

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

ANNÉE : 2021

N° : 308

THÈSE

PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

Diplôme d'État

Mention : D.E.S. de Médecine Générale

par

Flore LESMARIE

née le 08/08/1993 à Rennes

**Dépistage du mésusage d'alcool chez les jeunes (10-24 ans) en Médecine
Générale :
Vers une amélioration des pratiques actuelles et de la place
des médecins généralistes en Alsace.**

Président du Jury : Madame le Professeur Carmen SCHRÖDER

Assesseurs : Madame le Docteur Claire DUMAS

Directeur de thèse : Madame le Docteur Camille LEPINE

FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

Edition SEPTEMBRE 2021
Année universitaire 2021-2022



- **Président de l'Université** : M. DENEKEN Michel
- **Doyen de la Faculté** : M. SIBILIA Jean
- **Premier Doyen de la Faculté** : M. DERUELLE Philippe
- **Doyens honoraires** : (1976-1983) M. DORNER Marc
(1983-1989) M. MANTZ Jean-Marie
(1989-1994) M. VINCENDON Guy
(1994-2001) M. GERLINGER Pierre
(2001-2011) M. LODES Bertrand
- **Chargé de mission auprès du Doyen** : M. VICENTE Gilbert
- **Responsable Administratif** : M. STEEGMANN Geoffroy



HOPITAUX UNIVERSITAIRES
DE STRASBOURG (HUS)
Directeur général : M. GALY Michaël

A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE

MANDEL Jean-Louis Chaire "Génétique humaine" (à compter du 01.11.2003)

A2 - MEMBRE SENIOR A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)

BAHRAM Séiamak Immunologie biologique (01.10.2013 au 31.09.2018)
DOLLFUS Hélène Génétique clinique (01.10.2014 au 31.09.2019)

A3 - PROFESSEUR(E)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
ADAM Philippe P0001	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Hospitalisation des Urgences de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
AKLADIOS Cherif P0191	NRP6 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
ANDRES Emmanuel P0002	RP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Serv. de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	53.01 Option : médecine Interne
ANHEIM Mathieu P0003	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
Mme ANTAL Maria Cristina M0003 / P0219	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Haute-pierre • Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
ARNAUD Laurent P0186	NRP6 NCS	• Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
BACHELLIER Philippe P0004	RP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
BAHRAM Seiamak P0005	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil - Institut d'Hématologie et d'Immunologie / Hôpital Civil / Faculté	47.03 Immunologie (option biologique)
BAUMERT Thomas P0007	NRP6 CS	• Pôle Hépatito-digestif de l'Hôpital Civil - Institut de Recherche sur les Maladies virales et hépatiques/Fac	52.01 Gastro-entérologie ; hépatologie Option : hépatologie
Mme BEAU-FALLER Michèle M0007 / P0170	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
BEAUJEU Rémy P0008	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales - Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Haute-pierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BECMEUR François P0009	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Haute-pierre	54.02 Chirurgie infantile
BERNA Fabrice P0192	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie Option : Psychiatrie d'Adultes
BERTSCHY Gilles P0013	RP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
BIERRY Guillaume P0178	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Neuroradiologie-imagerie ostéoarticulaire-Pédiatrie / Hôpital Haute-pierre	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
BILBAULT Pascal P0014	RP6 CS	• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / HP	48.02 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : médecine d'urgence
BLANC Frédéric P0213	NRP6 NCS	• Pôle de Gériatrie - Service Evaluation - Gériatrie - Hôpital de la Robertsau	53.01 Médecine interne ; addictologie Option : gériatrie et biologie du vieillissement
BODIN Frédéric P0187	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et maxillo-faciale / Hôpital Civil	50.04 Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique ; Brûlologie
BONNEMAIS Laurent M0099 / P0215	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 - Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
BONNOMET François P0017	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURCIER Tristan P0018	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophthalmologie
BOURGIN Patrice P0020	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie - Unité du Sommeil / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme BRIGAND Cécile P0022	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
BRUANT-RODIER Catherine P0023	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / HP	50.04 Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Mme CAILLARD-OHLMANN Sophie P0171	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
CASTELAIN Vincent P0027	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital Hautepierre	48.02 Réanimation
CHAKFE Nabil P0029	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire Option : chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe M0013 / P0172	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne P0028	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne P0030	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
Mme CHENARD-NEU Marie-Pierre P0041	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe P0044	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre supérieur / HP	42.01 Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier P0193	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01 Anesthésiologie-Réanimation ; Médecine d'urgence (option Anesthésiologie- Réanimation - Type clinique)
COLLONGUES Nicolas M0016 / P0220	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01 Neurologie
CRIBIER Bernard P0045	NRP6 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénéréologie
de BLAY de GAIX Frédéric P0048	RP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
de SEZE Jérôme P0057	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'Investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôp. de Hautepierre	49.01 Neurologie
DEBRY Christian P0049	RP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
DERUELLE Philippe P0199	RP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique; gynécologie médicale: option gynécologie-obstétrique
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène P0054	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04 Génétique (type clinique)
EHLLINGER Matthieu P0188	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Natacha P0059	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme FACCA Sybille P0179	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôp. Hautepierrre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFI-KREMER Samira P0060	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
FAITOT François P0216	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
FALCOZ Pierre-Emmanuel P0052	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
FORNECKER Luc-Matthieu P0208	NRP6 NCS	• Pôle d'Oncolo-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.01 Hématologie ; Transfusion Option : Hématologie
GALLIX Benoit P0214	NCS	• IHU - Institut Hospitalo-Universitaire - Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale
GANGI Afshin P0062	RP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GARNON Julien P0221	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David P0063	NRP6 NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
GENY Bernard P0064	NRP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GEORG Yannick P0200	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire/ Option : chirurgie vasculaire
GICQUEL Philippe P0065	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
GOICHOT Bernard P0066	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et de nutrition / HP	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme GONZALEZ Maria P0067	NRP6 CS	• Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail/HC	46.02 Médecine et santé au travail Travail
GOTTENBERG Jacques-Eric P0068	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie
HANNEDOUCHE Thierry P0071	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Dialyse / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
HANSMANN Yves P0072	RP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / NHC	45.03 Option : Maladies infectieuses
Mme HELMS Julie M0114 / P0209	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Médecine Intensive-Réanimation
HIRSCH Edouard P0075	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
IMPERIALE Alessio P0194	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve P0189	RP6 CS	• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
JAULHAC Benoît P0078	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie P0079	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, diabète et nutrition / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme JESEL-MOREL Laurence P0201	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
KALTENBACH Georges P0081	RP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau - Secteur Evaluation - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	53.01 Option : gériatrie et biologie du vieillissement

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme KESSLER Laurence P0084	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Serv. d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie/ Méd.B/HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain P0085	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
KINDO Michel P0195	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme KORGANOW Anne-Sophie P0087	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane M0038 / P0174	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service Imagerie II - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KUHN Pierre P0175	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Serv. de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II)/HP	54.01 Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel P0089	RP6 NCS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.02 Option : Cancérologie (clinique)
Mme LALANNE-TONGIO Laurence P0202	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie (Option : Addictologie)
LANG Hervé P0090	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillofaciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
LAUGEL Vincent P0092	RP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme LEJAY Anne M0102 / P0217	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardiovasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de Transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
LE MINOR Jean-Marie P0190	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'Imagerie Ostéoarticulaire et interventionnelle/ Hôpital de Hautepierre	42.01 Anatomie
LESSINGER Jean-Marc P0	RP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie générale et spécialisée / LBGS / NHC - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / Hautepierre	82.00 Sciences Biologiques de Pharmacie
LIPSKER Dan P0093	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillofaciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-vénéréologie
LIVERNEAUX Philippe P0094	RP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôp. de Hautepierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
MALOUF Gabriel P0203	NRP6 NCS	• Pôle d'Onco-hématologie - Service d'Oncologie médicale / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie
MARK Manuel P0098	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MARTIN Thierry P0099	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme MASCAUX Céline P0210	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie ; Addictologie
Mme MATHÉLIN Carole P0101	NRP6 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie / ICANS	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; Gynécologie Médicale
MAUVIEUX Laurent P0102	NRP6 CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre - Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe P0103	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MENARD Didier P0222	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
MERTES Paul-Michel P0104	RP6 CS	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / NHC	48.01 Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Alain M0093 / P0223	NRP6 NCS	• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
MEYER Nicolas P0105	NRP6 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôp. Civil	46.04 Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Ferhat P0106	NRP6 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
MONASSIER Laurent P0107	NRP6 CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Labo. de Neurobiologie et Pharmacologie cardio-vasculaire- EA7295 / Fac	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier P0108	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
MOULIN Bruno P0109	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Transplantation / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
MUTTER Didier P0111	RP6 NCS	• Pôle Hépatogastro-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / NHC	52.02 Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques P0112	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
NOEL Georges P0114	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option Radiothérapie biologique
NOLL Eric M0111 / P0218	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - HP	48.01 Anesthésiologie-Réanimation
OHANA Mickael P0211	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
OHLMANN Patrick P0115	RP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme OLLAND Anne P0204	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie Thoracique - Service de Chirurgie thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme PAILLARD Catherine P0180	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
PELACCIA Thierry P0205	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR - Centre de formation et de recherche en pédagogie des sciences de la santé / Faculté	48.05 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : Médecine d'urgences

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme PERRETTA Silvana P0117	NRP6 NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick P0118	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie Digestive
PETIT Thierry P0119	CDp	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
PIVOT Xavier P0206	NRP6 NCS	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien P0181	NRP6 CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale/Hautepierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAC Alain P0123	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et nutrition / HP	44.04 Nutrition
PROUST François P0182	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Hautepierre	49.02 Neurochirurgie
Pr RAUL Jean-Sébastien P0125	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et NHC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
REIMUND Jean-Marie P0126	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. d'Hépatogastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
Pr RICCI Roméo P0127	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Département Biologie du développement et cellules souches / IGBMC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge P0128	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
ROMAIN Benoît M0061 / P0224	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme ROSSIGNOL -BERNARD Sylvie P0196	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
ROUL Gérard P0129	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civi	51.02 Cardiologie
Mme ROY Catherine P0140	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (opt clinique)
SANANES Nicolas P0212	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
SAUER Amaud P0183	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André P0184	NRP6 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Santé Publique / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC	46.04 Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SAUSSINE Christian P0143	RP6 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
Mme SCHATZ Claude P0147	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
Mme SCHLUTH-BOLARD Caroline P0225	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
SCHNEIDER Francis P0144	NRP6 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation
Mme SCHRÖDER Carmen P0185	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / HC	49.04 Pédopsychiatrie ; Addictologie
SCHULTZ Philippe P0145	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Lawrence P0197	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatogastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive/HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : Hépatologie
SIBILIA Jean P0146	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie
STEPHAN Dominique P0150	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique/NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
THAVEAU Fabien P0152	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
Mme TRANCHANT Christine P0153	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
VEILLON Francis P0155	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel P0156	NRP6 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Département de Santé Publique / Secteur 3 - Epidémiologie et Economie de la Santé / Hôpital Civil • Laboratoire d'Epidémiologie et de santé publique / HC / Faculté	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VETTER Denis P0157	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	52.01 Option : Gastro-entérologie
VIDAILHET Pierre P0158	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane P0159	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales /Faculté	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas P0160	NRP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Serv. de soins de suite et réadaptation gériatrique/Hôp.Robertsau	51.01 Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WEBER Jean-Christophe Pierre P0162	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01 Option : Médecine Interne

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
WOLF Philippe P0207	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / HP - Coordonnateur des activités de prélèvements et transplantations des HU	53.02 Chirurgie générale
Mme WOLFF Valérie P0001	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - Unité Neurovasculaire / Hôpital de Haute pierre	49.01 Neurologie

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Haute pierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil - PTM = Plateau technique de microbiologie
 * : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier) Cspi : Chef de service par intérim CSp : Chef de service provisoire (un an)
 CU : Chef d'unité fonctionnelle
 Pô : Pôle RPô (Responsable de Pôle) ou NRPô (Non Responsable de Pôle)
 Cons. : Consultanat hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chef de service) Dir : Directeur
 (1) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2018
 (3) (7) Consultant hospitalier (pour un an) éventuellement renouvelable --> 31.08.2017
 (5) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2019 (8) Consultant hospitalier (pour une 2ème année) --> 31.08.2017
 (6) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2017 (9) Consultant hospitalier (pour une 3ème année) --> 31.08.2017

A4 - PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
CALVEL Laurent	NRPô CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Soins palliatifs / NHC	46.05 Médecine palliative
HABERSETZER François	CS	• Pôle Hépato-digestif - Service de Gastro-Entérologie - NHC	52.01 Gastro-Entérologie
MIYAZAKI Toru		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie Biologique / HC	
SALVAT Eric	CS	• Pôle Tête-Cou - Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur / HP	

