avons vu, les dernières études, sur lesquelles se base la campagne de communication et de prévention en matière d'alcool du ministère de la santé (9), ont montré qu'il existe un risque pour la santé en dehors d'une situation de dépendance ou d'ivresse importante, or aucune des patientes interrogées n'envisage une simple consommation régulière sans état de dépendance (= usage à risque) comme pouvant être dangereuse, elles ont encore une représentation dite en "tout ou rien". (4)

Il y a donc une réelle méconnaissance des niveaux de risque, ce qui ouvre la voie à plus de prévention, d'information et d'éducation dans le domaine.

Selon une étude britannique de 2010 publiée par le Lancet (23), une évaluation des dommages liés à la consommation des différents produits d'addiction a été faite, et il est intéressant de constater que cette étude a pointé la discordance entre l'évaluation de la nocivité des produits et leur statut légal: les produits les plus nocifs étant l'alcool suivi de près par l'héroïne, le crack puis le tabac. L'alcool étant, selon cette étude, considéré dans sa globalité bien plus dangereux que le cannabis, le LSD, ou encore l'ecstasy (les critères pris en compte étant basés d'une part sur les conséquences directes sur les consommateurs comme le taux de mortalité, la morbidité,

la dépendance, ou encore les conséquences sociales, et d'autre part sur les dommages faits à autrui, avec la criminalité, le coût envers la société, les conflits familiaux).

Le tableau suivant rapporte les principaux résultats de cette étude :

Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis

David J Nutt, Leslie A King, Lawrence D Phillips, on behalf of the www.thelancet.com Vol 376 November 6, 2010

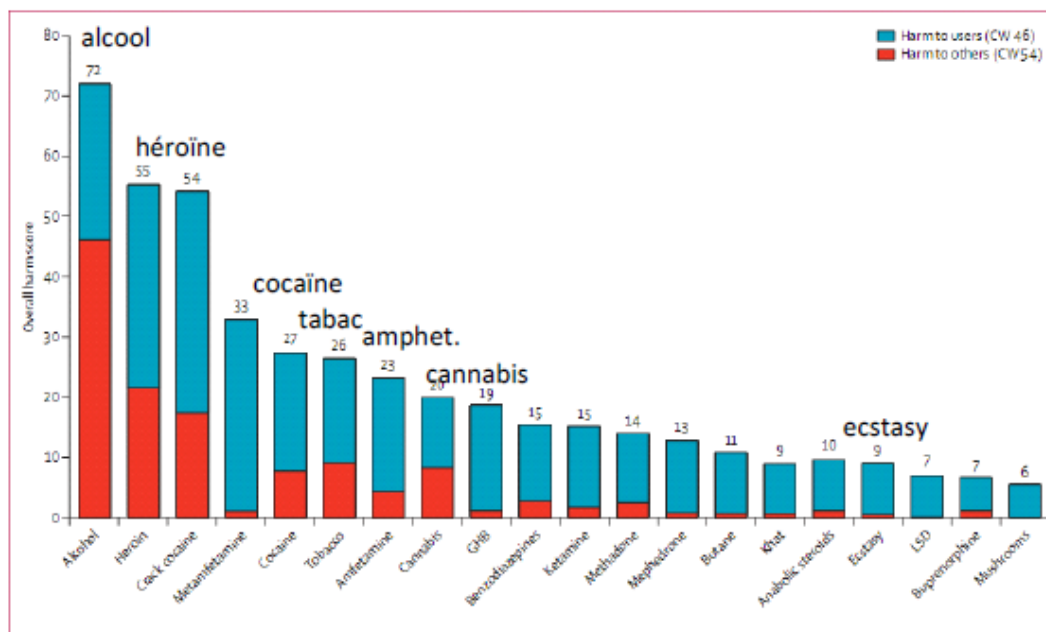


Figure 2: Drugs ordered by their overall harm scores, showing the separate contributions to the overall scores of harms to users and harm to others. The weights after normalisation (0–100) are shown in the key (cumulative in the sense of the sum of all the normalised weights for all the criteria to users, 46; and for all the criteria to others, 54). CW=cumulative weight. GHB=γ-hydroxybutyric acid. LSD=lysergic acid diethylamide.

Une étude similaire française de 2012 (24) retrouve des résultats comparables, mais va plus loin en comparant ces résultats avec les représentations de la dangerosité de ces mêmes produits dans la population française : l'alcool, considéré comme le plus dangereux par les experts, se retrouve en 3ème position par les consommateurs en matière de risques individuels (dépendance, morbidité, mortalité) au même niveau que le cannabis, mais seulement 4ème après l'héroïne, la cocaïne et le cannabis dans l'évaluation des dommages sociaux et de la criminalité, ce qui traduit une nette sous-évaluation des dommages liés à l'alcool.

Cette idée fausse que “si ce n'est pas illégal ce n'est pas dangereux”, qui n'a pas été abordée par les femmes interrogées, peut expliquer en partie la banalisation dont elles nous ont fait part.

- Qualité de la relation médecin-patient

Les médecins généralistes sont des professionnels de santé de premier recours, ils occupent une place centrale et sont en contact avec une partie considérable de la population comme l'ont démontré White et Green (annexe 8) dans leur schéma devenu célèbre.

Ainsi ils sont des acteurs privilégiés du repérage des problèmes d'alcool. Ils ont de nombreuses opportunités de poser la question aux patients. (25)

Comme ont pu le citer les femmes interrogées, leur médecin traitant établit une relation particulière, durable, avec ses patients, et pour toutes, la qualité de cette relation est primordiale. Le médecin devrait faire preuve d'empathie, d'écoute et une relation de confiance pourrait se mettre en place.

Ce dernier devient alors un interlocuteur de confiance qui délivre des messages individualisés, compréhensibles car communiqués de manière appropriée, ceci permet de donner aux messages la meilleure chance d'être reçus et appliqués. Ces principes sont cités dans la définition Européenne de médecine générale. (26)

Selon les femmes une relation de qualité avec leur médecin, facilite l'abord de certains sujets comme celui de l'alcool. Elles demandent donc à leur médecin traitant d'être compétent dans la dimension relationnelle. Elles rejoignent alors le référentiel des médecins généralistes qui a placé la relation médecin-patient au centre de leurs compétences. (27)

Ces compétences ne sont pas forcément innées, elles peuvent être apprises et enseignées dès la formation médicale initiale de manière théorique. La mise en pratique est plus tardive, lors des premières expériences de relation duelle qui est celle de la médecine générale.

- Quand aborder le sujet ?

Outre le fait d'insister sur l'importance de la qualité de la relation médecin-patient les femmes ont pu nous donner leur avis sur le moment le plus adapté selon elles pour aborder le sujet alcool en consultation.

Certaines patientes vont préférer que cela soit en début de suivi par exemple lors du premier rendez-vous, pour d'autres au contraire il est préférable d'attendre une certaine durée de suivi, le temps qu'une relation de confiance se mette en place. Certaines vont préférer que le médecin aborde le sujet de façon directe et d'autres avec plus de délicatesse. Parfois elles pensent que le sujet doit être abordé systématiquement avec tout nouveau patient, d'autres fois uniquement avec une population donnée, plus à risque, selon elles, comme les femmes enceintes ou les adolescents. Et parfois elles pensent qu'il faut aborder le sujet dans certaines situations, face à un symptôme suspect ou devant des problèmes d'ordre psychologique.

Ainsi les avis sont partagés, le médecin devra alors s'adapter à chaque situation, il devra trouver et saisir le moment opportun pour chacun de ses patients. Bien qu'il soit difficile de parler d'alcool avec ses patients, c'est une démarche nécessaire car elle permet de dépister pour mieux prévenir les risques pour la santé. (28)

Sans le savoir, les femmes qui ont évoqué la présence d'un symptôme suspect ou d'une situation psychologique pour aborder le sujet alcool, font référence à la notion de dépistage opportuniste qui est recommandé dans la littérature.