MO142	B1 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)		
NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
AGIN Arnaud M0001		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et Médecine nucléaire
Mme ANTONI Delphine M0109		• Pôle d'Imagerie - Service de Radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie
Mme AYME-DIETRICH Estelle M0117		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	48.03 Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie Option : pharmacologie fondamentale
Mme BIANCALANA Valérie M0008		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
BLONDET Cyrille M0091		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire (option clinique)
BOUSIGES Olivier M0092		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme BRU Valérie M0045		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS - Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme BUND Caroline M0129		• Pôle d'Imagerie - Service de médecine nucléaire et imagerie moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CARAPITO Raphaël M0113		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie
CAZZATO Roberto M0118		• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
Mme CEBULA Hélène M0124		• Pôle Tête-Cou - Service de Neurochirurgie / HP	49.02 Neurochirurgie
CERALINE Jocelyn M0012		• Pôle de Biologie - Département de Biologie structurale Intégrative / IGBMC	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie (option biologique)
CHERRIER Thomas M0136		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
CHOQUET Philippe M0014		• Pôle d'Imagerie - UF6237 - Imagerie Préclinique / HP	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CLERE-JEHL Raphaël M0137		• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation
Mme CORDEANU Elena Mihaela M0138		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique/NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
DALI-YOUCHEF Ahmed Nassim M0017		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
DELHORME Jean-Baptiste M0130		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
DEVYS Didier M0019		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme DINKELACKER Véra M0131		• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
DOLLÉ Pascal M0021		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme ENACHE Irina M0024		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / IGBMC	44.02 Physiologie
Mme FARRUGIA-JACAMON Audrey M0034		• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
FELTEN Renaud M0139		• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'Investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôpital de Hautepierre	48.04 Thérapeutique, Médecine de la douleur, Addictologie
FILISSETTI Denis M0025	CS	• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
FOUCHER Jack M0027		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	44.02 Physiologie (option clinique)
GANTNER Pierre M0132		• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie- Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
GIES Vincent M0140		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
GRILLON Antoine M0133		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
GUERIN Eric M0032		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
GUFFROY Aurélien M0125		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine interne et d'Immunologie clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme HARSAN-RASTEI Laura M0119		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
HUBELE Fabrice M0033		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS - Service de Biophysique et de Médecine Nucléaire / NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
KASTNER Philippe M0089		• Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme KEMMEL Véronique M0036		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
KOCH Guillaume M0126		- Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine	42.01 Anatomie (Option clinique)
Mme KRASNY-PACINI Agata M0134		• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
Mme LAMOUR Valérie M0040		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme LANNES Béatrice M0041		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
LAVAUX Thomas M0042		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
LENORMAND Cédric M0103		• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénéréologie
HERMITTE Benoît M0115		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques
LUTZ Jean-Christophe M0046		• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillofaciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / Hôpital Civil	55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MIGUET Laurent M0047		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Haute-pierre et NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTHER M0049	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean M0050		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme NICOLAE Alina M0127		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.03 Anatomie et Cytologie Pathologiques (Option Clinique)
Mme NOURRY Nathalie M0011		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Serv. de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail/HC	46.02 Médecine et Santé au Travail (option clinique)
PENCREACH Erwan M0052		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
PAFF Alexander M0053		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale /PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie M0094		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme PORTER Louise M0135		• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Haute-pierre	47.04 Génétique (type clinique)
PREVOST Gilles M0057		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme RADOSAVLJEVIC Mirjana M0058		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
Mme REIX Nathalie M0095		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC - Service de Chirurgie / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
Mme RIOU Marianne M0141		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
ROGUE Patrick (cf. A2) M0060		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie Générale et Spécialisée / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire (option biologique)
Mme ROLLAND Delphine M0121		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Haute-pierre	47.01 Hématologie ; transfusion (type mixte : Hématologie)
Mme RUPPERT Elisabeth M0106		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / HC	49.01 Neurologie
Mme SABOU Alina M0096		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS - Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme SCHEIDECKER Sophie M0122		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique
SCHRAMM Frédéric M0068		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme SOLIS Morgane M0123		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital de Haute-pierre	45.01 Bactériologie-Virologie ; hygiène hospitalière Option : Bactériologie-Virologie
Mme SORDET Christelle M0069		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
Mme TALAGRAND-REBOUL Emilie M0142		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
TALHA Samy M0070		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
Mme TALON Isabelle M0039		• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Haute-pierre	54.02 Chirurgie infantile
TELETIN Marius M0071		• Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VALLAT Laurent M0074		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie Biologique - Hôpital de Haute-pierre	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VELAY-RUSCH Aurélie M0128		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	45.01 Bactériologie- Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
Mme VILLARD Odile M0076		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme WOLF Michèle M0010		• Chargé de mission - Administration générale - Direction de la Qualité / Hôpital Civil	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
Mme ZALOSZYC Ariane ép. MARCANTONI M0116		• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
ZOLL Joff rey M0077		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC	44.02 Physiologie (option clinique)

B2 - PROFESSEURS DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Pr BONAHA Christian P0166

Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine

72. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques

B3 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Mr KESSEL Nils	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr LANDRE Lionel	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69.	Neurosciences
Mme THOMAS Marion	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mme SCARFONE Marianna M0082	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr ZIMMER Alexis	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques

C - ENSEIGNANTS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

C1 - PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Pr Ass. GRIES Jean-Luc	M0084	Médecine générale (01.09.2017)
Pre Ass. GROB-BERTHOU Anne	M0109	Médecine générale (01.09.2015)
Pr Ass. GUILLOU Philippe	M0089	Médecine générale (01.11.2013)
Pr Ass. HILD Philippe	M0090	Médecine générale (01.11.2013)
Pr Ass. ROUGERIE Fabien	M0097	Médecine générale (01.09.2014)

C2 - MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE - TITULAIRE

Dre CHAMBE Juliette	M0108	53.03 Médecine générale (01.09.2015)
Dr LORENZO Mathieu		53.03 Médecine générale

C3 - MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Dre BREITWILLER-DUMAS Claire		Médecine générale (01.09.2016 au 31.08.2019)
Dre SANSELME Anne-Elisabeth		Médecine générale
Dr SCHMITT Yannick		Médecine générale

D - ENSEIGNANTS DE LANGUES ETRANGERES

D1 - PROFESSEUR AGREGÉ, PRAG et PRCE DE LANGUES

Mme ACKER-KESSLER Pia	M0085	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.03)
Mme CANDAS Peggy	M0086	Professeure agrégée d'Anglais (depuis le 01.09.99)
Mme SIEBENBOUR Marie-Noëlle	M0087	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.11)
Mme JUNGER Nicole	M0088	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.09)
Mme MARTEN Susanne	M0098	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.14)

E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Dr ASTRUC Dominique	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / Hôpital de Hautepierre
Dr DE MARCHI Martin	• Pôle Oncologie médico-chirurgicale et d'Hématologie - Service d'Oncologie Médicale / ICANS
Mme Dre GERARD Bénédicte	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre GOURIEUX Bénédicte	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dr KARCHER Patrick	• Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Hôpital de la Robertsau
Mme Dre LALLEMAN Lucie	• Pôle Urgences - SAMU67 - Médecine Intensive et Réanimation - Permanence d'accès aux soins de santé - La Boussole (PASS)
Dr LEFEBVRE Nicolas	• Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - Service des Maladies Infectieuses et Tropicales / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre LICHTBLAU Isabelle	• Pôle de Biologie - Laboratoire de biologie de la reproduction / CMCO de Schiltigheim
Mme Dre MARTIN-HUNYADI Catherine	• Pôle de Gériatrie - Secteur Evaluation / Hôpital de la Robertsau
Dr NISAND Gabriel	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Mme Dre PETIT Flore	• Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - UCSA
Dr PIRRELLO Olivier	• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO
Dr REY David	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre RONDE OUSTEAU Cécile	• Pôle Locomax - Service de Chirurgie Séptique / Hôpital de Hautepierre
Mme Dre RONGIERES Catherine	• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Centre Clinico Biologique d'AMP / CMC
Dr TCHOMAKOV Dimitar	• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques / Hôpital de Hautepierre
Mme Dre WEISS Anne	• Pôle Urgences - SAMU67 - Médecine Intensive et Réanimation - SAMU

F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o **de droit et à vie** (membre de l'Institut)
 - CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)
 - MANDEL Jean-Louis (Génétique et biologie moléculaire et cellulaire)
- o **pour trois ans** (1er avril 2019 au 31 mars 2022)
 - Mme STEIB Annick (Anesthésie, Réanimation chirurgicale)
- o **pour trois ans** (1er septembre 2019 au 31 août 2022)
 - DUFOUR Patrick (Cancérologie clinique)
 - NISAND Israël (Gynécologie-obstétrique)
 - PINGET Michel (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques)
 - Mme QUOIX Elisabeth (Pneumologie)
- o **pour trois ans** (1er septembre 2020 au 31 août 2023)
 - BELLOQC Jean-Pierre (Service de Pathologie)
 - DANION Jean-Marie (Psychiatrie)
 - KEMPF Jean-François (Chirurgie orthopédique et de la main)
 - KOPFERSCHMITT Jacques (Urgences médico-chirurgicales Adultes)
- o **pour trois ans** (1er septembre 2021 au 31 août 2024)
 - DANION Anne (Pédopsychiatrie, addictologie)
 - DIEMUNSCH Pierre (Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale)
 - HERBRECHT Raoul (Hématologie)
 - STEIB Jean-Paul (Chirurgie du rachis)

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITES ASSOCIE (mi-temps)

M. SOLER Luc CNU-31 IRCAD (01.09.2009 - 30.09.2012 / renouvelé 01.10.2012-30.09.2015-30.09.2021)

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS* DE L'UNIVERSITE

Pr CHARRON Dominique	(2019-2020)
Pr KINTZ Pascal	(2019-2020)
Pr LAND Walter G.	(2019-2020)
Pr MAHE Antoine	(2019-2020)
Pr MASTELLI Antoine	(2019-2020)
Pr REIS Jacques	(2019-2020)
Pr RONGIERES Catherine	(2019-2020)

(* 4 années au maximum)

G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94	KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01	LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
BALDAUF Jean-Jacques (Gynécologie obstétrique) / 01.09.21	LANG Jean-Marie (Hématologie clinique) / 01.09.11
BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12	LANGER Bruno (Gynécologie) / 01.11.19
BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95	LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
BAUMANN René (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.10	LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.16	LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16
BERTHEL Marc (Gériatrie) / 01.09.18	MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
BIENTZ Michel (Hygiène Hospitalière) / 01.09.04	MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13
BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.17	MANDEL Jean-Louis (Génétique) / 01.09.16
BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95	MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14
BOEHM-BURGER Nelly (Histologie) / 01.09.20	MANTZ Jean-Marie (Réanimation médicale) / 01.10.94
BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03	MARESCAUX Christian (Neurologie) / 01.09.19
BOUSQUET Pascal (Pharmacologie) / 01.09.19	MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16
BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99	MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
BRETTES Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10	MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
BURGHARDT Guy (Pneumologie) / 01.10.86	MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
BURSZTEJN Claude (Pédopsychiatrie) / 01.09.18	MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10
CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15	MINCK Raymond (Bactériologie) / 01.10.93
CAZENAVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15	MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.11
CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95	MORAND Georges (Chirurgie thoracique) / 01.09.09
CHAUVIN Michel (Cardiologie) / 01.09.18	MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.09
CHELLY Jameleddine (Diagnostic génétique) / 01.09.20	OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12	PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15
CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.16	PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00	Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.11
CONRAUX Claude (Oto-Rhino-Laryngologie) / 01.09.98	PINGET Michel (Endocrinologie) / 01.09.19
CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11	POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation) / 01.09.18
DIETEMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17	REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17	RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
DUGLOS Bernard (Hépatogastro-Hépatologie) / 01.09.19	RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa.Chir.) / 01.09.13	SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10	SAUDER Philippe (Réanimation médicale) / 01.09.20
FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02	SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.16	SCHAFF Georges (Physiologie) / 01.10.95
FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.09	SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
GAY Gérard (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.13	SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01.08.11
GERLINGER Pierre (Biol. de la Reproduction) / 01.09.04	SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
GRENIER Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.97	SCHWARTZ Jean (Pharmacologie) / 01.10.87
GRUCKER Daniel (Institut de Physique Biologique) / 01.09.21	SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14	STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
HASSELMANN Michel (Réanimation médicale) / 01.09.18	STOLL Claude (Génétique) / 01.09.09
HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06	STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15
HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04	STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03
IMBS Jean-Louis (Pharmacologie) / 01.09.09	TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
IMLER Marc (Médecine interne) / 01.09.98	TONGIO Jean (Radiologie) / 01.09.02
JACQMIN Didier (Urologie) / 09.08.17	TREISSER Alain (Gynécologie-Obstétrique) / 24.03.08
JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11	VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.16
JAEGER Jean-Henri (Chirurgie orthopédique) / 01.09.11	VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
JESEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04	VINCENDON Guy (Biochimie) / 01.09.08
KAHN Jean-Luc (Anatomie) / 01.09.18	WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06	WATTIEZ Arnaud (Gynécologie Obstétrique) / 01.09.21
KEMPF Jules (Biologie cellulaire) / 01.10.95	WEITZENBLUM Emmanuel (Pneumologie) / 01.09.11
KREMER Michel / 01.05.98	WIHLM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
KRETZ Jean-Georges (Chirurgie vasculaire) / 01.09.18	WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07	WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.96
KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08	WOLFRAM-GABEL Renée (Anatomie) / 01.09.96
KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07	

Légende des adresses :

FAC : Faculté de Médecine : 4, rue Kirschleger - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.85.35.20 - Fax : 03.68.85.35.18 ou 03.68.85.34.67

HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :

- NHC : **Nouvel Hôpital Civil** : 1, place de l'Hôpital - BP 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 69 55 07 08
- HC : **Hôpital Civil** : 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.67.68
- HP : **Hôpital de Hautepierre** : Avenue Molière - B.P. 49 - F - 67098 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.12.80.00
- **Hôpital de La Robertsau** : 83, rue Himmerich - F - 67015 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.55.11
- **Hôpital de l'Elsau** : 15, rue Cranach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.67.68

CMCO - Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical : 19, rue Louis Pasteur - BP 120 - Schiltigheim - F - 67303 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.62.83.00

C.C.O.M. - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main : 10, avenue Baumann - B.P. 96 - F - 67403 Illkirch Graff enstaden Cedex - Tél. : 03.88.55.20.00

E.F.S. : Etablissement Français du Sang - Alsace : 10, rue Spielmann - BP N°36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.21.25.25

Centre Régional de Lutte contre le cancer "Paul Strauss" - 3, rue de la Porte de l'Hôpital - F-67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.25.24.24

IURC - Institut Universitaire de Réadaptation Clemenceau - CHU de Strasbourg et UGECAM (Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie) - 45 boulevard Clemenceau - 67082 Strasbourg Cedex

RESPONSABLE DE LA BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE ET ODONTOLOGIE ET DU DÉPARTEMENT SCIENCES, TECHNIQUES ET SANTÉ DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

Monsieur Olivier DIVE, Conservateur

LA FACULTÉ A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS LES DISSERTATIONS
QUI LUI SONT PRÉSENTÉES DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES
A LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES IMPROUVER

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis 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 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 et méprisé si j'y manque.

Remerciements

A Mme le Professeur Carmen Schröder, présidente du Jury, je vous remercie d'avoir accepté de présider cette thèse. Je vous suis très reconnaissante de l'intérêt que vous avez porté à mon travail.

A ma directrice de thèse, le Docteur Camille Lépine ; merci pour ta confiance et ton engagement dans mon travail. Tu m'as permis de réaliser ce que je souhaitais, sans entraver ma liberté et je t'en suis très reconnaissante.

A Mme Le Docteur Claire Dumas, je vous remercie pour votre bienveillance, cela déjà depuis l'internat. Je vous suis très reconnaissante d'avoir accepté de juger mon travail et de faire partie de mon jury.