En effet les textes stipulent qu'une association de symptômes physiques (l'érythrose faciale, le mauvais état bucco-dentaire, une parotidomégalie bilatérale, une maladie de Dupuytren, une hypertension artérielle), psychique (de la fatigue, des troubles de concentration, ou de la mémoire, des troubles du sommeil, une perte d'appétit, un syndrome dépressif, des troubles sexuels) ou encore une demande répétée d'anxiolytiques ou des accidents domestiques à répétition sont des exemples de situations qui peuvent mener à poser la question de la consommation d'alcool. Mais ces signes ne sont pas spécifiques, ils peuvent évoquer au praticien une consommation excessive mais ils peuvent également être absents lors d'une consommation à risque qui par définition est asymptomatique. (29)

En effet ce premier niveau d'un trouble lié à l'usage de l'alcool (annexe 9 : pyramides des usages) : l'usage à risque, peut se prolonger pendant une longue période et rester asymptomatique. Selon les recommandations de bonnes pratiques de décembre 2014 de la Société Française d'Alcoologie, concernant le mésusage de l'alcool en matière de dépistage, de diagnostic et de traitement, il ne faut pas attendre les signes d'alerte pour repérer un mésusage. (30)

Selon le National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, (31) différentes situations auxquelles le médecin généraliste est confronté doivent amener à questionner le patient sur sa consommation d'alcool : un examen de routine (pour un certificat médical, périodiquement lors d'un renouvellement par exemple), une prescription d'un médicament connu pour interagir avec l'alcool, un passage au service d'accueil des urgences, une grossesse ou un désir de grossesse, des personnes à risque de boire en excès (fumeurs, adolescents, jeunes adultes), un problème de santé pouvant être lié à une consommation excessive d'alcool (hypertension artérielle, arythmie cardiaque, maladie du foie, dépression, anxiété, insomnie, traumatisme), une pathologie chronique ne répondant pas au traitement (douleur chronique, diabète, troubles gastro intestinaux, dépression, hypertension artérielle, cardiopathie). De même la société française d'alcoologie recommande de poser la question de la consommation d'alcool systématiquement lors du premier contact ou lors d'un entretien pour un certificat médical, de manière opportuniste devant un symptôme clinique ou biologique ou devant une situation de vie, une situation environnementale pouvant évoquer un mésusage. Mais également il est important d'aborder le sujet lors d'autres conduites addictives, lors d'accidents ou de traumatismes répétés. (32)

Par ailleurs, comme ont pu le citer certaines femmes et selon la Société Française d'Alcoologie, certaines populations, de par leur vulnérabilité face aux conséquences d'un mésusage de l'alcool, doivent faire l'objet d'une surveillance particulière : les femmes enceintes ou les adolescents, cités lors des entretiens avec les femmes, mais aussi les personnes ayant des troubles psychiatriques, les personnes ayant d'autres troubles de l'usage de substances, les sujets âgés ou les sujets en situation de précarité. (30)

Une femme interrogée a déclaré qu'elle comprenait qu'on lui pose la question une fois mais qu'elle n'apprécierait pas que cela se répète dans le temps. Hors le repérage doit être noté dans le dossier et réactualisé régulièrement puisque la consommation d'alcool des patients peut évoluer dans le temps.

Ainsi le médecin généraliste, de par sa position centrale et de premier recours dans le système de soins, a de nombreuses opportunités d'aborder le sujet alcool avec ses patients. Les mésusages, en dehors de la dépendance, sont plus fréquents que les médecins le pensent, et leur

dépistage est primordial afin d'intervenir le plus tôt possible auprès des consommateurs non dépendants permettant une réduction du risque.

Bien que l'alcool incarne encore parfois un sujet tabou, qui peut être expliqué notamment par les représentations des soignants de l'alcool souvent limitées à l'alcoolodépendance, son repérage a sa place, au même titre que celui du tabac. (32)

- Comment aborder le sujet ?

A la question de quelle manière le médecin doit-il aborder le sujet de la consommation d'alcool lors d'une consultation, les femmes ont évoqué l'importance des techniques de communication du médecin; un langage simple et accessible. Elles ont aussi mis en avant l'attitude du médecin, une attitude bienveillante, une absence de jugement et une disponibilité de la part de celui-ci. Elles ont souvent dit qu'une relation de confiance était primordiale, et certaines pensent que c'est plus facile à aborder si la durée de suivi est ancienne.

Pour rejoindre leur avis, selon un article de la revue du Praticien inspiré des recommandations de la Société Française d'Alcoologie, (32) le médecin doit poser des questions simples, ouvertes, sans être moralisateur, pour évaluer la consommation d'alcool déclarée (CDA). Des questions simples sur le mode de vie au cours de l'entretien clinique ou lors de l'examen clinique par exemple.

Il semble que le dépistage soit plus facile s'il est systématique, répété et réalisé de manière ouverte.

Toujours selon la Société Française d'Alcoologie, il est souhaitable de poser des questions ouvertes afin de laisser le patient s'exprimer librement. Une attitude empathique, et la capacité à établir une relation de confiance sont des notions fondamentales pour aborder la question de la consommation d'alcool d'un patient. (30)

Au cours d'une discussion simple, le médecin peut s'appuyer sur les éléments du questionnaire AUDIT-C (annexe 10) afin d'évaluer la fréquence moyenne de la consommation et la fréquence à laquelle il arrive au patient d'avoir de fortes consommations (plus de six verres d'alcool par occasion), qui correspondent aux deux risques ayant une forte relation de proportionnalité avec les principaux risques médicaux liés à l'alcool.

Ainsi en soins primaires le questionnaire AUDIT-C (annexe 10) est facile à mettre en place et permet une évaluation rapide de la consommation. Un score supérieur ou égal à trois chez une femme évoque un mésusage, chez l'homme le mésusage peut être évoqué pour un score supérieur ou égal à quatre. Pour les deux sexes un score supérieur ou égal à dix doit faire évoquer une dépendance.

Si le médecin pense qu'il existe un mésusage il peut approfondir à l'aide de questionnaires standardisés tels que le questionnaire AUDIT (annexe 11), ce score développé par l'Organisation Mondiale de la Santé, comporte 10 items qui évaluent la consommation d'alcool déclarée sur les douze derniers mois. Il permet d'évaluer la fréquence de la consommation, les éventuels problèmes qu'elle engendre et la dépendance. Un score supérieur ou égal à six chez

la femme et supérieur ou égal à sept chez l'homme permet de suspecter un trouble de l'usage de l'alcool. (33)

Il existe aussi le questionnaire FACE (annexe 12), qui est une forme simplifiée de l'AUDIT composé de cinq questions, plus facilement réalisable en consultation de médecine générale car plus rapide, un score supérieur ou égal à quatre chez la femme et un score supérieur ou égal à cinq chez l'homme peut faire suspecter un mésusage de l'alcool.

Cependant ces questionnaires standardisés restent moins adaptés à la pratique courante de médecine générale, ils semblent plus adaptés à une consultation dédiée qu'à un dépistage opportuniste.

Le repérage précoce comme décrit précédemment pour repérer les consommations à risque et les troubles de l'usage d'alcool s'inscrit dans le programme nommé RPIB (repérage précoce et intervention brève). Ce programme dédié à dépister et intervenir en amont des complications a montré son efficacité et a été validé chez les usagers à risques et usagers nocifs sans alcoolodépendance. (25)

L'objectif est d'apporter un conseil dont l'effet à long terme peut permettre d'adopter un changement durable et d'ainsi limiter les complications.

La qualité d'une intervention brève repose sur la clarté du message délivré, importance d'un langage simple et accessible comme ont pu le déclarer certaines patientes lors de nos entretiens. On peut qualifier l'intervention brève d'une approche cognitivo-comportementale faisant du patient le principal acteur du changement.

La durée d'intervention est variable, de cinq à vingt minutes, elle peut être unique ou répétée. (33)

Selon la Société Française d'Alcoologie, une intervention brève se décompose par les étapes suivantes : la restitution du repérage de la consommation déclarée d'alcool (CDA), l'explication des risques de l'alcool en citant les normes OMS et explication du verre standard, la justification de l'intérêt de la réduction de la consommation, expliquer les méthodes qui peuvent être utilisées pour réduire sa consommation, renforcer la motivation au changement, revaloriser le rôle du patient, proposer des objectifs réalisables et laisser le choix, proposer une autre consultation ou rencontre, remettre éventuellement un livret documentaire. (33)

Il est souhaitable de notifier la consommation d'alcool déclarée dans le dossier et de la réactualiser régulièrement. La question doit donc être abordée régulièrement avec les patients. (30)

- Freins

Les freins imaginés par les patientes, qu'ils soient en lien avec la profession (tels que le manque de formation, de temps ou encore la difficulté éventuelle à gérer certaines situations sur le plan émotionnel), ou avec le sujet "alcool" lui-même (peur de donner un sentiment de jugement ou de rompre un lien de confiance, sujet tabou, peur de coller une étiquette) correspondent aux freins ressentis par les médecins lors de différents travaux de thèse réalisés sur le sujet, où certains des médecins interrogés expriment leur réticence à aborder ce type de problématique

en consultation. Cependant, le fait d'exercer en maison de santé pluri-professionnelle et de participer à des groupes de pairs semble limiter les freins au repérage. L'origine culturelle du patient est un frein émis par les médecins qui n'a pas été repris par les patientes que nous avons interrogées. (29) (34)

Une autre thèse, publiée en 2014 sur le point de vue des patients quant à la place du médecin généraliste dans le repérage précoce des TUAL concluait que parler d'alcool plus souvent à des patients non dépendants permettait de se sentir plus à l'aise avec des personnes dépendantes, ce qui pourrait permettre d'aider les médecins et les inciter à améliorer le repérage précoce dans leur patientèle. (22)

De plus, selon une étude publiée en 2000 de la Revue Médicale Suisse, les différents comportements que vont adopter les patients lorsque la problématique de l'alcool va être abordée au cours de la consultation vont déclencher chez les professionnels de santé des réactions émotionnelles très variables, qui vont influencer directement sur la nature de la relation médecin-malade et vont interférer dans leur pratique. Ces réactions sont appelées contre-attitudes, et sont le plus souvent inconscientes. Elles prennent source dans la relation que les soignants entretiennent eux-mêmes avec l'alcool (puisque cela renvoie le soignant dans sa propre relation à l'alcool et à l'intégration de celui-ci dans sa vie), et dans leur manière de considérer leur rôle de soignant. (35)

La connaissance de ces contre-attitudes doit permettre au soignant de les dépasser afin d'offrir un espace relationnel thérapeutique neutre.

- Déterminer le niveau de consommation à risque :

Une fois le sujet abordé, les femmes interrogées ont été questionnées sur la difficulté de déterminer si une consommation spécifique peut-être potentiellement dangereuse et entrer dans la catégorie des consommations à risque.

Selon elles, les premiers problèmes pour évaluer précisément une consommation sont les différents dénis auxquels le médecin doit faire face: celui du patient, qui peut, de façon consciente ou inconsciente, minimiser sa consommation; celui de son entourage, car il est parfois difficile de se rendre compte du glissement d'un proche que l'on voit tous les jours; ou encore celui du médecin lui-même.

Par ailleurs, il n'existe pas de limite nette entre une consommation occasionnelle banale et une alcoolodépendance, les patientes interrogées sont conscientes de ce problème et la question qu'elles se sont posée est de savoir à quel moment il fallait considérer qu'un patient avait commencé à glisser vers une consommation trop importante.

De ce fait, si, comme nous l'avons vu, elles ne voient un véritable problème que lorsque la consommation d'alcool est déjà dans le cadre de l'alcoolodépendance, les femmes interrogées sont pour la plupart d'accord sur le fait que pour arriver à cet état de dépendance la frontière est souvent floue et par conséquent la limite difficile à fixer.

Elles reconnaissent par ailleurs qu'il puisse exister différents modes de consommation, comme par exemple ce que certaines ont appelé l'alcoolisme mondain (qui pourrait correspondre à une consommation répétée d'alcool dans des contextes professionnels ou sociaux) ou encore le

binge-drinking (ou ivresse express, particulièrement développée chez les adolescents). Elles se trouvent cependant insuffisamment informées sur les risques que peuvent représenter chaque type de consommation, comme par exemple les risques de coma, de dépendance ou de lésions cérébrales à long terme pour les adeptes du binge-drinking. (36)

Pour finir, certaines ont relevé le fait qu'il était difficile de s'appuyer sur les résultats des examens paracliniques pour fixer une limite, car ceux-ci pouvaient s'avérer normaux.

- Comment améliorer la prévention ?

Certaines femmes ont spontanément essayé d'imaginer comment on pouvait améliorer la prévention dans le domaine de l'alcool. Elles ont pensé que l'information pouvait passer par des supports visuels, des affiches ou des spots publicitaires à la radio et à la télévision qui passeraient en boucle. D'autres pensent qu'il faudrait inciter la population à consulter pour discuter de ce motif, un peu à l'image des bilans de santé proposés par les assurances maladie, des campagnes ministérielles pourraient être une solution selon elles.

La campagne du 26 mars 2019 s'inscrit dans cette démarche. (9)

En effet, elle a pour objectif de réduire la consommation d'alcool des Français en améliorant leurs connaissances sur les nouveaux seuils de consommation et les risques qu'une consommation au-delà de ces seuils comporte.

Nous avons constaté pendant nos entretiens que les femmes interrogées n'avaient pas une bonne connaissance de ces seuils, à plusieurs reprises elles se sont demandé ce qu'était une consommation "normale".

Les actions de communication de cette campagne sont diffusées régulièrement dans les médias; la radio, la télévision, internet. De même des affiches ont été mises à disposition dans les cabinets médicaux. Cette campagne est à l'initiative du Ministère des solidarités et de la santé.

b) Puissance de l'étude :

Les faiblesses de cette étude sont liées à différents biais survenus lors de sa réalisation.

Principalement, nous pouvons citer différents biais de sélection :

- Dans les critères d'inclusion : les femmes incluses avaient toutes un médecin traitant déclaré, ce qui élimine une partie de la population (presque 9 assurés sur 10 ont déclaré un médecin traitant dans la population générale, nous n'avons pas de donnée plus précise quant au pourcentage de femmes)

- Dans les critères d'exclusion : toute patiente avec une pathologie psychiatrique lourde était exclue de l'étude, sans tenir compte du lien existant entre trouble addictologique et trouble psychiatrique

- Dans le recrutement : d'une part la majorité des patientes ont été recrutées dans un seul des trois cabinets, et d'autre part lorsque les médecins recrutaient directement les patientes, nous pouvons supposer qu'ils effectuaient un tri involontaire dans les patientes sélectionnées (même si ce biais a été minimisé en cachant volontairement aux médecins recruteurs le sujet de l'étude).

De plus, il existe un biais de désirabilité sociale, du fait des entretiens individuels, pouvant mettre en doute la stricte honnêteté des patientes et donc la véracité des réponses.

Pour finir, nous pouvons citer le biais d'analyse, inhérent au manque d'expérience des enquêteurs.

Les forces de cette étude, viennent principalement du choix de la méthode (qualitative, par entretiens semi dirigés, adaptée pour l'évaluation des mentalités et des modes de vie) et par le type de questions : questions ouvertes (elles permettent au patient de réfléchir par lui-même et de mobiliser ainsi ses propres ressources et à l'investigateur de ne pas réfléchir à la place du sujet pour ne pas l'influencer).

De plus, le biais d'interprétation a été limité par le fait qu'il y avait deux chercheurs, et donc une triangulation des données. Enfin, lors de la triangulation, la mise en commun a abouti à un accord de près de 100% entre les chercheurs, ce qui est également une force.

Cette étude est novatrice car elle n'a jamais été réalisée en France, spécifiquement pour les femmes (en dehors du cas particulier de la grossesse).

Pour finir, une force de cette étude est également la validité interne, vérifiée par les critères COREQ.

b) Perspectives :

Cette étude montre une ambivalence des femmes par rapport au produit alcool, d'une part elles estiment qu'un dépistage précoce est important afin de prendre en charge au mieux les patients avec des consommations problématiques et d'autre part elles ne se sentent pas concernées par ce dépistage car elles déclarent ne pas consommer d'alcool ou ne pas avoir une consommation problématique, sans pour autant savoir définir ce qu'est réellement une consommation problématique.

Le médecin généraliste occupe une place privilégiée dans le dépistage puisqu'il est en première ligne. Cependant ce dépistage reste insuffisant. Le médecin généraliste est confronté à des difficultés pour savoir de quelle manière aborder le sujet alcool en consultation. Il doit s'adapter à chaque situation, chaque patient et au bon moment.

- Pour améliorer le dépistage :

Le dépistage opportuniste peut palier à la fois à ces difficultés mais aussi au manque de temps exprimé par certains médecins. De plus le médecin généraliste est amené à revoir les gens, ce dépistage peut donc être répété, en effet la consommation d'alcool peut évoluer dans le temps et doit donc être réévaluée régulièrement.

Certaines patientes se sont demandé si le médecin généraliste ne manquait pas de formation pour être compétent dans le domaine de l'addictologie. Cette notion est également présente dans les études qui explorent les freins des médecins au dépistage des problèmes liés à l'alcool. Certains médecins expriment leur réticence à aborder le sujet car pensent ne pas avoir les compétences requises pour la prise en charge qui peut en découler.

Une formation aux pathologies psycho-comportementales plus tôt dans le cursus de l'étudiant en médecine pourrait être favorable. En effet la formation médicale initiale actuelle sur l'alcool et les addictions est insuffisante avec 11 facultés sur 30 qui ont un service universitaire et un enseignement d'addictologie, et la formation médicale post universitaire est à la bonne volonté de chaque médecin.

Par exemple le développement et la généralisation des programmes de type RPIB avec son introduction dans les formations médicales initiale et continue pourrait renforcer le dépistage en mettant les médecins plus à l'aise avec la prise en charge addictologique.