A mes parents, pour m'avoir inculqué ce qui, chaque jour, fait de moi une meilleure personne et un meilleur médecin : l'exigence, la patience et l'empathie.

A mon père en particulier, à qui je dédie ce travail ; pour sa force et son abnégation qui m'ont permis de vivre ce moment à ses côtés malgré les difficultés, mais surtout, pour son indéfectible soutien et amour envers ses enfants.

A ma mère, pour m'avoir fait grandir avec douceur et pour son écoute bienveillante au cours des pires et des meilleures années. Je nous souhaite de conserver notre complicité !

A mon frère, qui m'a tant appris et tant donné, sans un mot ni contrepartie. A ta petite famille, merci d'avoir fait de moi la plus heureuse des tatas.

A mon grand-père, qui m'a en partie inspiré ce sujet et que j'ai eu l'impression d'un peu mieux comprendre à travers ces lignes.

Au reste de ma famille, pour tout le soutien qu'ils m'ont offert, tous les sourires, les tapes sur l'épaule et les encouragements.

A Stanislas, cette merveilleuse personne qui partage ma vie, mes doutes et mes joies. Merci de faire de moi une femme heureuse et de me donner la chance de te combler en retour.

A Alizée, déesse de l'horchata et première diplômée de notre trio infernal; merci pour ta confiance et notre complicité unique. Nous ne nous connaissons pas depuis très longtemps et pourtant je ne pourrais me passer de toi, tu es une personne formidable !

A Margot, déesse d'autre chose..., pour ton étincelle de folie et ta joie de vivre qui me font revenir en enfance. Tu es une des rares personnes à qui je peux tout dire sans peur.

On ne pourrait rêver meilleures amies que vous deux ; merci d'avoir croisé mon chemin et de me soutenir au quotidien !

A 방탄소년단 , pour m'avoir plongée dans un véritable *mikrokosmos* et apporté de l'espoir et de la lumière quand je broyais du noir. Merci de m'avoir permis de m'aimer et de grandir à vos côtés

durant toutes ces années.

A Pandou et sa troupe, pour avoir appris tous les items de l'ECN avec moi et avoir toujours été de mon côté.

A tous les jeux, films et séries qui m'ont fait m'évader entre deux paragraphes et vivre un peu par procuration.

Et enfin, à l'équipe du Danube, avec laquelle je termine ces lignes mais commence le premier vrai chapitre de ma carrière ; un infini merci pour votre accueil et votre bienveillance.

RÉSUMÉ :

Introduction. Malgré la connaissance des conséquences dévastatrices de la consommation d'alcool chez les adolescents, l'alcool garde une image positive et festive, témoin de son rôle de sociabilisation. Aussi, le dialogue et la prévention semblent être les meilleurs moyens d'agir précocement pour poursuivre la tendance à la baisse des consommations.

Le médecin généraliste est tout indiqué pour remplir, avec d'autres acteurs, ce rôle de dépistage. L'objectif de la présente étude est de faire un état des lieux des pratiques actuelles en matière de dépistage du mésusage d'alcool chez les jeunes en médecine générale et en Alsace. Les objectifs secondaires sont de rechercher des pistes d'amélioration de la qualité de ce dépistage, notamment en terme de formation ou de revalorisation pour les médecins généralistes.

Méthodes. Nous avons réalisé une étude quantitative incluant tous les médecins généralistes d'Alsace au moyen de questionnaires en ligne distribués par les syndicats de médecine générale et les réseaux sociaux. Nous avons obtenu 139 réponses. Les questions étaient à réponse quantitative ou semi-quantitative, issues de la littérature. Les analyses statistiques ont été réalisées grâce au logiciel Shinystat du GMRC.

Resultats. Les médecins dépistent le mésusage d'alcool en moyenne à partir de 13 ans, dans un contexte particulier. Ils seraient alertés par environ 2 épisodes d'API mensuels chez leurs patients. Les freins principaux au dépistage sont le manque de temps et la présence parentale. Les moyens du dépistage sont mal connus et mal utilisés, ne permettant pas un suivi adéquat. Il existerait un bénéfice et un besoin de revalorisation et de formation au dépistage.

Conclusion. Les médecins généralistes d'Alsace interrogés semblent avoir intégré la problématique de l'alcool chez les jeunes dans leur pratique et ont la volonté de mieux dépister. Il est nécessaire de donner à la prévention du mésusage d'alcool un cadre et des outils spécifiquement adaptés pour les y aider.

Rubrique de classement : DES de Médecine Générale

Mots clés : adolescent, alcool, dépistage, médecine générale

Président de Jury : Madame le Professeur Carmen Schröder

Assesseurs :

Madame le Docteur Camille Lepine

Madame le Docteur Claire Dumas

Adresse de l'auteur : 43 rue du 22 novembre, 67000 Strasbourg

e-mail de l'auteur : flore.lesmarie@gmail.com

Table des matières

PARTIE 1 : Thèse intégrale.....	23
Introduction.....	24
I- Société et Alcool	25
I.A- Place et représentation de l'alcool en France.....	25
I.A.1 Place historique.....	25
I.A.2 Place économique.....	26
I.A.3 Place culturelle.....	27
I.A.4 Place sociale.....	28
I.A.4.a. Abstinents.....	28
I.A.4.b. Consommateurs festifs.....	28
I.A.4.c. Consommateurs réguliers.....	29
I.A.4.d. Consommateurs dépendants.....	29
I.B- Consommation : normes et définitions.....	30
I.B.1 Normes.....	30
I.B.1.a normes OMS.....	30
I.B.1.b normes françaises	32
I.B.2 Définitions.....	32
I.B.2.a définitions de la Société Française d'Addictologie (SFA).....	33
I.B.2.b définitions dans le DSM-V.....	34
I.B.2.c Troubles liés à l'usage d'alcool.....	36
I.B.2.d Alcoolisations ponctuelles importantes.....	36
I.B.2.e Ivresse.....	37
I.C Évolution des consommations.....	37
I.D L'alcool en Alsace.....	40
I.E L'alcool à l'international.....	41
 II.- L'adolescence.....	42
II.A Définition.....	42
II.B Concept évolutif.....	43
II.C Modifications physiologiques à l'adolescence et prise de substance.....	45
II.D État des consommations chez les adolescents.....	47
II.D.1 En France.....	47
II.D.1.a Initiation.....	48
II.D.1.b Fréquence des consommations.....	48
II.D.1.c Ivresses et Binge drinking.....	49
II.D.1.d Dépendance.....	50
II.D.1.e Motivations d'usage et de non usage.....	50
II.D.2 A l'international.....	51
 III- L'alcool et ses conséquences.....	52
III.A Physiopathologie.....	53
III.A.1 Effets moléculaires.....	53
III.A.2 Effets sur le développement cérébral.....	55
III.A.3 Effets sur les autres organes.....	55

III.A.4 Effets sur le psychisme.....	56
III.A.5 Différences Hommes-Femmes.....	57
III.A.6 Impact du type de boisson.....	57
III.B Spécificités du Binge drinking et des ivresses.....	58
III.C Conséquences sanitaires.....	59
III.C.1 Décès et années de vie perdues.....	59
III.C.2 Des API.....	60
III.C.2.a ivresses pathologiques.....	60
III.C.2.b Conduites sexuelles à risque et violences.....	61
III.C.2.c Tentatives de suicide.....	62
III.C.2.d Accidents de la voie publique et traumatismes.....	62
III.C.3 de la consommation chronique.....	63
III.C.3.a risque neurologique.....	63
III.C.3.b risque gastro-entérologique.....	64
III.C.3.c risque psychiatrique.....	65
III.C.3.d risque cardiovasculaire.....	65
III.C.3.e risque de cancer.....	66
III.C.3.f autres risques.....	67
III.D Conséquences sociales et professionnelles.....	67
III.D.1 Coût Social de l'alcool.....	67
III.D.2 Alcool au travail.....	67
III.D.3 Infractions à la loi.....	68
III.E Grossesse.....	68
IV-Facteurs de risque de consommation	70
IV.A Facteurs personnels.....	70
IV.A.1 Personnalité.....	71
IV.A.2 Troubles psychiques et psychiatriques.....	71
IV.A.3 Événements traumatisants.....	72
IV.B Facteurs familiaux.....	72
IV.B.1 Structure familiale.....	72
IV.B.2 Consommations parentales.....	73
IV.B.3 Facteurs biologiques.....	73
IV.C Facteurs socio-économiques et culturels.....	73
IV.C.1 Impact des pairs.....	74
IV.C.2 Niveau économique.....	74
IV.C.3 Niveau scolaire.....	75
IV.C.4 Marketing.....	75
IV.D Facteurs liés au produit et aux modalités de consommation.....	76
V- Instances gouvernementales régulatrices.....	77
V.A Différentes autorités sanitaires.....	77
V.A.1 l'OMS.....	77
V.A.2 La direction générale de la santé.....	78
V.B Actions gouvernementales.....	78
V.B.1 Plan national de mobilisation contre les addictions.....	78
V.B.2 Fonds de lutte contre les addictions.....	78
V.B.3 États généraux de l'alcool.....	79
V.C Les Observateurs.....	80

V.C.1 En population adulte.....	80
V.C.2 En population jeune.....	80
V.D Cadre législatif.....	81
V.D.1 Vente.....	82
V.D.2 Publicité.....	82
V.D.3 Conduite de véhicules.....	82
V.D.4 Ivresse publique.....	83
VI-L'alcool en médecine générale.....	84
VI.A Les outils de repérage.....	84
VI.A.1 Contexte.....	84
VI.A.2 Outils cliniques.....	84
VI.A.3 Outils biologiques	85
VI.A.4 Questionnaires validés.....	88
VI.A.4.a Dans la population générale.....	88
VI.A.4.b Spécifiquement chez l'adolescent.....	90
VI.B Rôle du médecin généraliste dans la prévention.....	92
VI.C Interventions.....	93
VI.C.1 Intervention Brève.....	93
VI.C.1.a Principe.....	93
VI.C.1.b Efficacité.....	95
VI.C.1.c Intervention brève motivationnelle.....	95
VI.C.2 « Réduction des risques et des dommages ».....	96
VI.C.3 Spécificités de la prise en charge de l'adolescent.....	97
VI.D Valorisation du dépistage.....	98
VI.E Quels seuils de consommation retenir chez les jeunes ?.....	99
VII-Objectif principal de l'étude.....	100
Matériel et Méthodes.....	101
I- Population et données.....	102
I.A Population cible.....	102
I.A.1 Critères d'inclusion	102
I.A.2 Critères d'exclusion.....	102
I.B Collecte des données.....	102
I.B.1 Envoi du questionnaire.....	102
I.B.2 Recueil des données personnelles.....	103
I.B.3 Le questionnaire.....	103
I.B.3.a Définition des termes.....	104
I.B.3.b Contenu du questionnaire	104
I.C Aspects réglementaires.....	107
I.C.1 Autorisations.....	107
I.C.2 Consentement	107
I.C.3 Anonymisation des données.....	107
I.C.4 Gestion des données.....	107
II- Méthodes.....	108
II.A Type d'étude.....	108
II.B Date et lieu de l'étude.....	108
II.C Objectif principal.....	109
II.D Objectifs secondaires.....	109

II.E Analyse statistique.....	109
Résultats.....	111
I- Caractéristiques de la population étudiée.....	112
I.A Répartition des tranches d'âge en fonction du sexe.....	113
I.B Parentalité.....	113
I.C Activité.....	114
1.C.1 Type d'activité.....	114
1.C.2 Lieu d'activité.....	115
I.D Nombre de jeunes vus en consultation.....	116
I.E Formations réalisées.....	116
II- État des lieux du dépistage.....	117
II.A Compétence à être l'acteur privilégié du dépistage.....	117
II.B Âge pour débiter le dépistage chez les jeunes.....	118
II.C Interrogatoire en consultation.....	121
III- Facilités et freins au dépistage.....	122
III.A Capacité à aborder les jeunes patients sur la question de l'alcool.....	122
III.B Freins au dépistage.....	124
III.C Facilités au dépistage.....	126
IV- Moyens du dépistage.....	128
V- Pistes pour l'amélioration du dépistage.....	131
V.A Bénéfice d'une consultation dédiée.....	131
V.B Bénéfice de fiches d'information pour les patients.....	135
V.C Bénéfice de formations dans le domaine.....	136
VI- Résumé des résultats.....	139
VI.A Critère de jugement principal.....	139
VI.B Critères de jugement secondaires.....	139
Discussion.....	141
I- Faiblesses et forces de l'étude.....	142
I.A Faiblesses.....	142
I.A.1 Biais de sélection.....	142
I.A.1.a Part majoritaire de femmes.....	142
I.A.1.b Part majoritaire de jeunes médecins.....	142
I.A.2 Défaut de puissance.....	143
I.A.3 Biais de classement et d'auto-déclaration.....	143
I.B Forces.....	144
I.B.1 Validité externe.....	144
I.B.2 Validité interne.....	146
II- Discussion de l'échantillon de répondants.....	147
II.A Parentalité.....	147
II.B Formations complémentaires.....	148
III- Facilité à dépister un mésusage d'alcool.....	148
III.A Perception de la capacité du médecin généraliste.....	148
III.A.1 Un acteur privilégié du dépistage.....	148
III.A.2 L'alcool : une problématique problématique.....	149
III.A.3 Meilleur moment pour dépister.....	152
III.A.3.a Âge du dépistage.....	152
III.A.3.b Contexte particulier avant tout.....	153

IV- Les outils du dépistage.....	154
IV.A Une méconnaissance.....	154
IV.B Une utilisation marginale et erronée.....	155
IV.C Un suivi en conséquence.....	155
V- Vers une amélioration des pratiques.....	156
V.A Une consultation dédiée et revalorisée.....	156
V.A.1 Une consultation dédiée au mésusage d'alcool chez les jeunes.....	156
V.A.2 Une revalorisation spécifique et globale, au service du dépistage.....	158
V.B Des formations spécifiques.....	158
V.C Des fiches d'information à disposition.....	160
Conclusion.....	161
PARTIE 2 : Article.....	164
Annexes.....	180
Questionnaire de thèse.....	181
Questionnaires validés pour le dépistage du mésusage d'alcool.....	188
Liste des Figures et Tableaux.....	193
Bibliographie.....	196

ABREVIATIONS

ADN : Acide DésoxyriboNucléique

ADOSPA : Auto/moto, Détente, Oubli, Seul, Problèmes, Amis/famille

ALAT : Alanine Amino Transférase

AOC : Appellation d'Origine Contrôlée

API : Alcoolisations Ponctuelles Importantes

ASAT : Asparate Amino Transférase

AUDIT : Alcohol Use Disorders Identification Test

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

CAGE : Cut-down, Annoyed, Guilty, Eye-opener (équivalent du test DETA)

CDA : Consommation Déclarée d'Alcool

CDT : Carbohydate Deficient Transferrin (transferrine déficiente en carbohydate)

CNAM :Caisse Nationale d'Assurance Maladie,

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CPP : Comité de Protection des Personnes

CRAFFT : Car, Relax, Alone, Forget, Friends, Trouble

CSMF : Confédération des syndicats médicaux français

DEP-ADO : DEPistage de consommation problématique d'alcool et de drogue chez les

ADOlescents

DETA : Diminuer, Entourage, Trop, Alcool

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders , en français Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux

EDAC : Early Detection of Alcohol Consumption score

EnCLASS : Enquête nationale en Collège et en Lycée chez les Adolescents sur la Santé et les Substances

EROPP : Enquête sur les représentations, opinions et perceptions relatives aux psychotropes

ESCAPAD : Enquête sur la Santé et les Consommations lors de l'Appel de Préparation À la Défense

ESPAD : European School Project on Alcohol and other Drugs

EtG : Ethylglucuronide

EtS : Ethylsulfate

FACE : Formule pour Approcher la Consommation d'Alcool par Entretien

γ GT : gamma-glutamyl transférase

HAS : Haute Autorité de Santé

HBSC : Health Behaviour in School-Aged Children

HR : Hazard Ratio

IC 95% : Intervalle de Confiance à 95%.