L'amélioration de la formation continue des médecins généralistes sur l'alcool peut également être appliquée aux médecins urgentistes ou médecins du travail qui sont aussi des acteurs de première ligne.

Toutefois, un approfondissement de la formation médicale dans le domaine de l'addictologie ne semble pas suffisant pour améliorer les pratiques et les compétences des médecins généralistes, en effet il faut également privilégier le travail en réseau et la communication entre les différents professionnels. Par exemple un travail de mémoire de Diplôme Universitaire réalisé en 2018 sur le sujet (37) a permis de montrer qu'une consultation avancée d'addictologie en MSP (maison de santé pluri-professionnelle) a permis d'améliorer les compétences des médecins dans le dépistage et l'accompagnement des patients qui se sont alors trouvés plus à l'aise pour aborder ce type de sujet en consultation. De plus ce travail pointe le fait qu'il existe une hétérogénéité importante des profils des différents médecins généralistes, qui ne peuvent pas tous se former mais qui sont cependant tous confrontés à l'addictologie dans leur pratique. Une solution pourrait être de renforcer les actions du CSAPA auprès des médecins généralistes et de favoriser les concertations entre professionnels.

Pour finir, il pourrait être intéressant de comparer les résultats de notre travail avec une étude similaire réalisée exclusivement chez l'homme afin d'évaluer l'intérêt de mettre en place des prises en charges spécifiques pour chaque sexe. Nous n'avons à ce jour pas pu trouver de travail de ce type.

- Pour améliorer les connaissances de la population sur les risques de l'alcool

Les femmes ont exprimé une idée de la consommation problématique d'alcool qui est ancienne et faussée. En effet pour elles, l'alcool peut être dangereux seulement en cas d'ivresse ou de dépendance.

Cette notion rejoint celle selon laquelle certains Français pensent que la dangerosité d'un produit est en lien direct avec son caractère illégal, ainsi l'alcool n'apparaît pas comme un produit dangereux. Dans ce sens les politiques de lutte contre les dommages liés à l'alcool doivent être basées sur la réalité et non sur les représentations de la réalité pour être efficaces. La campagne du 26 mars 2019 (9) exprime par exemple, un message plus proche de la réalité avec une description des dommages liés à l'alcool sans notion d'ivresse ou de dépendance. De

même cette campagne participe à la lutte contre la banalisation de l'alcool de manière globale et non plus seulement ciblée (jeunes, femmes enceintes, prévention routière), chacun peut alors s'identifier aux personnes mises en scène.

Par ailleurs se pose la question du marketing avec une restriction de la publicité pour l'alcool par la loi Evin, cependant internet, les voiries et lieux publics sont de puissants vecteurs publicitaires encore autorisés pour la diffusion de publicité en rapport avec l'alcool. Une limitation de ces supports publicitaires pourrait limiter l'exposition et donc la banalisation de la population à l'alcool.

V/ CONCLUSION

L'alcool est à l'origine de près de 50 000 décès par an, il s'agit en France de la 3ème cause de mortalité et la 2ème cause de mortalité évitable après le tabac.

Cependant, pour beaucoup l'alcool est associé à la fête, à la convivialité, et de ce fait on peut constater une image paradoxale de l'alcool dans la population générale selon les différents modes de consommation : nette banalisation pour la consommation dite "sociale" ou encore de "binge-drinking" mais en revanche un tabou très fort et une image très péjorative avec des conséquences sociales négatives majeures pour les patients souffrants d'alcool-dépendance.

Chez les femmes, l'évolution de la société a accentué le phénomène, puisque d'une part on constate que la consommation globale des femmes en matière d'alcool a tendance à augmenter ces dernières années, et à s'aligner sur celle des hommes (et ce de façon plus importante que la femme a une situation professionnelle à responsabilités), même si l'écart est encore net (environ 70% des décès liés à l'alcool sont masculins).

Pour autant, le jugement donné aux femmes consommatrices d'alcool est encore très négatif, et le tabou plus important encore que chez les hommes, et ce par les femmes elles-mêmes comme on a pu le voir dans notre travail.

Les conséquences néfastes de l'alcool ne surviennent pas seulement au stade de la dépendance, et il est primordial pour le médecin généraliste, premier recours en termes de soins et de prévention, de dépister au plus tôt les consommateurs à risque.

Ce dépistage, souvent largement insuffisant, est d'autant plus complexe que la frontière entre consommation simple et usage à risque est floue.

Des questionnaires validés (tels que AUDIT-C) ainsi que des méthodes comme le RPIB sont des outils d'aide au dépistage mis en place pour les différents intervenants médicaux.

Des études ont montré que les médecins éprouvent parfois des réticences à aborder le sujet, que ce soit pour des patients hommes ou femmes, du fait que le sujet est encore tabou et que la réaction des patients est variable.

En effet, notre étude a pu montrer que chez les femmes interrogées, les points de vue étaient extrêmement divergents d'une part sur le rôle du médecin dans le domaine de la prévention, et notamment en matière d'alcool, d'autre part sur le ressenti de chacune si leur médecin traitant venait à aborder le sujet en consultation. Elles ne se sentent pour la plupart pas concernées par le sujet.

Pour finir, la vision fausse mais encore très répandue que tant que l'on n'est pas dépendant les conséquences de l'alcool n'existent pas s'est confirmée au cours des différents entretiens, ce malgré les campagnes de prévention, qui demeurent malgré tout jugées insuffisantes auprès de la majorité des femmes interrogées.

Il pourrait être intéressant, au cours d'un prochain travail de thèse par exemple, d'étudier l'impact de la nouvelle campagne de prévention du ministère de la santé sortie début 2019, sur l'évolution des points de vue des patient(e)s à propos de leur consommation personnelle en matière d'alcool.

Bibliographie :

1. Culture de l'alcool en France : Consommation de vin et promotion - alcoolinfoservice [Internet]. Alcool Info Service. [cité 27 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.alcool-info-service.fr/alcool/consommation-alcool-france/culture-alcool-consommation-vin>
2. Alcool - Synthèse des connaissances - OFDT [Internet]. [cité 6 nov 2018]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/alcool/>
3. Consommation des ménages – Tableaux de l'économie française | Insee [Internet]. [cité 27 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2569364?sommaire=2587886#consulter>
4. Le Pr Michel Reynaud rend son rapport à la MILDT [Internet]. Fédération Addiction. 2013 [cité 6 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.federationaddiction.fr/le-pr-michel-reynaud-rend-son-rapport-a-la-mildt/>
5. Les usages de drogues féminins - Synthèse des connaissances - OFDT [Internet]. [cité 6 nov 2018]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/populations-et-contextes/les-usages-de-drogues-feminins/>
6. Viet Nguyen-Thanh & Romain Guignard, Santé publique France, Saint-Maurice, France. Consommation d'alcool, comportements et conséquences pour la santé // Alcohol consumption, behaviors and consequences on health in France. 19 févr 2019;(5-6).
7. Reynaud M. Alcool : ces 20 % de consommateurs qui font le bonheur des alcooliers [Internet]. The Conversation. [cité 30 avr 2019]. Disponible sur: <http://theconversation.com/alcool-ces-20-de-consommateurs-qui-font-le-bonheur-des-alcooliers-111987>
8. Plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022 [Internet]. [cité 24 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.drogues.gouv.fr/la-mildeca/le-plan-gouvernemental/mobilisation-2018-2022>
9. Pour votre santé, l'alcool c'est maximum 2 verres par jour et pas tous les jours [Internet]. Alcool Info Service. [cité 2 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.alcool-info-service.fr/Actualites/2-verres-par-jour-pas-tous-les-jours>
10. Consommer plus de 10 verres d'alcool par semaine augmente la mortalité et le risque de pathologies cardiovasculaires : une étude du Lancet [Internet]. [cité 24 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.addictaide.fr/consommer-plus-de-10-verres-dalcool-par-semaine-augmente-la-mortalite-et-le-risque-de-pathologies-cardiovasculaires-une-etude-du-lancet/>
11. Consommation d'alcool en France - alcoolinfoservice [Internet]. Alcool Info Service. [cité 24 avr 2019]. Disponible sur: <http://www.alcool-info-service.fr/alcool/consommation-alcool-france/alcool-francais>

12. Alcool [Internet]. [cité 27 mars 2019]. Disponible sur:
<https://www.anpaa.asso.fr/sinformer/addictions-lessentiel-sur/alcool>
13. INPES - Alcool : Alcool et médecine générale - Recommandations cliniques pour le repérage précoce et les interventions brèves [Internet]. [cité 27 mars 2019]. Disponible sur:
http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/alcool/alcool_et_medecine_generale.asp
14. bliccathemes. Didier Nourrisson | FRA [Internet]. [cité 24 avr 2019]. Disponible sur:
<http://www.fondationrecherchealcoologie.org/didier-nourrisson/>
15. Beck F, Legleye S, Peretti GD. L'alcool donne-t-il un genre ? Travail, genre et sociétés [Internet]. 2006 [cité 27 mars 2019];N° 15(1):141-60. Disponible sur:
<https://www.cairn.info/revue-travail-genre-et-societes-2006-1-page-141.htm>
16. Usages de drogues et conséquences : quelles spécificités féminines - Tendances n° 117 - mars 2017 - OFDT [Internet]. [cité 6 nov 2018]. Disponible sur:
<https://www.ofdt.fr/publications/collections/periodiques/lettre-tendances/usages-de-drogues-et-consequences-quelles-specificites-feminines-tendances-n-117-mars-2017/>
17. Ma consommation d'alcool : J'ai une dépendance à l'alcool, j'ai honte - alcoolinfoservice [Internet]. Alcool Info Service. [cité 27 mars 2019]. Disponible sur: <http://www.alcool-info-service.fr/alcool-et-vous/consommation-alcool/dependance-alcool>
18. Pelaccia T, Paillé P. Les approches qualitatives : une invitation à l'innovation et à la découverte dans le champ de la recherche en pédagogie des sciences de la santé. Pédagogie Médicale [Internet]. nov 2009 [cité 25 juin 2019];10(4):293-304. Disponible sur: <http://www.pedagogie-medicale.org/10.1051/pmed/20090049>
19. Teherani A, Martimianakis T, Stenfors-Hayes T, Wadhwa A, Varpio L. Choosing a Qualitative Research Approach. J Grad Med Educ [Internet]. déc 2015 [cité 8 juill 2019];7(4):669-70. Disponible sur:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4675428/>
20. MichelGedda(Directeur général des Instituts de formation en masso-kinésithérapie et ergothérapie de Berck-sur-Mer, Rédacteur en chef de « Kinésithérapie, la Revue »). Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative (French translation of the COREQ Reporting Guidelines for writing and reading for reporting qualitative research). Kinesither rev. 2015;15(157):50-4.
21. Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative. Analyser sans compter ni classer. Louvain-la-Neuve: De Boeck; 2014. 152 p.
22. Comes A, Abdelnour X. Place du médecin généraliste dans le repérage précoce des patients ayant un trouble lié à l'usage de l'alcool: point de vue des patients : étude qualitative par entretiens semi-dirigés [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil; 2017.

23. David J Nutt, Leslie A King, Lawrence D Phillips, on behalf of the Independent Scientific Committee on Drugs. Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. *The Lancet*. 1 nov 2010;376(1558):1558–65.
24. BOURGAIN Catherine, FALISSARD Bruno, LUQUIENS Amandine et al. Evaluation dommages/bénéfices de neuf produits ou comportements addictifs. *Le courrier des addictions*. 5 juin 2012;14(2):10-4.
25. ipubli.inserm.fr. Place du médecin généraliste dans la prévention. 13. :301-16.
26. WONCA Europe | World family doctors. Caring for people. [Internet]. [cité 24 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.woncaeurope.org/>
27. Corinne Perdrix, Xavier Gocko, Catherine Plotton. CNGE - La relation médecin - patient. 2017;132-87.
28. Limiter l'impact de la consommation d'alcool par la prévention [Internet]. Alcool Info Service. [cité 25 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.alcool-info-service.fr/Alcool/Home-Professionnels/Alcool-Sante/depistage-evaluation/prevention>
29. D. Huas et B. Rueff. alcool et médecine générale. In: GMSanté. (prix prescrite 2012).
30. Société Française d'alcoologie. Mésusage de l'alcool dépistage, diagnostic et traitement (Recommandation de bonne pratique). *Alcoologie et Addictologie*. 2015;37:5-84.
31. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) [Internet]. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA). [cité 24 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.niaaa.nih.gov/>
32. Dominique Dépinoy, médecin généraliste, enseignant à l'UFR de Reims, vice-président Association GT nationale et Jean-Louis Demeaux,, médecin généraliste, professeur associé, UFR de Bordeaux 2, Unafarmec, membres du groupe de travail. Dépistage des mésusages de l'alcool Résumé utile des recommandations pour la pratique clinique élaborées sous l'égide de la SFA. *La revue du praticien - médecine générale*. 26 avr 2004;18(650-651).
33. Le RPIB : le mettre en pratique [Internet]. Alcool Info Service. [cité 25 juin 2019]. Disponible sur: <http://www.alcool-info-service.fr/Alcool/Home-Professionnels/Alcool-Sante/depistage-evaluation/RPIB-pratique>
34. Creplet, Sarah. Dépistage et prise en charge du mésusage d'alcool en médecine générale [Diplôme d'état]. Université de Montpellier; 2018.
35. Netgen. Prise en charge du patient alcoolo-dépendant : préjugés et contre-attitudes [Internet]. *Revue Médicale Suisse*. [cité 31 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2000/RMS-2316/20815>
36. Le binge-drinking ou « biture express » c'est quoi ? - alcoolinfoservice [Internet]. Alcool Info Service. [cité 31 juill 2019]. Disponible sur: <http://jeunes.alcool-info-service.fr/alcool/binge-drinking>

37. MOHLER Laurence. Consultation avancée d'addictologie au sein de la Maison de Santé Laennec de Saint-Nazaire : Patients accueillis et évolution des pratiques des médecins généralistes dans l'accompagnement des patients souffrant de trouble de l'usage de substances psychoactives. UFR de Médecine et Techniques Médicales Formation continue - Université de Nantes; 2017.

Annexe 1 : Liste des abréviations

OFDT : Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

DSM 5 (ou DSM-V) : 5ème édition du Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

ESAT : Etablissement et Service d'Aide par le Travail

ASH : Agent de Service Hospitalier

BEP : Brevet d'Etudes Professionnelles

CAP : Certificat d'Aptitude Professionnelle

MT : Médecin Traitant

FACE : Fast Alcohol Consumption Evaluation

AUDIT : Alcohol Use Disorders Identification Test

RPIB : Repérage Précoce et Intervention Brève

CDA : Consommation Déclarée d'Alcool

MSP : Maison de Santé Pluri-professionnelle

Annexe 2 : Fiche d'information et de consentement remise aux patientes

“Point de vue des patientes sur les pratiques des médecins généralistes dans le domaine de la prévention” par Pauline DAVID et Hélène MIEN.

Cadre de l'étude :

Cette étude est réalisée dans le cadre du projet de thèse de Pauline DAVID et Hélène MIEN, médecins généralistes, anciennement internes de la faculté de médecine de Nantes, dirigée par le Dr Jean Yves GUILLET, médecin généraliste et addictologue, et avec la participation du Dr Rosalie ROUSSEAU, médecin généraliste.

Objectif de l'étude :

Recenser le point de vue des patientes sur les pratiques des médecins généralistes dans le domaine de la prévention.

Participation volontaire et droit de retrait :

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer, sans aucun préjudice pour la prise en charge future. Vous pouvez refuser de répondre à certaines questions ou pouvez mettre fin à l'entretien ou à l'étude à tout moment. Si vous mettez fin à l'entretien, vos données déjà enregistrées ne seront pas utilisées. Il n'y a pas de rémunération, ni pour les patientes participantes, ni pour l'investigateur.

Si vous décidez de mettre fin à votre participation, tous les renseignements personnels vous concernant, incluant les enregistrements, seront alors détruits. Il vous suffit juste de nous avvertir, par mail : helenepaulette5@gmail.com . Ou bien d'en avvertir votre médecin traitant.

Déroulement de la participation :

L'entretien, de type individuel, se déroulera au cabinet, à votre domicile, ou dans un lieu neutre (type café), selon vos préférences. Il aura une durée de 15 à 45 minutes environ, le son sera enregistré, avec votre consentement. Le guide d'entretien, trame que l'investigateur utilise pour vous interviewer, permet d'aborder différentes questions relatives au sujet.

Confidentialité et gestion des données :

Afin de respecter la confidentialité, vos données personnelles seront anonymes, conformément à la loi n° 78-17 du 6 Janvier 1978, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Il sera impossible de vous identifier, que ce soit à partir de l'enregistrement audio ou des données transcrites. Vos dires seront retranscrits avec exactitude, sans interprétation.

Les enregistrements audio seront effacés après la parution des résultats de l'étude.

Votre collaboration est très précieuse pour cette recherche et nous vous remercions vivement si vous acceptez d'y participer.

Les résultats de la recherche seront disponibles en fin d'année 2019, et accessibles auprès de votre médecin généraliste.