INDS : Institut National des Données de Santé

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

INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale

MAST : Michigan Alcoholism Screening Test

MGFrance : Fédération française des médecins généralistes

MILDECA : Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives, auparavant MILDT.

MILDT : Mission interministérielle de la lutte contre les drogues et la toxicomanie

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Économiques

OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RdRD : Réduction des Dommages et des Risques

REAGJIR : REgroupement Autonome des Généralistes Jeunes Installés et Remplaçants

ROS : Reactive Oxygen Species. En français, radicaux libres.

RPIB : Repérage Précoce et Intervention Brève

SFA : Société Française d'Addictologie

SIDA : Syndrome d'ImmunoDéficiency Acquis

SINTES : Système d'identification national des toxiques et substances

T-ACE : Tolérance, Agacement, Cessation, Éveil

TREND : Tendances récentes et nouvelles drogues

TSTS : Traumatologie, Sommeil, Tabagisme et Stress

TVA : Taxe sur la Valeur Ajoutée

TWEAK : Tolerance, Worry, Eye-opener, Amnesia, Cut-down on drinking

URPSML : Unions Régionales des Professionnels de santé - Médecins Libéraux

VAMM : Violence Alcool Multi-Méthodes

VGM : Volume Globulaire Moyen

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

PARTIE 1
THESE INTEGRALE

Introduction

I- SOCIETE ET ALCOOL

I.A L'alcool en France

I.A.1 Place historique

Les plus anciens pépins de vigne cultivée connus à ce jour proviennent de Géorgie. Datés par la méthode du carbone 14, ils remontent à une période de 7.000 à 5.000 ans avant J.-C.(1) Bien que les consommations d'alcool existent dès l'antiquité sous forme rituelle, sacrée ou festive (2), il faudra attendre 1278 pour que le mot arabe « Al Khôl » apparaisse dans la péninsule ibérique. Ce terme est issu du procédé de fabrication par alambic du fard à paupières des femmes de harem à partir d'une poudre noire. Par sa fabrication utilisant ce même procédé, l'alcool a conservé ce nom (3). Le terme alcool avec l'orthographe que nous lui connaissons ne sera introduit qu'au XVIème siècle, désignant « ce qui est très subtil ». En France ce mot s'est généralisé en parallèle de sa consommation, avec un véritable essor durant la Renaissance et la création des premiers grands crus (XVIIème siècle). Jusqu'au XXème siècle, le vin dans les milieux ruraux français est symbole de partage, de « restauration chrétienne du corps » (« le pain fait la chair et le vin fait le sang ») et de bonne santé. Il soigne les « humeurs froides et mortifères » (2). De plus le vin est partagé dans des occasions spéciales telles que les accords de fiançailles ou encore les signatures de traités, (4)... Il joue ainsi un rôle de lien politique et social important, permettant une relative tolérance vis à vis de sa consommation en dépit des risques, sous estimés.

L'ivresse est un péché depuis le Moyen-Âge et François 1er en fait un crime puni d'essorillage ou de bannissement en 1536. Le terme d'alcoolisme, quant à lui, a été utilisé pour la première fois

par le médecin suédois Magnus Huss en 1849 pour décrire les conséquences comportementales d'une consommation prolongée et excessive. Il s'agit pour lui de l'« ensemble des manifestations pathologiques du système nerveux, dans ses sphères psychiques, sensibles et motrices » (5). La fin du XIX^{ème} siècle marque également la naissance d'un mouvement anti-alcoolique, distinguant les alcools industriels des bons vins, eaux de vie et produits de terroir qui sont vus comme des produits de culture et de distinction.

Au début du 20^{ème} siècle, la France se classe au premier rang européen en terme de consommation annuelle d'alcool. Cette dernière diminue depuis la première Guerre Mondiale (en 2017 11,7L d'alcool par an par habitant de plus de 15 ans, la France arrivant au 6^{ème} rang des pays de l'OCDE)(6).

La consommation de vin est la plus touchée par cette diminution. Mais, grâce à une forte tradition viticole, celui-ci reste le principal alcool consommé en France (7–9).

I.A.2. Place économique

Si 87% des 18-75 ans consomment de l'alcool au moins une fois par an et 10% déclarent une consommation quotidienne (6), l'alcool est un marché florissant. Les données de 2015 parues en 2017 montrent que les ménages français ont dépensé 20,1 milliards d'euros en boissons alcoolisées cette année là, avec une relative stabilité par rapport aux deux années antérieures. Cela représente 1,3% de leur budget total (10).

Les données économiques du poids de l'alcool dans la société datent de 2016. Dans un rapport de la cour des comptes (11), il est décrit que le chiffre d'affaire de la filière alcool en France représente 22 milliards d'euros en 2013, dont 15 pour le secteur viticole, 4,4 pour les spiritueux et eaux de vie naturelles, et 2,5 pour le secteur de la bière.

La France est le premier exportateur mondial de vins et spiritueux, ainsi que le premier ou

deuxième producteur selon les années (avec l'Italie).

La balance commerciale est nettement excédentaire avec une exportation de vins et spiritueux estimée à 11,2 milliards d'euros. Les importations quant à elles, tournent autour de deux milliards d'euros (12).

L'état touche également sur l'alcool diverses ressources fiscales et cotisations sociales (celles ci se montent à 6,6 Milliards d'euros (quatre hors TVA) (11). A noter qu'au Royaume Uni, les droits d'accise sur l'alcool sont deux fois supérieurs, rapportant 14,4 Milliards d'euros de recettes fiscales hors TVA.

Enfin, le nombre d'emplois générés par la filière alcool en France n'est pas négligeable ; on l'estime à 250 000 pour le vin, 71 000 pour la bière et 100 000 pour les spiritueux (emplois directs) (13).

I.A.3. Place culturelle

La place de l'alcool, et en particulier du vin, est très importante et ancrée dans la culture française.

Outre sa place dans la culture religieuse chrétienne (le vin représentant le sang du Christ), l'alcool a une importance dans les habitudes culinaires françaises. Le pain, le vin et le fromage font partie intégrante de la gastronomie française et sont à l'origine de sa renommée internationale. On en fait bonne presse y compris au ministère de la culture avec la mise en place du réseau des cités de la gastronomie (14). Le Ministre de l'agriculture et de l'alimentation, Didier Guillaume lui-même, en 2019, a même créé la polémique en déclarant : « Dans un repas gastronomique, on boit du vin, il a une place à part, c'est culturel » (15).

Par ailleurs, l'œnologie est considérée comme un des bagages culturels français de qualité, plutôt dans les couches aisées de la population.

La première expérimentation d'alcool a souvent lieu en famille, lors d'un rassemblement ou d'une fête (Noël, Nouvel An par exemple) (16). Sa non appréciation par le jeune est souvent source de moquerie bienveillante de la part des adultes, pouvant à ce titre contribuer à une vision de l'alcool en tant que « rite de passage vers l'âge adulte » (17,18). Cette notion de passage à l'âge adulte et donc de séparation avec la mère, se retrouve dans l'histoire du Christ et celle de Dionysos. C'est une étape psychique où « la douloureuse séparation d'avec la mère nourricière doit se vivre, se ritualiser dans la saturation des sens, comme par l'expérience de Dieu ou encore le coma éthylique, pour s'en remettre à un autre tout puissant »(18).

Enfin, la France est un pays de tradition viticole avec pas moins de 383 appellations différentes sur 80 départements. Les « routes des vins », marches gourmandes et salons de vignerons permettent aux touristes français comme étrangers de découvrir les caves et les régions productrices de 16 vignobles (19).

I.A.4. Place sociale

I.A.4.a Les abstinents

Les abstinents peuvent l'être pour plusieurs raisons : religieuse, mauvaise expérience passée (personnelle, familiale ou autre), etc... Beaucoup de personnes, notamment les jeunes, reconnaissent qu'une occasion sans alcool « c'est un peu dur quand même », qu'on s'y amuse moins (16,20).

Le sujet abstinant d'alcool a des difficultés à avouer son abstinence de peur d'être jugé comme quelqu'un n'ayant pas su boire. Il dérange, il met mal à l'aise, voire vient gâcher la fête et risque progressivement d'être exclu de toutes les occasions de boire (16).

I.A.4.b Les consommateurs festifs

Comme nous l'avons dit plus haut, boire de l'alcool est synonyme de sociabilité depuis très longtemps et sa consommation anime les grands événements de la vie : mariages, fiançailles, majorité, anniversaires... Trinquer reste une pratique conviviale pour célébrer les grands moments.

C'est ce type de consommation qui donne sa bonne image à l'alcool dans notre société. (21) Dans ces moments, il y est vu comme source de bonne humeur et de désinhibition, permettant de faciliter l'intégration sociale.(18)

D'après l'enquête EROPP, pour 56 % des enquêtés, offrir ou boire de l'alcool fait partie des règles du savoir-vivre.

A l'extrême et surtout chez les jeunes, la consommation festive donne lieu à l'essor de nouveaux modes de consommations, notamment avec des jeux dans lesquels les participants doivent boire plus et plus vite : binge drinking, calage d'alcool, eyeballing (22,23). Les risques et conséquences de ces pratiques sont majeures. Avec les périodes particulières du confinement, nous avons également vu se développer des phénomènes d'alcoolisation à distance telles que la neknomination, déjà bien présente sur les réseaux sociaux, ou les apéritifs vidéos.

I.A.4.c Consommateurs réguliers

Les consommateurs réguliers en dehors du domaine festif, c'est à dire ayant au moins dix usages au cours du mois, seraient vus comme des consommateurs pathologiques, que ce soit par les médecins ou par le grand public (16,20,24). Parfois c'est l'effet anxiolytique ou antidépresseur voire excitant de l'alcool qui est recherché, notamment à but auto-thérapeutique. Cette représentation est néanmoins à nuancer car, en France il existe encore une notion selon laquelle une consommation d'un verre de vin par jour serait bénéfique pour la santé cardio-vasculaire(25).

I.A.4.d Consommateurs dépendants

Nous retrouvons trois représentations de l' « alcoolique » : premièrement celle d'une personne déchue qui n'est plus moralement incluse dans la société et donc rejetée. Il n'est pas malade et n'est pas victime du produit ; deuxièmement celle d'une personne en difficulté qui traverse une épreuve de vie et nécessite du soutien. Il est donc malade et a besoin d'aide. Enfin troisièmement, l'alcoololo-dépendant peut être représenté comme un artiste, voire un génie créateur, non malade et non victime du produit (26).

Ces différents profils de consommateurs ne sont pas mutuellement exclusifs et l'on peut retrouver des consommateurs festifs, réguliers ou dépendants qui n'auront donc pas forcément d'image péjorative dans la société et leur groupe de pairs.

I.B Consommation : Normes et définitions

I.B.1 Normes

I.B.1.a Normes OMS

Dans les années 1980-90, l'OMS s'est intéressée au risque Alcool et a défini :

- un moyen de dépistage : le test AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)
- des normes de consommation pour tenir compte du risque de morbi-mortalité qu'il représente en cas de forte absorption.

Ces dernières font office de référence internationale et s'appuient sur le guide international pour l'observation des consommations d'alcool et des dommages associés (International Guide for Monitoring Alcohol Consumption and Related Harm)(27,28). Il faut savoir qu'initialement, les normes présentées étaient originellement destinées à guider les études épidémiologiques et

n'étaient pas vouées à servir de seuils de consommation pour le grand public (ces seuils ont été détournés de leur objectif initial).

On retiendra comme normes sur la base d'une unité d'alcool correspondant à 10 grammes d'alcool pur (figure 1)(27,29):

- **Pas plus de 2 unités d'alcool par jour pour les femmes**
- 3 unités d'alcool par jour pour les hommes
- 4 unités d'alcool pour les consommations occasionnelles
- 0 unité d'alcool, au moins un jour par semaine et dans le cadre de situations à risque (grossesse et allaitement, avant l'âge légal, conduite d'un véhicule,...)



Figure 1 : volumes de différents types de boissons alcoolisées équivalant à 10g d'alcool pur.

D'après l'INSERM, ces repères sont valables pour les adultes : aucun repère de consommation n'est validé pour les jeunes chez lesquels toute consommation peut être nocive en raison de la vulnérabilité accrue du cerveau en développement (30).

En dessous de ces seuils, le risque d'atteinte toxique liée à l'alcool est largement diminué mais

n'est pas nul, en particulier en ce qui concerne le risque de cancer. Les travaux examinant la relation entre le développement de cancers et la consommation d'alcool exhortent à des repères de consommation bien moindres que ceux communément diffusés aujourd'hui. On estime que même consommé en quantité quotidienne faible, équivalente à 13 grammes (soit 1,3 verre),⁽²⁹⁾ l'alcool serait responsable de 1 100 morts par an. C'est pourquoi ces seuils sont aujourd'hui discutés et pourraient être abaissés (31–33).