*Si le projet vous intéresse, deux possibilités : vous pouvez remplir la fiche de coordonnées et le consentement ci joint et la déposer au secrétariat de votre médecin et nous vous recontacterons ou bien nous recontacter directement au 06***** ou 06*****, ou par mail : helenepaulette5@gmail.com*

Si vous avez des questions sur le projet nous sommes également joignables aux numéros ci-dessus ou par mail.

Je soussignée _____consens librement à participer à l'étude intitulée : “ Point de vue des patientes sur les pratiques des médecins généralistes dans le domaine de la prévention.”

Je consens à l'utilisation des données de la recherche, à des fins d'analyse et de publication.

J'ai pris connaissance du formulaire et j'ai compris la nature de l'étude. Je suis satisfait des explications, précisions et réponses que les chercheurs m'ont fournies. J'accepte d'être enregistrée vocalement.

Date:

Signature de la participante

Signature des chercheurs

FEUILLE DE COORDONNEES

NOM

PRÉNOM

Vous préférez être recontactée par :

MAIL :

TELEPHONE :

Annexe 3 : Guide d'entretien numéro 1

1. Qu'est-ce qu'une bonne santé pour vous ?
 - Comment votre médecin s'occupe-t-il de votre santé
 - Depuis combien de temps êtes-vous suivie par votre médecin traitant ?
 - A quelle fréquence le voyez-vous ?
2. S'ils existent, quels sont les sujets que vous n'oseriez pas aborder en consultation avec lui/ elle ?
 - Si vous aviez un problème d'addiction, seriez-vous à l'aise pour en discuter ? (tabac, alcool, drogues, médicaments, jeux ...)
 - Pour quelles raisons ne seriez-vous pas à l'aise ?

Nous allons maintenant aborder un peu plus précisément la problématique de l'alcool.

3. Quelles sont vos attentes vis-à-vis de votre médecin traitant pour parler d'alcool ?
 - Quel intérêt cela peut-il avoir d'aborder ce sujet en consultation ?
 - Comment peut-il s'y prendre ?
4. Différents travaux ont montré que les médecins éprouvaient des réticences à aborder ce sujet avec leurs patientes, quelles sont-elles selon vous ?
 - Tabou, peur de vexer ou de gêner, sujet trop personnel, pas le rôle du médecin traitant, dépend de la relation médecin/malade, dépend de l'ancienneté du suivi
5. Votre médecin a-t-il déjà abordé le sujet avec vous ?

Si OUI :

 - Quel a été votre ressenti ? gêne, honte, surprise, soulagement
 - Dans quel contexte ? comment s'y est-il pris ?

Si NON :

 - Quelle serait votre réaction s'il le faisait ?
 - Comment aimeriez-vous qu'il vous en parle ?
6. Parole libre (avez-vous des questions, y a-t-il des sujets que vous souhaiteriez aborder) et questions personnelles (âge, profession, niveau d'étude, situation familiale)

Annexe 4 : Guide d'entretien numéro 2

1. Depuis combien de temps êtes-vous suivie par votre médecin traitant ?

A quelle fréquence le voyez-vous ?

- Qu'est-ce qu'une bonne santé pour vous ?
- Comment votre médecin s'occupe-t-il de votre santé ?

2. S'ils existent, quels sont les sujets que vous n'oserez pas aborder en consultation avec lui/ elle ?

- Si vous aviez un problème d'addiction, seriez-vous à l'aise pour en discuter ? (tabac, alcool, drogues, médicaments, jeux ...)
- Pour quelles raisons ne seriez-vous pas à l'aise ?

Nous allons maintenant aborder un peu plus précisément la problématique de l'alcool.

3. Quel intérêt cela peut-il avoir d'aborder ce sujet en consultation ?

- Comment peut-il s'y prendre ?
- Quelles sont vos attentes vis-à-vis de votre médecin traitant pour parler d'alcool ?

4. Différents travaux ont montré que les médecins éprouvaient des réticences à aborder ce sujet avec leurs patientes, quelles sont-elles selon vous ?

- Tabou, peur de vexer ou de gêner, sujet trop personnel, pas le rôle du médecin traitant, dépend de la relation médecin/malade, dépend de l'ancienneté du suivi

5. Votre médecin a-t-il déjà abordé le sujet avec vous ?

Si OUI :

- Quel a été votre ressenti ? gêne, honte, surprise, soulagement
- Dans quel contexte ? comment s'y est-il pris ?

Si NON :

- Quelle serait votre réaction s'il le faisait ?
- Comment aimeriez-vous qu'il vous en parle ?

6. Parole libre (avez-vous des questions, y a-t-il des sujets que vous souhaiteriez aborder) et questions personnelles (âge, profession, niveau d'étude, situation familiale)

Annexe 5 : Guide d'entretien numéro 3

1. Depuis combien de temps êtes-vous suivie par votre médecin traitant ?
 - A quelle fréquence le voyez-vous ?
 - Qu'est-ce qu'une bonne santé pour vous ? Comment votre médecin s'occupe-t-il de votre santé ?
2. S'ils existent, quels sont les sujets que vous n'oseriez pas aborder en consultation avec lui/ elle ?
 - Si vous aviez un problème d'addiction, seriez-vous à l'aise pour en discuter ? (tabac, alcool, drogues, médicaments, jeux ...)
 - Pour quelles raisons ne seriez-vous pas à l'aise ?

Nous allons maintenant aborder un peu plus précisément la problématique de l'alcool.

3. Quel intérêt cela peut-il avoir d'aborder ce sujet en consultation ?
 - Comment peut-il s'y prendre ?
 - Quelles sont vos attentes vis-à-vis de votre médecin traitant pour parler d'alcool ?
4. Différents travaux ont montré que les médecins éprouvaient des réticences à aborder ce sujet avec leurs patientes, quelles sont-elles selon vous ?
 - Tabou, peur de vexer ou de gêner, sujet trop personnel, pas le rôle du médecin traitant, dépend de la relation médecin/malade, dépend de l'ancienneté du suivi
 - Tabou plus important chez les femmes que chez les hommes ?
5. Votre médecin a-t-il déjà abordé le sujet avec vous ?

Si OUI :

Quel a été votre ressenti ? Gêne, honte, surprise, soulagement

Dans quel contexte ? Comment s'y est-il pris ?

Si NON :

- Quelle serait votre réaction s'il le faisait ?
 - Comment aimeriez-vous qu'il vous en parle ?
6. Parole libre (avez-vous des questions, y a-t-il des sujets que vous souhaiteriez aborder) et questions personnelles (âge, profession, niveau d'étude, situation familiale)

Annexe 6 : Retranscription complète des entretiens (verbatim) sur clé USB

Annexe 7 : Tableaux des résultats classés par thèmes

THEME	CATEGORIES	SOUS CATEGORIES	ETIQUETTES	OCCURRENCES
IMPORTANCE DE LA RELATION MEDECIN PATIENT	Déterminants issus du médecin	Qualités du médecin	Disponibilité	E1 E2
			Ecoute	E1 E2 E6 E7 E9 E10
			Empathie	E1 E4
		Caractéristiques du médecin	Age	E3 E7
			Sexe	E7
			Pour se sentir à l'aise	E1 E3 E4 E6 E9
	Déterminants issus du rôle du médecin généraliste	Relation basée sur la confiance	Pour aborder n'importe quel sujet	E1 E3 E4 E5 E7 E9
			Tenu au secret médical	E3
		Rôle du médecin traitant	Rôle pivot	E4 E7 E9
			Notion de médecin de famille	E4 E9 E11
		Ancienneté de la relation	Promiscuité	E2 E3 E4 E5 E6 E9
			Evolution progressive de la relation	E3 E4 E5 E9

THEME	CATEGORIES	SOUS CATEGORIES	ETIQUETTES	OCCURRENCES
L'ALCOOL DANS LA SOCIETE	INFLUENCE DE LA SOCIETE SUR LA CONSOMMATION	Banalisation de la consommation occasionnelle	Effet groupe	E2 E10
			Convivialité	E4 E5 E6 E8 E10
		Culturel	Rôle du cadre familial	E4 E10
			Rôle des médias	E10
	IMAGE DANS LA SOCIETE	Négative	Exposition très jeune	E4
			Montre une faiblesse	E6 E9 E11
			Conséquences sociales négatives	E7 E9 E10
			Sujet considéré comme tabou si consommation problématique	E2 E3 E6 E9 E11
		Compréhensive / permissive	Jugement de la société	E7
			Pas vraiment une maladie	E2
			Conséquence d'un mal-être	E1 E9 E11
			Apporte du réconfort	E4 E5 E9
	ALCOOL CHEZ LA FEMME	Plus tabou que chez l'homme	Consommation dissimulée	E9
			Consommation honteuse / réprobation / dévalorisation	E8 E10
		Image négative de la femme qui boit	Ne correspond pas à l'idée qu'on se fait de la maternité	E8 E9 E10 E11

THEME	CATEGORIES	SOUS CATEGORIES	ETIQUETTES	OCCURRENCES
ABORDER LE SUJET ALCOOL EN CONSULTATION : CE QU'EN PENSENT LES PATIENTES	QUAND	Systématiquement	Lors du 1er contact	E1 E3 E9
			Pour une population spécifique (femmes)	E1 E9 E10
		Pas systématiquement	Selon l'état psychologique	E1 E2 E4
			Si symptômes suspects (cliniques, bio)	E2 E3 E4 E5 E6 E7 E8 E9 E10
			Une fois suffit	E2 E3 E4 E5 E6 E7 E8 E9 E10
			Seulement si problème d'alcool déjà connu	E2 E3 E8
			Après une longue durée de suivi	E2 E3 E4 E5 E7 E8 E9 E10 E11
			En début de suivi	E7
			Ne sait pas	E9
			Chez les femmes enceintes	E9
	POURQUOI	Prévention chez les sujets sains	Chez les adolescents	E9
			Chez tout le monde	E4 E7 E9
		Prise en charge des patients avec consommation à risque		E9
	QUI		Le patient en premier	E9
			Le médecin en premier	E9
	COMMENT	Techniques de communication	Langage simple et accessible	E1
			Disponibilité	E1 E2 E4
			Absence de jugement	E1 E7 E9
			Progressivement	E5 E7 E8 E10
			Directement	E3 E6 E11
			Avec bienveillance	E4 E7 E9
		Importance de la relation médecin / patient	Absence de hiérarchie	E1
			Relation de confiance	E1 E2 E4 E5 E6 E10
			Tenir compte du vécu	E2 E9
			Plus facile si relation ancienne	E4 E5 E7 E8 E9 E10
			Plus difficile si relation ancienne	E7

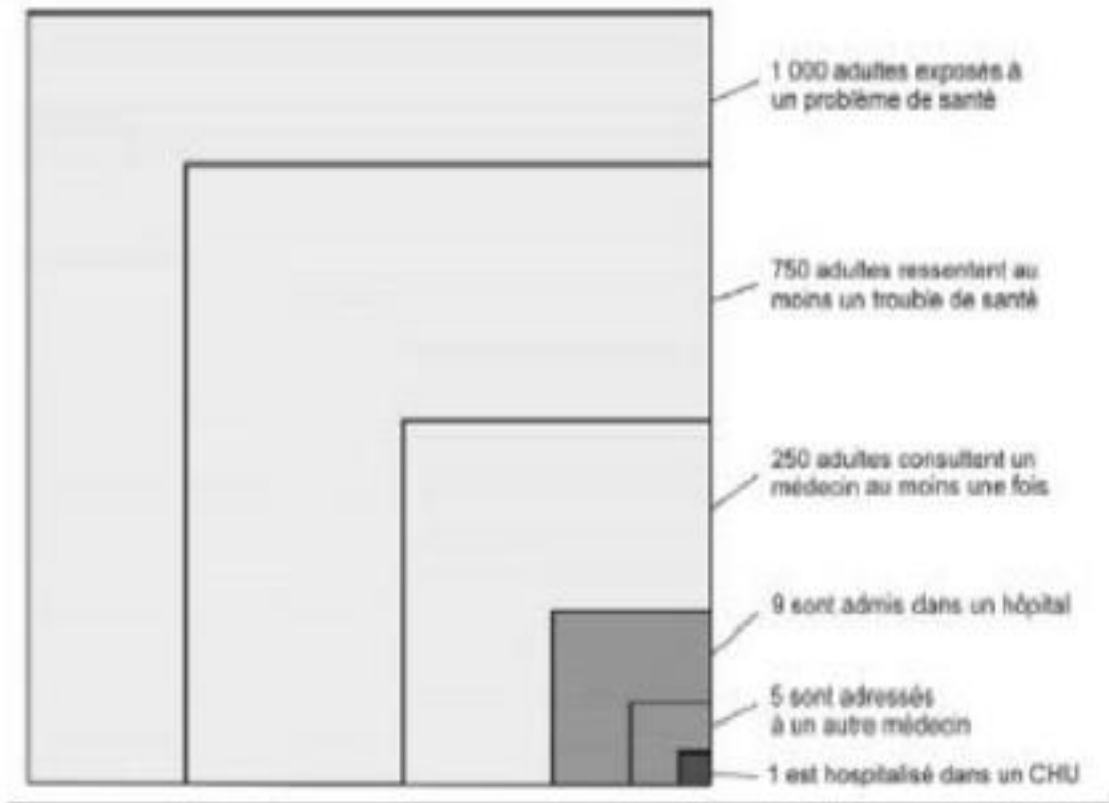
THEME	CATEGORIES	SOUS CATEGORIES	ETIQUETTES	OCCURRENCES
FREINS DES MEDECINS IMAGINES PAR LES PATIENTES	LIES AU MEDECIN		Manque de temps	E1 E2 E4 E9
			Manque de formation	E7 E10
			Minimisation involontaire	E1
			Difficile à gérer sur le plan émotionnel	E1
			Plus chez les femmes	E8 E9 E11
	LIES AU SUJET ALCOOL	Tabou	Autant chez tout le monde	E6 E7 E8 E9 E10
			Vexer	E3 E4 E5 E7 E8 E10
	PEUR DE LA REACTION DES GENS		Coller une étiquette	E9
			Faire fuir	E3 E4 E9
			Donner un sentiment de jugement	E7 E8 E11
			la réaction dépend de la consommation	E5 E11
	LIES A L'ANCIENNETE DE LA RELATION		Promiscuité, lien de confiance	E1
			Suivi de la famille	E5

THEME	CATEGORIES	SOUS CATEGORIES	ETIQUETTES	OCCURRENCES
RESSENTI DES FEMMES LORSQUE LE SUJET ALCOOL EST ABORDE EN CONSULTATION	POSITIF	Rôle du médecin généraliste	Dépister	E1 E2 E3 E4 E5 E6 E7 E9 E10 E11
			Informer	E4 E10
			Premier recours	E3
			Traiter	E3 E8 E11
			Personne extérieure	E5
			Pour le patient	E3 E4
		Importance de la prévention primaire	Pour son entourage	E4 E8
			Positif si explications données	E2 E7 E10
			Un électrochoc peut-être positif	E3 E4 E11
			Un effet intrusif peut avoir des conséquences positives	E11
	NEGATIF	Conditionnel	Rôle du médecin généraliste ?	E7
			Intrusif	E2 E7
			Gène	E4 E5 E8
			Sentiment de jugement	E7 E9
			Personne extérieure	E5
			Pas son rôle	E2 E7 E10
			Manque de formation	E7 E11
			Ne se sentent pas concernées	E1 E2 E3 E5 E7 E9 E10
			Ne s'attendent pas à ce que leur médecin leur en parle	E7 E9 E11
	INDIFFERENCE	Absence de consommation déclarée		