I.B.1.b Normes françaises

Suivant l'exemple d'autres pays, la France a lancé en 2017 un travail de révision des repères de consommation d'alcool qui avaient été introduits en 2000 par l'OMS. Un groupe d'experts (Santé Publique France et l'Institut National du Cancer) a été diligenté par la Direction générale de la santé et la Mission interministérielle de lutte contre les conduites addictives pour donner de nouvelles recommandations de consommation d'alcool (34).

Les nouvelles normes tiennent compte notamment du risque de cancer qui n'était pas suffisamment connu lors de la première ébauche.

Ainsi il est estimé que pour obtenir un risque de mortalité vie entière lié à l'alcool entre 1/100 et 1/1000, la consommation, indépendante du sexe, devrait être la suivante :⁽³⁵⁾

•pas plus de 10 verres standard par semaine et pas plus de 2 verres standard par jour;

•avoir des jours dans la semaine sans consommation (2 si l'on suit la recommandation précédente) (36)

24% des 18-75 ans dépassent au moins une de ces recommandation. Il faut enfin savoir que ces nouvelles recommandations ne sont pour le moment pas celles qui sont retenues dans les définitions d'addictologie.

I.B.2 Définitions (37)

I.B.2.a Définitions de la Société Française d'Addictologie (SFA).

Le non usage : absence de consommation de boissons alcoolisées (primaire quand il s'agit d'un non-usage initial ou secondaire quand il suit une période d'usage : c'est l'abstinence).

L'usage simple : consommation à la fois asymptotique et inférieure ou égale aux seuils définis par l'OMS.

L'usage régulier : Présence au moins 10 usages au cours du mois.

Le Méusage : La consommation risque d'entraîner ou entraîne des complications ou dommages. Il comprend :

-Usage à risque (consommateur à risque) :

Il s'agit soit d'une consommation d'alcool supérieure aux seuils définis par l'OMS chez un sujet ne présentant pas de dommage d'ordre médical, psychique ou social (dépendance incluse), soit une consommation soit égale ou inférieure aux seuils de l'OMS, mais associée à une situation (grossesse, hépatopathie, prise de médicaments, conduite automobile,...) ou une modalité de consommation à risque (consommations répétées, avec multiples substances, précoces, à visée de « défonce » ou d'anxiolyse)

-Usage nocif ou abus(consommateur à problème) : Dépassement des seuils préconisés par l'OMS associé à des dommages somatiques, psycho-affectifs ou sociaux, en l'absence de dépendance.

-Dépendance

Il s'agit d'une perte de la maîtrise de la consommation. On distingue classiquement la dépendance physique (tolérance, sevrage) et la dépendance psychique (craving). L'usage avec dépendance ne se définit donc ni par rapport à un seuil ou une fréquence de consommation, ni par l'existence de dommages induits, bien qu'ils y soient souvent associés.

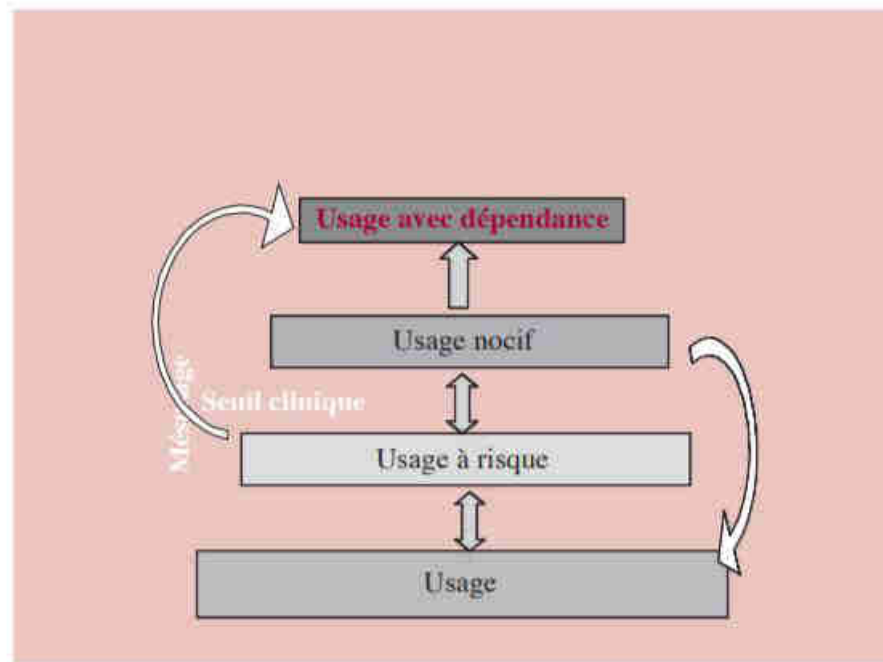


Figure 2 : Évolution du mésusage de l'alcool (SFA).

I.B.2.b Définitions dans le DSM-V (38)

Le DSM-V (*Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*) a remplacé les troubles d'abus de l'alcool et de dépendance à l'alcool par un seul trouble d'utilisation de l'alcool .

Il s'agit d'un mode problématique d'utilisation de l'alcool conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance cliniquement significatives, comme en témoignent au moins 2 des éléments suivants, survenant dans une période de 12 mois :

1. Usage récurrent d'alcool avec pour conséquence des difficultés à accomplir ses obligations professionnelles ou familiales (par exemple absences répétées, diminution des

performances au travail, négligence parentale ou négligence de l'entretien du domicile)

2. Usage récurrent d'alcool avec pour conséquence une mise en danger physique du sujet (conduite automobile, utilisation de machines, etc...)

3. Persistance de l'usage d'alcool en dépit de problèmes sociaux ou interpersonnels récurrents ou continus causés ou exacerbés par les effets de l'alcool

4. Tolérance, définie par l'un des deux critères suivants : un besoin manifeste d'augmenter les quantités d'alcool pour atteindre un état d'intoxication ou l'effet désiré ; une diminution manifeste de l'effet produit en cas d'usage continu de la même quantité d'alcool

5. Signes de sevrage, définis par l'un des deux critères suivants : présence de signes de sevrage concernant l'alcool lors de l'arrêt ou forte diminution ; l'alcool est parfois consommé pour éviter ou stopper des signes de sevrages

6. L'alcool est consommé en plus grande quantité, ou sur une période de temps plus longue que ce qui était envisagé.

7. Il existe un désir persistant ou bien des efforts infructueux du sujet pour arrêter ou contrôler sa consommation d'alcool.

8. Un temps important est consacré par le sujet à des activités visant à se procurer de l'alcool, à le consommer, ou à récupérer des effets de la consommation.

9. Des activités importantes sur le plan professionnel, personnel, ou bien récréatif sont abandonnées au profit de la consommation d'alcool.

10. L'usage d'alcool reste identique en dépit de la prise de conscience de l'existence de répercussions continues ou récurrentes des consommations, sur le plan physique ou psychologique.

11. On constate la présence régulière d'un craving, ou envie importante ou compulsive de consommer de l'alcool.

Le DSM-V définit également 3 stades de sévérité :

Trouble léger : Présence de 2 ou 3 de ces symptômes.

Trouble modéré : 4 ou 5 symptômes.

Trouble sévère : 6 symptômes ou plus.

On peut donc voir que les troubles de l'usage d'alcool selon le DSM-V ne sont pas basés sur une quantification de la consommation mais sur ses dommages.

I.B.2.c Troubles liés à l'usage d'alcool

Cette notion est représentée par l'usage nocif et l'usage avec dépendance de la SFA. Cela correspond donc aux formes symptomatiques de l'usage (ayant des conséquences physiques, sociales, psychologiques). Contrairement aux troubles de l'usage de substance du DSM-V ; les notions de quantité d'alcool consommé restent présentes.

I.B.2.d Alcoolisations ponctuelles importantes (39)

Le binge drinking ou en français Alcoolisation ponctuelle importante (API) est une consommation occasionnelle et excessive d'alcool, dans un laps de temps relativement court, qui a pour unique but l'ivresse. Concrètement, selon la NIAAA puis l'OMS, cela correspond à la consommation d'au moins 5 unités d'alcool pour les hommes et 4 unités d'alcool pour les femmes, en moins de 2 heures, avec une alcoolémie atteinte de 0,8 g par litre de sang. En France, ce terme semble plutôt regrouper une consommation de 6 verres et plus par occasion, mais reste variable dans les études. Cette pratique, de plus en plus répandue, touche principalement les

adolescents (75% des consommateurs au moins une fois par mois aux USA) et un peu moins les adultes (50% des consommateurs connaissent au moins un épisode de binge drinking par mois aux USA).

L'API répétée se définit quant à elle par la répétition d'au moins trois épisodes d'API au cours du mois écoulé, contre 10 pour les API régulières.

Le « heavy drinking » est défini par une consommation de plus de 14 verres par semaine pour un homme ou plus de 7 verres par semaine pour une femme. A distinguer du « Heavy episodic drinking » qui correspond à une consommation d'au moins 6 verres en une occasion au moins 1 fois par mois.

I.B.2.e L'ivresse

L'ivresse est une conduite d'alcoolisation aiguë pouvant être associée à n'importe laquelle des catégories de mésusage. A ce titre, elle ne peut être considérée comme une catégorie d'usage à part entière (37). Elle correspond à une atteinte fonctionnelle des performances psychologiques et psychomotrices induite par la présence d'alcool dans l'organisme. Elle est le plus souvent la conséquence d'une alcoolisation ponctuelle importante (API).

I.C- Consommations françaises

En France, une boisson est définie comme alcoolisée si sa teneur en éthanol dépasse les 1,2%. La consommation française d'alcool a nettement diminué au cours des années avec une division par deux depuis les années 90 (8,40–42). La consommation sous forme de vin a diminué d'environ 20 % (avec une diminution au profit de la consommation des vins fins), celle de spiritueux de 10 % alors que celle des bières revient en 2017 pratiquement à son niveau de 2000, après une assez forte augmentation entre 2015 et 2017 (43). En 2016, voici quels étaient les

indicateurs français de consommation :

- 11,7 litres d'alcool pur par an et par personne de 15 ans et plus (équivalent à 2,3 verres standards/personne/jour, très différemment répartis selon les classes d'âge)(Figure 3)(43)
- 10% des adultes consomment de façon quotidienne(6) (15,2% d'hommes et 5,1% de femmes)
- 26% des 65-75 ans déclarent une consommation quotidienne d'alcool
- **2,4% des 18-24 ans déclarent une consommation quotidienne d'alcool.**
- **13,4% des 18-24 ans déclarent au moins 10 ivresses par an**
- 10% des 18-75 ans consomment à eux seuls 58% de l'alcool consommé
- 5% des 18-75 ans consomment six verres ou plus en une même occasion toutes les semaines (2017) (44)

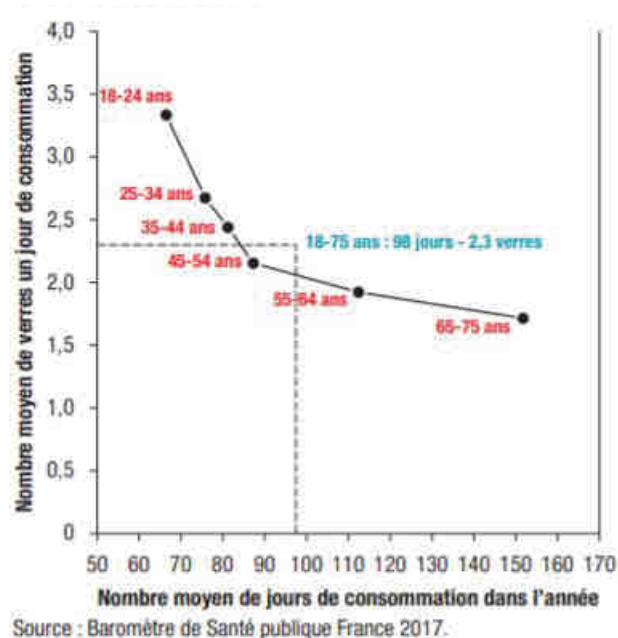


Figure 3 : Distribution des moyennes du nombre de verres d'alcool consommés et du nombre de jours de consommation d'alcool selon l'âge, parmi les 18-75 ans ayant consommé de l'alcool au cours des 12 derniers mois (44).

Cependant, ces chiffres représentent la moyenne française et on observe de nombreuses disparités régionales. (figure 4)

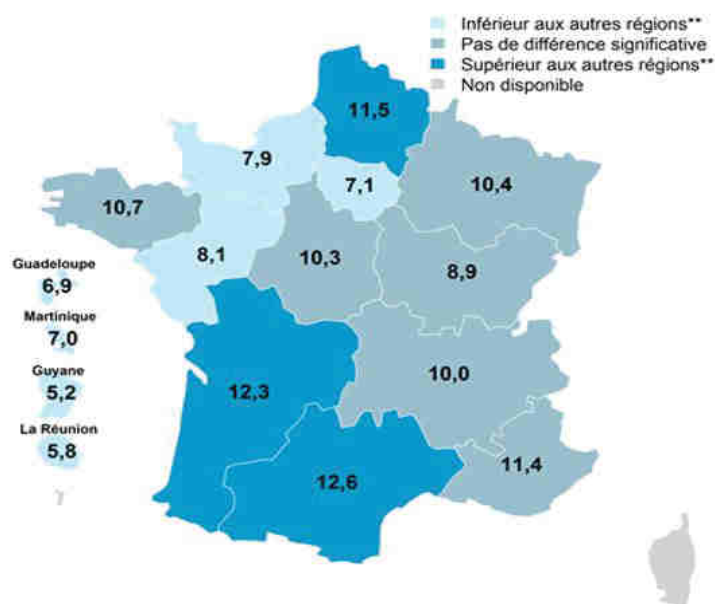


figure 4 : Prévalences régionales standardisées de la consommation quotidienne d'alcool chez les adultes de 18 à 75 ans en France métropolitaine en 2017 et dans les départements d'outre-mer en 2014 (moyenne française 10,0%) (6).