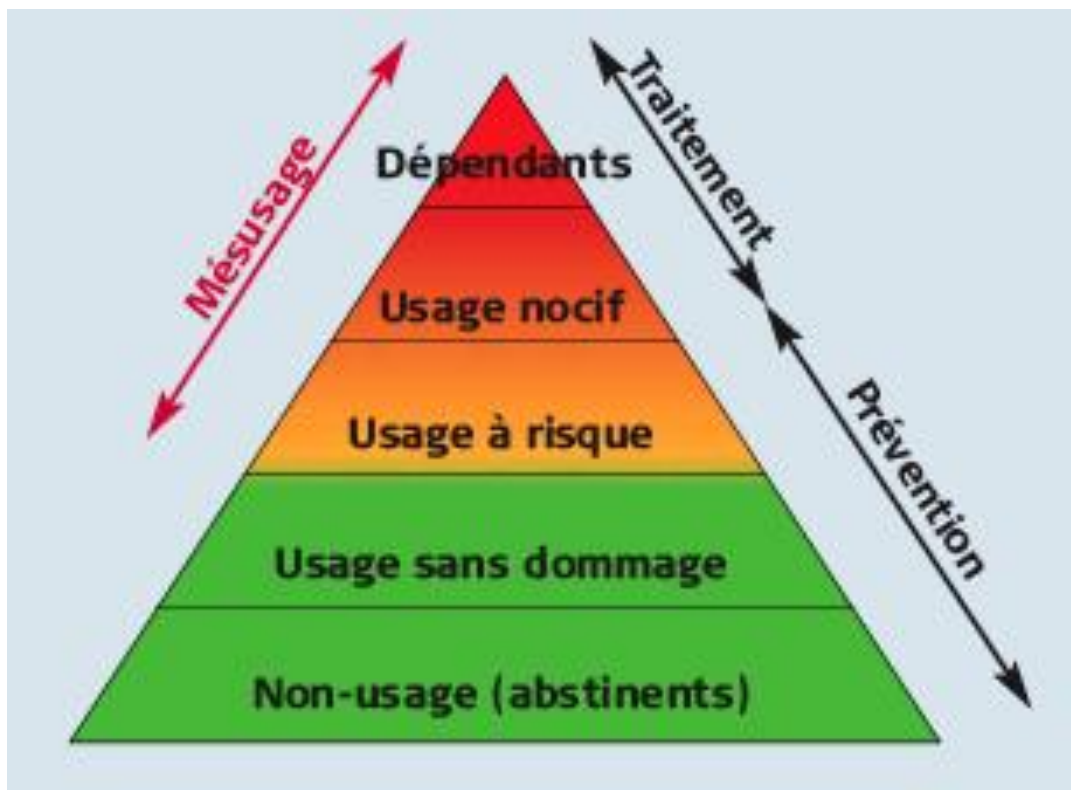
THEME	CATEGORIES	SOUS CATEGORIES	ETIQUETTES	OCCURRENCES	
COMMENT DETERMINER LE NIVEAU DE CONSOMMATION A RISQUE	DIFFICULTES POUR LE MEDECIN	Difficultés à dépister	Déni du patient	E1 E3 E5 E9 E10	
			Déni du médecin	E1	
			Déni de l'entourage	E4	
		Retard de dépistage	Problème sournois	E4 E5	
	Normalité des examens paracliniques		E1		
	MANQUE D'INFORMATION SUR LES NIVEAUX DE RISQUE	Différents types de consommation	Alcool mondain	E1 E7	
			Limites floues entre les différents niveaux de consommation		E1 E2 E3 E4 E9 E11

THEME	CATEGORIES	SOUS CATEGORIES	ETIQUETTES	OCCURRENCES
COMMENT AMELIORER LA PREVENTION SELON LES PATIENTES	PREVENTION / INFORMATION	Supports audio- visuels	Afiches	E4
			Télévision / radio	E4
			Brochures	E2
	INCITATION A CONSULTER LE MT	Campagnes nationales	Ministère de la santé	E2 E9
			CPAM / mutuelles	E4

Annexe 8 : Le carré de White



Annexe 9 : la pyramide de Skinner sur les consommations d'alcool (selon les critères du DSM-V)



Annexe 10 : le score AUDIT-C

Figure N°A2 Questionnaire Audit-C

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

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

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

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

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

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

Annexe 11 : le score AUDIT

Questions	0	1	2	3	4
1. Combien de boissons contenant de l'alcool consommez-vous ?	Jamais	1 x/mois ou -	2 à 4 x/mois	2 à 3 x/sem.	4 x ou +/sem.
2. Combien de verres contenant de l'alcool consommez-vous un jour typique où vous buvez ?	1 ou 2	3 ou 4	5 ou 6	7 ou 9	10 ou +
3. Combien de fois vous arrive-t-il de boire six verres d'alcool ou plus lors d'une même occasion ?	Jamais	< 1 x/mois	1 x/mois	1 x/sem.	Chaque jour ou presque
4. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous constaté que vous n'étiez plus capable d'arrêter de boire après avoir commencé ?	Jamais	< 1 x/mois	1 x/mois	1 x/sem.	Chaque jour ou presque
5. Au cours de l'année écoulée, combien de fois votre consommation d'alcool vous a-t-elle empêché de faire ce qui était normalement attendu de vous ?	Jamais	< 1 x/mois	1 x/mois	1 x/sem.	Chaque jour ou presque
6. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous dû boire un verre d'alcool dès le matin pour vous remettre d'une soirée bien arrosée ?	Jamais	< 1 x/mois	1 x/mois	1 x/sem.	Chaque jour ou presque
7. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou des remords après avoir bu ?	Jamais	< 1 x/mois	1 x/mois	1 x/sem.	Chaque jour ou presque
8. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous été incapable de vous souvenir ce qui s'était passé la veille parce que vous aviez trop bu ?	Jamais	< 1 x/mois	1 x/mois	1 x/sem.	Chaque jour ou presque
9. Vous êtes-vous blessé ou avez-vous blessé quelqu'un parce que vous aviez bu ?	Non		Oui, mais pas dans les douze derniers mois		Oui, au cours des douze derniers mois
10. Est-ce qu'un proche, un médecin ou un autre professionnel de la santé s'est déjà préoccupé de votre consommation d'alcool et vous a conseillé de la diminuer ?	Non		Oui, mais pas dans les douze derniers mois		Oui, au cours des douze derniers mois
Score total					

Annexe 12 : le questionnaire FACE

Question n°1 : A quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant 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

Question n° 2 : Combien de verres standards buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous consommez de l'alcool ?

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

Question n° 3 : Votre entourage vous a-t-il fait des remarques au sujet de votre consommation d'alcool ?

- Non = 0
- Oui = 4

Question n° 4 : Avez-vous déjà eu besoin d'alcool le matin pour vous sentir en forme ?

- Non = 0
- Oui = 4

Question n° 5 : Vous arrive-t-il de boire et de ne plus vous souvenir ensuite de ce que vous avez pu dire ou faire ?

- Non = 0
- Oui = 4

Interprétation du test FACE

Pour les hommes :

- score < 5: risque faible ou nul
- score de 5 à 8: consommation excessive probable
- score > 8: dépendance probable

Pour les femmes :

- score < 4: risque faible ou nul
- score de 4 à 8: consommation excessive probable
- score > 8: dépendance probable

Vu, le Président du Jury, Madame le Professeure GRALL-BRONNEC Marie

Vu, le Directeur de Thèse, Monsieur le Docteur GUILLET Jean-Yves

Structure Régionale d'Appui et d'Expertise
(SRAE)
Addictologie des Pays de la Loire
2 rue de la Loire
44200 NANTES
Tél. : 02 40 41 17 36

Vu, le Doyen de la Faculté,

DAVID Pauline
MIEN Hélène

Titre de Thèse :

Que pensent les patientes de plus de 18 ans du repérage du mésusage de l'alcool en consultation de médecine générale en Loire-Atlantique ?

RESUME

L'alcool est la substance psychoactive la plus consommée en France et est responsable de nombreux dommages sanitaires et sociaux. Il s'agit de la première cause de mortalité prématurée, la deuxième cause de mortalité évitable et troisième cause de mortalité. La consommation d'alcool entraîne environ 50 000 décès par an. Le médecin généraliste qui rencontre la population générale est le premier recours pour dépister les mésusages de l'alcool. Cependant il existe une sous-estimation du mésusage, certains médecins présentent en effet des freins pour aborder le sujet en consultation. La consommation d'alcool chez les femmes reste moins bien perçue que chez les hommes. Celles-ci consultent pourtant davantage que les hommes et sont plus à mêmes d'être interrogées sur leur consommation. Nous avons cherché à savoir ce que les patientes de plus de 18 ans pensent du repérage du mésusage de l'alcool par le médecin généraliste.

Il a été effectué pour cela une étude qualitative par entretiens individuels, semi dirigés, réalisée auprès de femmes de Loire Atlantique, à partir d'un guide d'entretien entre juillet 2018 et décembre 2018.

Les résultats exploités par la méthode de théorisation ancrée révèlent que les femmes expriment des ressentis divergents sur la question. Parfois le ressenti est positif, elles pensent que cela fait partie du rôle du médecin généraliste et qu'il est important de dépister. A l'inverse parfois elles expriment un avis négatif pensant que cela peut être intrusif et déclencher un sentiment de jugement. Elles ont cependant toutes évoqué l'importance de la bonne qualité de la relation médecin patient pour aborder le sujet de l'alcool en accentuant sur la relation de confiance. Elles ont pu imaginer les freins ressentis par les médecins pour aborder le sujet et ceux-ci rejoignent ceux cités dans d'autres études.

Il y a à la fois une banalisation des consommations occasionnelles par les femmes interrogées mais également un jugement plus dur de l'image de la femme ivre. Il s'agit d'un sujet encore plus tabou que pour l'homme pouvant rendre le dépistage plus difficile. On constate également une méconnaissance des niveaux de risque ce qui ouvre la voie à plus de prévention, d'information et d'éducation dans le domaine.

MOTS-CLES

alcool - femmes - dépistage - prévention - médecine générale