Si la consommation totale a diminué ainsi que le nombre d'alcoolisations ponctuelles importantes (API) ou « binge drinking » dans l'année on observe cependant une augmentation des ivresses. Cette évolution est plus marquée chez les 18-25 ans (44,45). À l'inverse des usages réguliers et quotidiens d'alcool, qui ne cessent de progresser avec l'âge (26% des 65-75 ans), les API mensuelles se font de plus en plus rares et ne concernent plus que 23 % des 26-34 ans et 8 % des 65-75 ans (41, 45). L'âge moyen lors de la première consommation est de 13,3 ans chez les garçons et de 13,5 ans chez les filles (46). À 11 ans, 49,8 % des élèves déclarent avoir bu de l'alcool au cours de leur vie et 85,7 % à 17 ans (en diminution de 4,1% entre 2014 et 2017)

(42,45,47). D'après l'enquête EROPP, 45 % des personnes considèrent qu'il est acceptable de boire son premier verre d'alcool avant 18 ans. (48). Les garçons se révèlent plus précoces que les filles dans leur expérimentation et sont plus nombreux qu'elles à consommer au début du collège. Cependant, les écarts se resserrent progressivement jusqu'à ne plus être significatifs en classe de 3ème (sex ratio de 1,2) (12,49). Cette tendance du rattrapage des consommations masculines par les femmes, plus forte chez les jeunes, s'observe également à l'âge adulte (49,50). On remarque que l'écart entre sexes est d'autant plus marqué que la fréquence de consommation augmente.(51)

Au total, au fil des années, les français consomment moins, de façon plus importante par occasion surtout chez les jeunes, et des produits plus « haut de gamme ». La consommation féminine tend à rejoindre la consommation masculine.

I.D- L'alcool en Alsace

L'Alsace est riche d'histoire viticole (53). En effet, dès l'Empire Romain, l'Alsace est utilisée pour sa terre et son climat propices à la viticulture. La consommation de vin connaît ensuite une expansion durant le règne des Mérovingiens et Carolingiens et ce ne sont pas moins de 160 localités alsaciennes qui cultivent la vigne avant la fin du premier millénaire. Au Moyen Age, le vignoble alsacien est le plus vaste, le plus réputé et le plus cher des vignobles germaniques (54,55). La guerre de trente ans met malheureusement à mal cette industrie prospère. Il faudra attendre la fin de la première guerre mondiale et de la domination allemande sur l'Alsace pour qu'elle se renouvelle. Dans un souci de qualité, l'intérêt est porté aux appellations d'origine contrôlée et c'est en 1962 que voit le jour l'AOC Alsace puis en 1975 l'AOC Alsace Grand cru (53).

L'Alsace possède également une grande tradition de brasserie puisque celle-ci remonte à

l'époque gallo-romaine (56) . A partir de 1259, date de l'instauration de la première brasserie strasbourgeoise par Arnoldus Cervidarius, le métier de brasseur se laïcise et n'est plus l'apanage des moines. Au XVème siècle on compte pas moins de 2000 brasseries en Alsace et au XIXème siècle, la bière alsacienne s'exporte à Paris et outre Rhin, où sa consommation connaît une croissance fulgurante (57). Aujourd'hui la région Alsace représente plus de la moitié de la production nationale de bière.

Au niveau des consommations, les données sont disponibles à l'échelle régionale dans le bulletin de santé publique de 2020 sur les résultats de 2014.

Le Grand-Est se place dans la moyenne nationale avec 10,4% des 18-75 ans ayant une consommation quotidienne d'alcool (58). (Figure 1) Il en est de même pour la consommation standardisée selon le sexe (5,7 % chez les femmes et de 15,5 % chez les hommes) ; ainsi que pour la fréquence des API mensuelles (15,2%).

Le type de consommation est un peu différent de la moyenne française. En effet, la consommation de vin est inférieure à la moyenne nationale (27,4% contre 30,0%), tout comme celle des alcools forts (7,0% contre 9,7%). La consommation de bière est quant à elle supérieure à la moyenne (19,8% contre 17,2%) (58).

I.E- L'alcool à l'international

En 2016, 2,4 milliards de personnes d'au moins 15 ans dans le monde avaient consommé de l'alcool (0,9 milliards de femmes et 1,5 milliards d'hommes) pour une consommation de 1,39 unités/j (0,73 pour les femmes et 1,7 pour les hommes) ou 6,5L d'alcool pur par an.(31,40)

Les données rassemblant les consommations par habitant et selon le type de boisson à l'international peuvent être consultées dans le rapport de la WHO de 2018. (40)

L'alcool est consommé par plus de la moitié de la population de seulement trois régions

de l'OMS : les Amériques, l'Europe et le Pacifique occidental.

Dans les régions Afrique, Amériques, Méditerranée orientale et Europe, le pourcentage des buveurs a diminué depuis 2000. Cependant, il a augmenté dans le Pacifique occidental de 51,5% en 2000 à 53,8% aujourd'hui et est restée stable en Asie du Sud-Est.

Si les consommations d'alcool sont variables d'un pays à l'autre (par exemple en Europe, où le modèle latin d'usage régulier d'alcool est opposé à un modèle nordique et anglo-saxon de consommations plus ponctuelles et importantes)(6), on peut observer la tendance générale que la prévalence des consommations et dommages liés à l'alcool sont plus importants dans les régions à index socio-démographique moyen à élevé comme la France, les USA,.. (basé sur le niveau éducatif, la fertilité et le revenu par habitant). Dans ces régions, les différences de consommation homme-femme tendent à disparaître, contrairement aux régions à index faible ; et la quantité d'alcool consommé par jour est également plus importante.

De même le type de boisson consommé est très variable d'un pays à l'autre (40).

Sur le plan mondial, le pic de prévalence des personnes ayant consommé dans l'année se situe entre 15 et 19 ans ; versus entre 20 et 24 ans pour les API.

Synthèse

L'alcool est un produit légal dont la consommation est ancrée dans notre société et a une place importante dans notre économie.

Les français consomment moins, de façon plus importante par occasion surtout chez les jeunes, et des produits plus « haut de gamme ». La consommation féminine tend à rejoindre la consommation masculine.

II.- L'ADOLESCENCE

II.A Définition

L'adolescence est définie dans le dictionnaire Larousse comme étant la « période entre l'enfance et l'âge adulte pendant laquelle se produit la puberté et se forme la pensée abstraite » (59).

II.B Concept évolutif (figure 5)

Les concepts d'adolescence et de puberté ont évolué. En effet, on estime aujourd'hui que l'adolescence, plus qu'une maturation physique, est un processus complexe de maturation psychique permettant d'obtenir une autonomie, une affirmation de soi avec une individualisation vis à vis de l'autorité parentale. Il permet l'acquisition d'une identité stable, l'intégration au groupe et le développement des liens sociaux. Ainsi, on peut dire que l'adolescence se joue autour de trois cercles : celui du corps, de la famille, et du lien social (60).

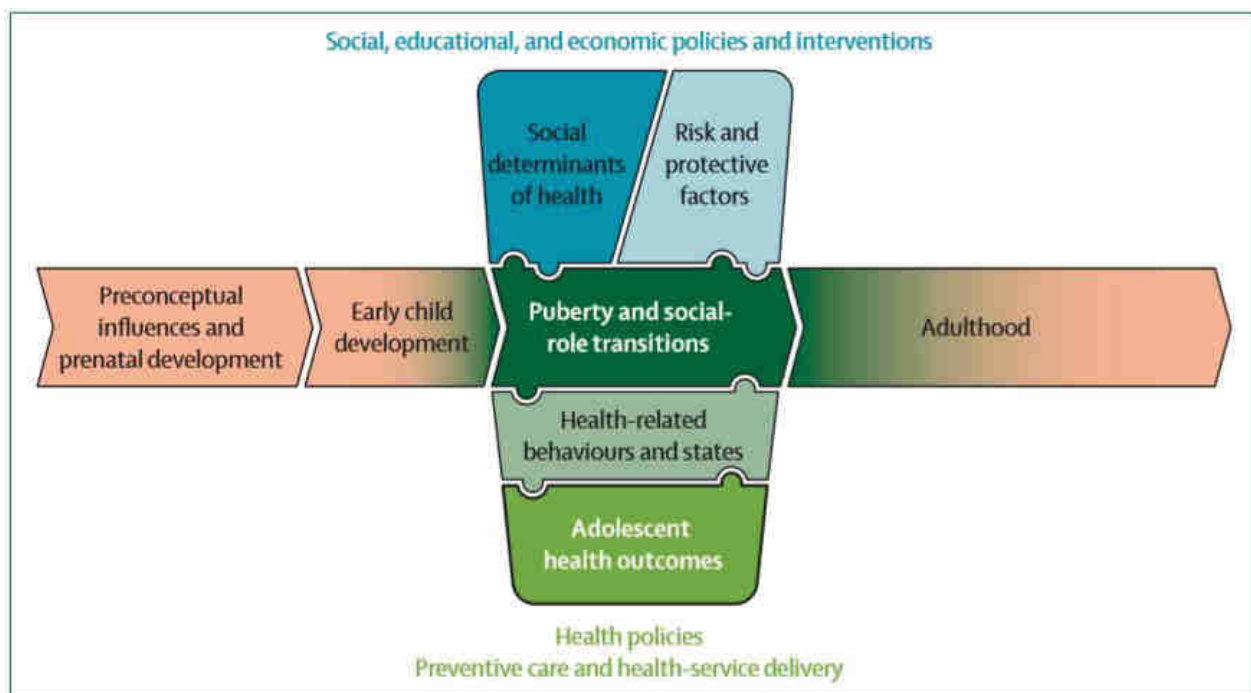


Figure 5 : Cadre conceptuel de la santé de l'adolescent d'après Sawyer et al. issu de

Adolescence: a foundation for future health, article paru dans *The Lancet* en 2012 (61).

Historiquement l'adolescence marquait également l'entrée dans la société de l'emploi, du mariage, de la parenté... Et jusqu'au début du 20ème siècle, l'écart entre la maturité physique et sociale était très restreint. Ce n'est plus tout à fait le cas. Aussi, quand l'OMS déclare que « l'adolescence regroupe les individus de 10 à 19 ans », on peut se demander si cette définition tient compte des changements sociétaux récents.

On observe au cours du siècle dernier un avancement de l'âge des premières règles (notamment grâce à une modification des conditions de vie, d'alimentation et d'hygiène, facteurs environnementaux) mais un repoussement de l'âge des premières responsabilités (recul de la fin des études, recul de l'âge du mariage et du premier enfant,...). Dans de nombreux pays, avoir 18 ans ne signifie plus être adulte. D'ailleurs, même physiquement, les garçons après 18 continuent de grandir et de gagner en masse musculaire. **(figure 6)**

Le terme de jeunes (« Young people ») pourrait être plus approprié : il regroupe la tranche d'âge 10-24 ans (soit les adolescents et les jeunes adultes) (61).

La puberté est néanmoins un marqueur fort du passage à l'adolescence (61). Plus qu'un processus de maturation physique, le moment de la puberté semble être associé au développement des comportements liés à la santé ainsi qu'au développement de la santé psychique.

	Physical development	Cognitive development	Social and emotional development
Early adolescence (~age 10-14 years)	Puberty: growth of body hair, increased perspiration and oil production in hair and skin; great physical growth (both height and weight); breast and hip development and onset of menstruation (girls); growth in testicles and penis, wet dreams, and deepening of voice (boys)	Growth in capacity for abstract thought; mostly interested in present with little thought about the future; expansion of and increased importance placed on intellectual interests; deepening of moral thinking	Struggle with sense of identity; feel awkward about themselves and their body; worry about being normal; realise that parents are not perfect; have heightened conflict with parents; become increasingly influenced by peer group; have a raised desire for independence; return to childish behaviour when stressed; are prone to mood swings; test rules and limits; become more private; have a growing interest in sex
Late adolescence (~15-19 years)	Physical growth slows for girls but continues for boys	Continued growth in capacity for abstract thought; increased capacity for setting goals; interest in moral reasoning; think about the meaning of life	Have intense self-involvement, alternating between high expectations and poor self-identity; continue to adjust to changing body; worry about being normal; tend to distance themselves from their parents; have a continued drive for independence; are driven to make friends and have a greater reliance on them (popularity can be an important issue); have a heightened capacity for emotional regulation; experience feelings of love and passion; have increasing interest in sex
Young adulthood (~20-24 years)	Young women are typically fully developed physically; young men continue to gain height, weight, muscle mass, and body hair	Ability to think ideas through from beginning to end; ability to delay gratification; examination of inner experiences; increased concern for the future; continued interest in moral reasoning	Have a firmer sense of identity, including sexual identity; have increased emotional stability, concern for others, and independence and self-reliance; still place importance on peer relationships; develop more serious relationships; regain some interest in social and cultural traditions

Adapted from a US Office of Population Affairs table,¹⁰ by permission of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, from which the original information was obtained.

Figure 6:Caractéristiques du développement des adolescents et jeunes adultes, d'après Sawyer et al. issu de *Adolescence: a foundation for future health*, article paru dans *The Lancet* en 2012

II.C Modifications physiologiques à l'adolescence et prise de substances

Cette modification des comportements pourrait être en partie liée aux changements dans la régulation de l'ocytocine chez les filles et de la vasopressine chez les garçons. Ces hormones sont liées à l'attachement social, au lien de couple et au comportement parental entre les espèces. Il a été montré que les événements hormonaux pendant la puberté exercent sur la maturation cérébrale et le comportement des effets majeurs, qui modifient les perceptions, les motivations ou encore le répertoire comportemental et permettent le comportement reproducteur et l'indépendance (62).

Les hormones pubertaires pourraient affecter le fonctionnement et la structure cérébrale (62,63):

-Le volume de matière grise augmente pendant l'enfance (synaptogénèse) avec un pic au début de l'adolescence puis une décroissance (élagage synaptique). Cela permet, via une restructuration et une amélioration de la connexion entre les neurones et les cellules gliales, un remodelage cérébral en réponse à des expositions sociales, émotionnelles et comportementales, telles que l'abus de substances (61–65).

Ces changements dans la matière grise corticale sont variables selon les régions :développement maximal des lobes frontaux et pariétaux à 12 ans ; 16 ans pour le lobe temporal et 20 ans pour le lobe occipital. Ils sont également très influencés par l'expérience, pour finalement aboutir à une adaptation à l'environnement.

- l'augmentation globale de la substance blanche qui se stabilise durant l'adolescence.

Cette myélinisation permet une amélioration de la vitesse de transmission neuronale.

- l'augmentation du volume hippocampique, siège des capacités mnésiques.

- la recherche de sensation est liée à une augmentation de l'activité du noyau accumbens (66).

- Le cortex préfrontal continue à se développer jusque dans la vingtaine. Il explique l'amélioration de la maîtrise de soi de l'enfance à l'adolescence mais est plus tardive que les autres modifications structurales cérébrales.

- le cortex limbique qui régule les systèmes de récompense et la recherche de plaisir, se développe plus précocement que le cortex préfrontal.

La disparité de croissance entre ces deux cortex se situe au début-milieu de l'adolescence.

On observe enfin à l'adolescence des changements dans la sécrétion de stéroïdes gonadiques et d'hormones liées au stress, impliquant une augmentation de l'impulsivité et de l'anxiété (67).

Une prise de risque accrue à ce moment de la vie pourrait s'expliquer par un déséquilibre développemental qui favorise les comportements motivés par l'émotion et la récompense au détriment d'une prise de décision plus rationnelle (62,68).

Ces changements de plasticité pourraient conférer une vulnérabilité particulière du cerveau adolescent à la fois aux effets délétères de l'éthanol et à l'acquisition de troubles liés à la consommation d'alcool.

II.D État des consommations chez les adolescents

Pour la suite, il faut comprendre que les études ne révèlent que les consommations déclarées d'alcool, et sont de ce fait, probablement sous-estimées par rapport à la réalité.

II.D.1 En France (45)

D'une façon globale, on observe une stabilité voire diminution des consommations d'alcool chez les jeunes en France, une diminution des API répétées ainsi qu'une diminution des expérimentations à 17 ans. En 2017, les jeunes boivent le plus souvent avec leurs amis, en week-end et à domicile (moins de consommations en bar).

Les lois gouvernementales pourraient jouer un rôle dans la modification des comportements : Il existe une tendance entre le prix élevé et le contrôle des boissons alcoolisées d'une part et une plus grande proportion d'API et une moindre consommation quotidienne d'autre part (69).

Néanmoins, ces mêmes lois ne sont pas respectées : Les mineurs interrogés dans le cadre de l'enquête ESCAPAD disent n'éprouver aucune difficulté à s'approvisionner en alcool ; 91% en ont acheté en magasin au cours du dernier mois et 77,5% en ont même consommé dans un débit de boisson. Même constat chez les lycéens de l'étude EnCLASS, alors même qu'ils connaissent la loi (70).

Les consommations des jeunes dans le Grand Est sont dans la moyenne de la métropole, que ce soit pour la consommation régulière ou les API (45).

Sur les dernières occasions, la bière et les spiritueux représentent la majorité des alcools consommés à 17 ans et 74,7% des consommateurs avec API indiquent ne boire que, ou de façon prédominante, de la bière pendant ces occasions.(52)

La tendance montre, notamment chez les jeunes, une croissance des consommations de prémix lors de ces occasions. Ce sont des boissons dans lesquelles un alcool (souvent assez fort) est mélangé à une boisson non alcoolisée. L'alcool est peu perceptible au goût et donc consommé de façon beaucoup plus rapide et massive (16).

II.D.1.a Initiation

Comme nous l'avons noté précédemment : L'âge moyen lors de la première consommation d'alcool (plus que quelques lampées) est de 13,3 ans chez les garçons et de 13,5 ans chez les filles, stable depuis 2015. À 11 ans, 49,8 % des élèves déclarent avoir bu de l'alcool au cours de leur vie et 85,7 % à 17 ans (en diminution de 4,1% entre 2014 et 2017).

II.D.1.b Consommations régulières

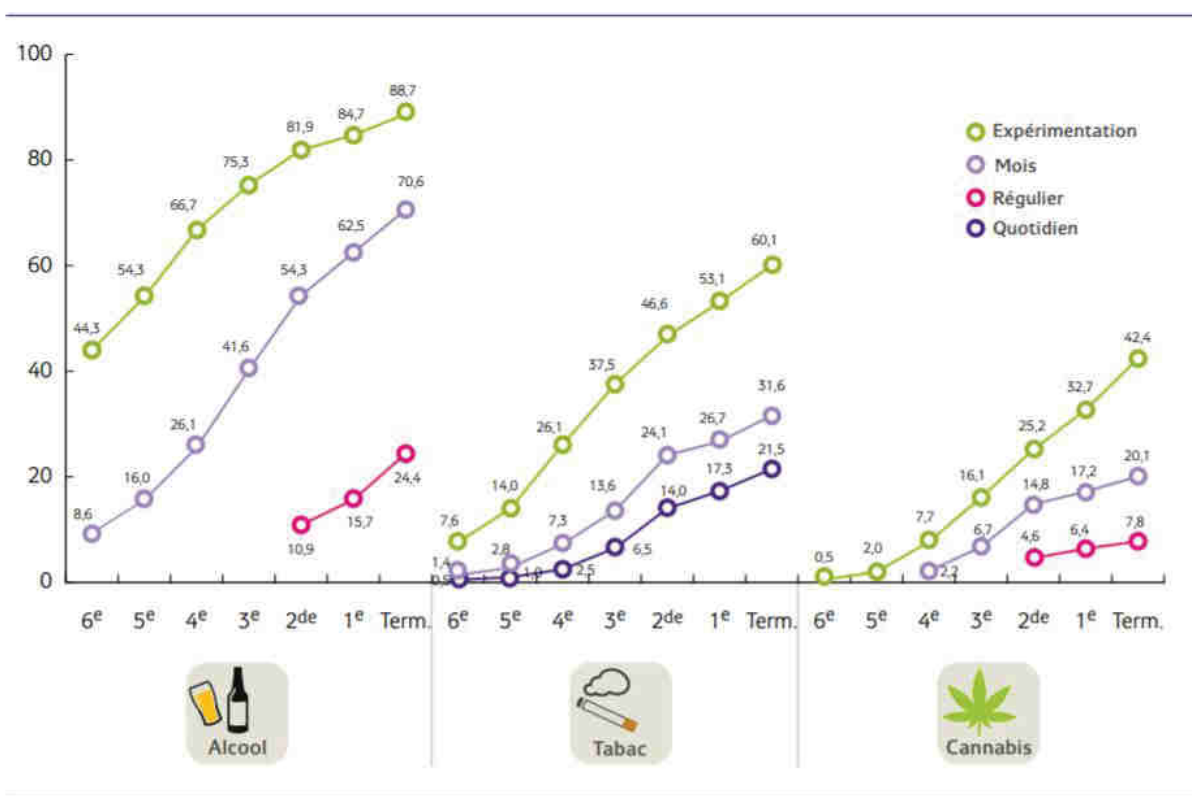
L'usage régulier n'est pas le mode de consommation le plus fréquent parmi les jeunes. A 17 ans, en 2017, 8,4% d'entre eux déclarent un usage régulier d'alcool (étude ESCAPAD) et 2,3% des jeunes de 18 à 24 ans boivent de l'alcool tous les jours. La tendance est à la stabilisation voire à la baisse, après une ré augmentation entre 2010 et 2014 (71).

Les consommations s'installent réellement au lycée, avec des usages réguliers qui doublent de la seconde à la terminale : à la fin de l'adolescence, la consommation régulière (10 fois ou plus dans le mois) concernerait un jeune sur dix en classe de seconde et un jeune sur quatre en terminale. (Figure 7, étude EnCLASS) (70).

La consommation régulière d'alcool à 17 ans varie selon le sexe (plus importante chez les garçons), la taille de l'agglomération (plus importante en milieu rural <2000habitants) dans

laquelle vivent les jeunes ainsi que leurs parcours scolaires (18,4% à 17 ans chez les apprentis, 7,5% pour les autres élèves scolarisés de 17 ans) (45).

Il existe également de grandes disparités régionales (consommations plus importantes et régulières sur la côte Atlantique et la Corse).



Source : EnCLASS 2018

Figure 7 : Usages d'alcool, de tabac et de cannabis selon le niveau scolaire en 2018, d'après l'étude EnCLASS 2018.

II.D.1.c Ivresses et API

Avec une stabilité voire relative diminution globale du nombre d'API répétées chez les jeunes, les comportements d'alcoolisation restent, à l'adolescence, structurés autour des consommations intensives telles que les alcoolisations ponctuelles importantes (70)(45).

54,1% des 18-24 ans et la moitié des jeunes de 17 ans déclarent au moins une alcoolisation

ponctuelle importante dans l'année en 2017, 44% des jeunes de 17 ans en déclarent au moins une par mois et 2,7% au moins 10 par mois (3,7% des lycéens).

Une initiation avant l'âge de 13 ans conduit également à un risque accru de devenir « heavy drinker » ou consommateur excessif au lycée ; c'est à dire de consommer plus de 14 verres par semaine pour un homme ou 7 pour une femme . **(72)**

Une étude menée dans des universités françaises a montré une corrélation positive entre des API répétées et les caractéristiques suivantes : le fait d'être un homme, la vie en location, les études de commerce, la pratique sportive régulière, le tabagisme et l'utilisation occasionnelle de cannabis. Au contraire, il y avait une corrélation négative entre ces API répétées et le fait d'être boursier ou de vivre en couple.

La prévalence des API dans cette population universitaire était de 51.3 % pour les API occasionnelles (1 épisode d'API au plus par mois dans l'étude) et 13.8 % pour les API fréquentes (au moins deux épisodes d'API par mois dans l'étude). **(73)**

II.D.1.d Dépendance

Il a été montré que le risque de dépendance vie entière et dans les 10 ans après initiation était plus important chez les jeunes ayant initié leur consommation d'alcool avant 14 ans (45% de risque de dépendance selon les critères du DSM 4) en comparaison avec ceux l'ayant débutée après 21 ans (10% de risque de dépendance). HR 1,78 (1,51-2,11). **(72,74)**

Il semble que l'adolescent tend à progresser plus rapidement de l'usage vers le mésusage que l'adulte **(75)**.

II.D.1.e Motivations d'usage et de non usage

Le premier verre, contrairement au premier trempage de lèvres souvent déplaisant initié par la

famille lors d'une occasion spéciale, est vécu comme un véritable événement par les adolescents. Il est associé le plus souvent à un acte festif (motif principal de consommation pour 80% des jeunes de 17 ans) et volontaire. L'alcool participe au conditionnement festif des soirées étudiantes et va ainsi marquer une expérience sociale avant tout jusqu'à devenir le but de la fête. Il est également vu comme catalyseur des rapprochements intimes inter-individuels (20,41).

Après cela viennent les motivations de « défonce », d'abrutissement, d'anxiolyse et de relaxation ou encore l'envie d'oublier ses problèmes quotidiens(76,77). Les non-consommateurs expliquent leur choix avant tout par le manque d'intérêt suscité chez eux par l'alcool. Viennent ensuite les craintes pour la santé, la religion puis la peur de la dépendance (45).

II.D.2 A l'international

Les résultats des enquêtes scolaires indiquent que dans de nombreux pays d'Amérique, d'Europe et du Pacifique occidental, la consommation d'alcool commence avant l'âge de 15 ans et la prévalence de la consommation d'alcool chez les élèves de 15 ans peut être de l'ordre de 50 à 70% avec de très faibles différences entre sexes (40).

Aux États-Unis, une étude de 2019 a montré que, malgré une diminution globale des consommations, les lycéennes avaient une prévalence significativement plus élevée d'usage d'alcool dans les 30 jours précédents (31,9% contre 26,4%) et d'API (14,6% contre 12,7%) par rapport aux lycéens. La consommation variait également avec le groupe ethnique : on observait une consommation plus faible chez les étudiants noirs (16,8%) par rapport aux étudiants blancs (34,2%) ou hispaniques (28,4%) (78).

Sur le plan mondial, le pic de prévalence des personnes ayant consommé dans l'année se situe entre 15 et 19 ans ; versus entre 20 et 24 ans pour l'API. Les consommations des jeunes, comme celles de la population globale, ont diminué au cours des dernières années (40,79).

Synthèse

L'adolescence est un moment charnière à la fois biologique et sociétal.

L'âge de l'initiation, stable, est fortement corrélé aux futurs modes de consommations telles que la dépendance ou le heavy drinking.

Les jeunes ont des modes de consommation différents des classes d'âge supérieures avec plus d'API à leur actif et un rapprochement des consommations féminines vers les consommations masculines. Néanmoins la tendance globale semble être à la baisse des consommations, qui se concentre essentiellement sur des périodes festives, à partir du lycée. L'alcool attire toujours par son pouvoir de désinhibition et caractérise l'appartenance à un groupe social.

III- L'alcool et ses conséquences

Par ses conséquences sur l'utilisateur et sur les autres; il a été établi que l'alcool serait la drogue la plus nocive, devant le tabac ou encore des drogues « dures » telles que l'héroïne qui entraîne une moindre nocivité sur autrui(Figure 10) (80).

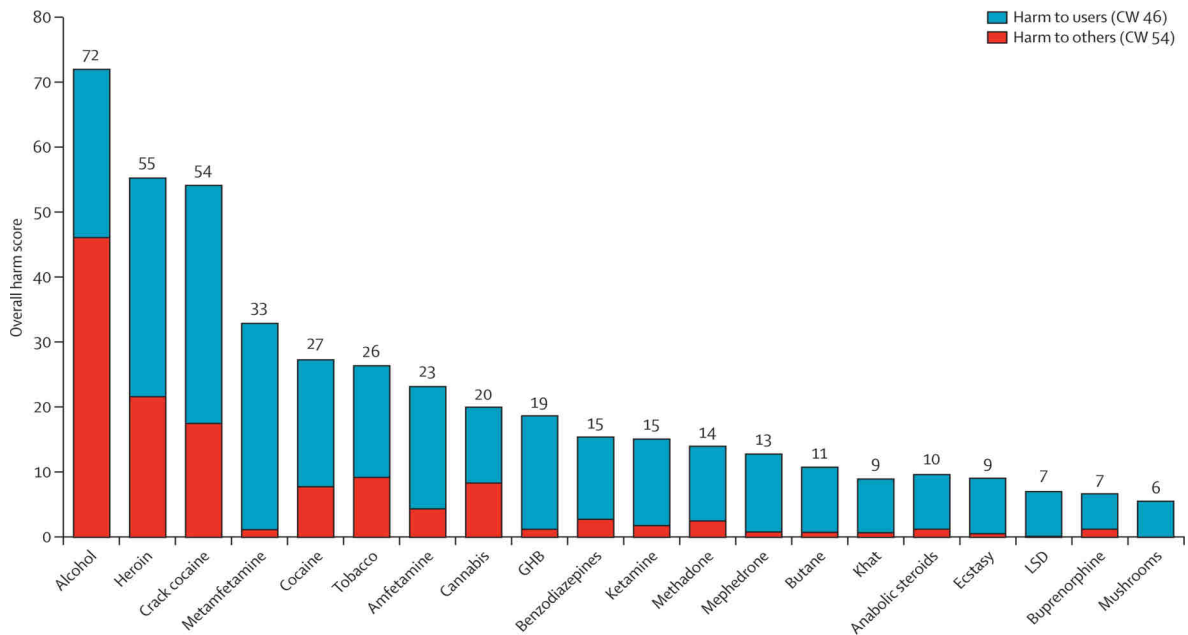


Figure 8 : Comparaison de la nocivité des substances psychoactives en fonction de leur action sur le consommateur et sur autrui. D'après Nutt et. Al, *Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis*, The Lancet 2010.

III.A Physiopathologie

III.A.1 Effets moléculaires et cellulaires

L'alcool a de nombreuses actions au niveau cellulaire, expliquant ses effets à l'échelle de l'organe puis de l'organisme (81,82).

L'alcool peut pénétrer tous les tissus du corps humain et va entraîner des lésions de façon directe (action de l'éthanol sur la cellule même) et indirecte (métabolisme de l'alcool par le tissu). Ces mécanismes sont résumés ci-après

- génération de formation acétaldéhyde,

- lésion mitochondriale,

- perturbation de la membrane cellulaire,
- modulation de l'immunité (via des adduits à ADN et d'acétaldéhyde),
- génération d'un stress oxydatif

La génération de stress oxydatif a été démontrée comme étant le mécanisme à la base de toutes les lésions causées par la prise chronique d'alcool.

Le processus moléculaire est basé sur le métabolisme de l'alcool par le cytochrome P450 (CYP2E1) comme montré ci-après.

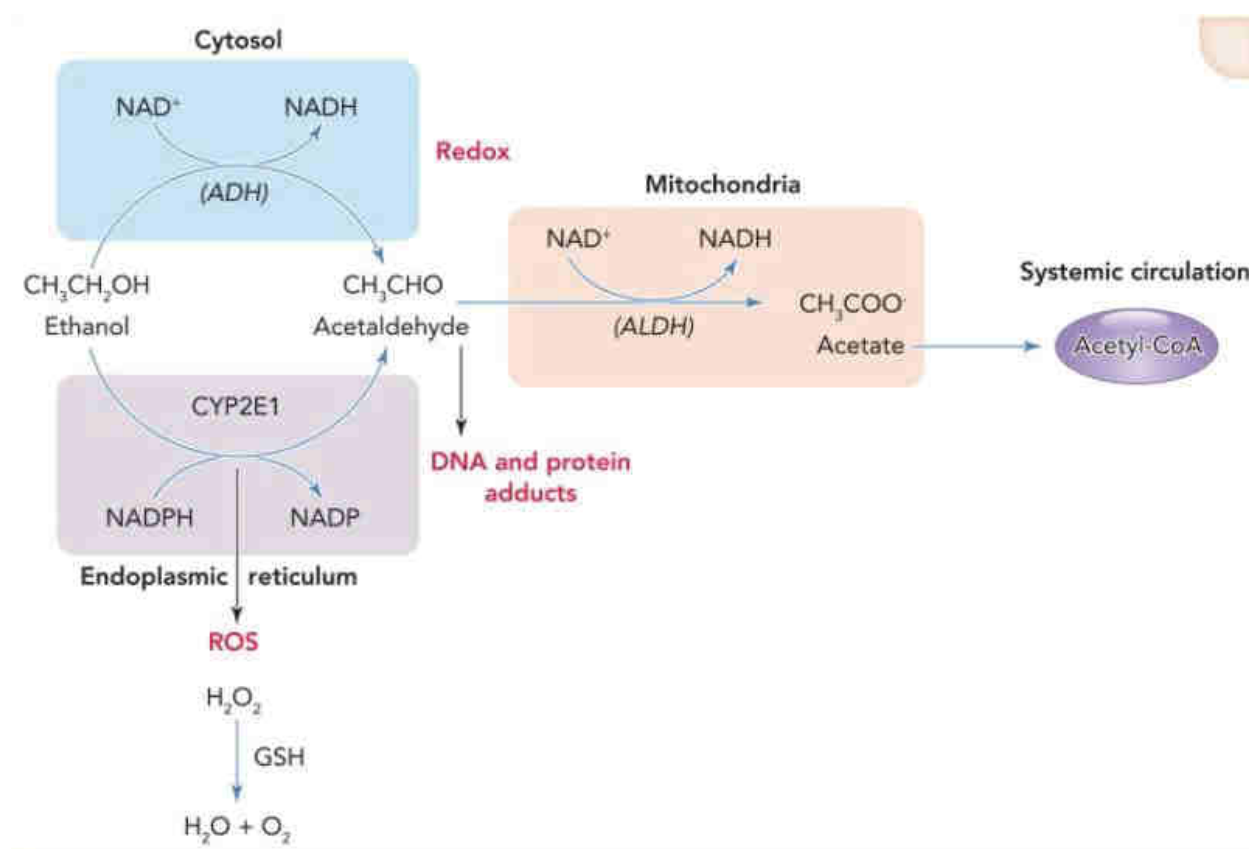


Figure 9: Métabolisme de l'alcool au niveau moléculaire (81).

Les ROS (Reactive Oxygen Species), ou radicaux libres, sont les produits de stress oxydatif. En condition normale, ces ROS sont éliminés par divers anti oxydants comme le GSH (glutathion). L'alcool a comme effet supplémentaire de dépléter les réserves de glutathion. Cela majore les

lésions induites par les radicaux libres de façon directe.

Les radicaux libres agissent entre autres sur les lipides, notamment ceux de la membrane cellulaire par phénomène de peroxydation ; lésant donc l'intégrité de la barrière cellulaire.

Ce déséquilibre red-ox entraine des lésions tissulaires sur divers organes (foie, cerveau, muscles,...)

III.A.2 Effets sur le développement cérébral

De nombreuses études ont montré que le cerveau en développement, et donc le cerveau de l'adolescent, est vulnérable aux effets néfastes de l'éthanol (67).

Parmi ces effets cellulaires et tissulaires, on retrouve :

- une réduction du volume hippocampique, âge d'initiation-dépendant,
- des irrégularités de la microstructure de la substance blanche, du corps calleux et du processus de maturation de la substance grise (élagage synaptique, modification des zones activées du cerveau selon un même stimulus,...)
- une atténuation de l'activité synaptique glutamatergique dans le cortex cingulaire postérieur (entraîne une difficulté d'acquisition de la mémoire spatiale)
- une sensibilisation des circuits de récompense par modification de la balance dopaminergique lors des expositions précoces.

III.A.3 Effets sur les autres organes

Il a été rapporté des relations dose-dépendantes entre la consommation d'alcool et l'incidence de nombreuses maladies cardiovasculaires telles que l'AVC, le diabète, l'hypertension artérielle ou les cardiopathies ischémiques (83).

Tous les organes sont touchés et voient leur fonctionnement altéré lors de la prise d'alcool. Cela est dû à de nombreux mécanismes dont les principaux sont une altération de la barrière épithéliale, altération de la matrice extra cellulaire, altération de la clairance bactérienne et translocation bactérienne digestive, diminution des capacités immunitaires, favorisation d'une balance protéolytique au détriment de l'anabolisme, ...(82).

Le système hormonal est également atteint, entraînant une hypothyroïdie, un hypogonadisme avec diminution de la testostérone et risque pour la fertilité, ainsi qu'un retard de croissance par diminution de GH et IGF1. Au niveau sexuel, l'alcool au delà de 3 verres induit une diminution de la lubrification vaginale, des troubles de l'érection, une fatigue et un relâchement musculaire.

III.A.4 Effets sur le psychisme

La modification du circuit de récompense entraîne une modification du comportement à l'égard de la motivation à une récompense naturelle (alimentation par exemple) versus non naturelle (drogue, alcool,...) ; ainsi qu'une vulnérabilité à la dépendance.

Les modifications cérébrales ont également un effet sur l'impulsivité et la recherche de risque, déjà favorisées par le développement physiologique à l'adolescence (66).

Consommer de l'alcool entraînerait trois formes de désinhibition :

- une désinhibition sociale, qui permet au buveur de se sentir plus sociable, voire d'être dans un état d'euphorie et d'excitation;

- une désinhibition dysphorique, qui engendre une forte expression de sentiments dépressifs chez le buveur;

- une désinhibition sexuelle, qui diminue la perception des risques associés aux activités sexuelles (84).

III.A.5 Différences Hommes-Femmes

Au niveau physiopathologique, des différences entre les sexes ont été observées dans les lésions cérébrales induites par l'alcool :

Les femmes montrent des volumes pré-frontaux plus petits que leurs homologues masculins, en lien avec une activation très limitée de ce lobe lors d'une sollicitation de la mémoire spatiale. Les altérations du fonctionnement cérébral ainsi que la réduction globale de substance grise sont bien supérieures chez les femmes.

Ceci suggère une vulnérabilité accrue du genre féminin aux effets de l'alcool, avec un risque supérieur de déficits cognitivo-comportementaux (85).

Plusieurs pistes sont étudiées quant aux causes de ces différences : on parle de développement cérébral spécifique au sexe, d'expression génique différentielle liée à une neurotoxicité accrue liée à l'alcool ou bien de récepteurs hormonaux qui modifieraient la réponse cérébrale (63,86).

Il est également connu que les femmes présentent une alcoolémie supérieure aux hommes malgré une consommation similaire, probablement en lien avec un métabolisme de l'alcool différent.

III.A.6 Impact du type de boisson

Le type de boisson consommé semble avoir un impact au niveau métabolique : plusieurs études ont en effet montré une diminution plus importante de la prévalence du syndrome métabolique chez les sujets consommant uniquement du vin par rapport aux autres boissons (87).

Il est largement débattu que le vin rouge, par la présence de polyphénols (et surtout le resveratrol), serait protecteur sur le plan cardiovasculaire. Il aurait, via des propriétés anti-

oxydantes, un effet sur la dysfonction endothéliale (25). Il est aujourd'hui probable que ces résultats soient dus à des biais méthodologiques.

III.B Spécificités des API et des ivresses

Il a été montré dans des études d'imagerie fonctionnelle qu'il existait des différences de volume pré-existantes (réduction) dans le cortex frontal des jeunes qui ont pratiqué par la suite des API. Cette réduction de volume s'est vue accrue après consommation (88).

D'un point de vue physiopathologique, les jeunes exposés à des épisodes d'API souffrent de dommages structurels alliant mort neuronale et diminution durable de la neurogénèse dans plusieurs régions cérébrales dont le cortex pré-frontal ou encore médio-temporal, entraînant des troubles des fonctions exécutives entre autres (89–91). Certaines atteintes sont spécifiques des jeunes qui pratiquent des API et sont également plus importantes que chez un adulte qui aurait la même consommation (92)(93).

Enfin, il est décrit qu'une pratique du « heavy drinking » (plus de 14 verres par semaine pour un homme, 7 pour une femme) est associé à une carence en thiamine, pouvant conduire à terme à un Syndrome de Wernicke-Korsakoff (93).

Cliniquement, la concentration maximale d'éthanol dans le sang est atteinte 45min après ingestion, 90min si cela a lieu au cours d'un repas. Les effets induits immédiats dépendent de la concentration atteinte : (30)

-<0,50 g/l, l'éthanol a un effet stimulant et désinhibant : les tâches cognitives sont exécutées plus rapidement et avec une sensation subjective de facilité, mais avec un taux d'erreurs accru.

->0,50 g/l, il a un effet sédatif et perturbe les fonctions motrices ; le champ visuel est rétréci et la perception du relief, de la profondeur et des distances, modifiée.

Sur le plan comportemental : Il a été montré que les jeunes sont moins sensibles aux effets négatifs de l'alcool, en particulier son effet sédatif et ses effets sur la motricité. Cela permet une consommation de quantités beaucoup plus importantes sans ressentir d'effet d'intoxication (67). Ils sont par contre plus sensibles aux effets euphorisants et désinhibants de l'alcool ; poussant à réitérer l'expérience des ivresses.

Après le cerveau, c'est le tractus gastro-intestinal qui est particulièrement atteint lors des API, du fait des fortes concentrations d'alcool rencontrées par les muqueuses et de l'occurrence le plus souvent hors des repas (82). Cela entraîne un risque de malabsorption et d'inflammation en lien avec une modification de la flore locale.

III.C Conséquences sanitaires

III.C.1 Décès et années de vie perdues

L'alcool est le 7ème facteur de risque de décès et d'années de vie perdues dans le monde tous âges confondus. Chez les 15-49 ans, il arrive en première position (31).

Avec une contribution directe ou indirecte à plus de 41 000 décès soit 11% des décès masculins et 4% des décès féminins, l'alcool est la 2ème cause de mortalité prématurée en France. Cela inclut 16 000 décès par cancers, 9 900 décès par maladies cardiovasculaires, 6 800 par maladies digestives, 5 400 pour une cause externe (accident ou suicide) et plus de 3 000 pour une autre maladie (dont maladies mentales) (30). L'âge moyen au décès pour les causes liées à l'alcool est de 63 ans (soit plus jeune que le tabac : 71 ans) avec la population la plus touchée se situant parmi les 15-34 ans (22 %) (94,95).

90% du total des décès sont liés à des consommations supérieures à 53 g/j. On estime que le risque relatif de décès associé à l'alcool pour une cause externe augmente d'environ 5% pour une augmentation de 10 grammes par jour d'alcool pur consommé (20).

Il est intéressant de noter que, si l'alcool participe au décès dans certaines maladies, il en est entièrement responsable pour d'autres telles que la cardiomyopathie alcoolique, les ruptures de varices œsophagiennes, l'hépatite alcoolique chronique, la fibrose et cirrhose hépatique, l'encéphalopathie de Wernicke, la maladie de Korsakoff ou encore la polynévrite alcoolique.

Il faut également noter qu'il favorise la mauvaise évolution de certaines maladies telles que le stade SIDA lors de l'infection par le VIH.

L'impact de la morbidité liée à l'alcool est considérable : il représente 5,1% du total des années de vie perdues en bonne santé dans le monde et 10,8% de celles en Europe (40).

III.C.2 Des API

3% des jeunes de 17 ans disent avoir déjà été admis dans leur vie aux urgences parce qu'ils avaient trop bu.

III.C.2.a ivresses pathologiques

Il faut distinguer l'ivresse simple (avec ses symptômes d'euphorie, de désinhibition, de logorrhée, parfois d'agressivité et de troubles moteurs de type incoordination motrice, troubles de l'équilibre, dysarthrie) des ivresses pathologiques allant jusqu'au coma éthylique à l'extrême.

Celles-ci sont de trois types :

- Excitomotrice : comportements impulsifs, auto ou hétéro-agressifs

- Délirante : délire interprétatif (de persécution ou de jalousie le plus souvent) ou hallucinatoire

-Convulsivante : crises convulsives, survenant au cours de l'intoxication éthylique aiguë

Le coma éthylique est en général lié à une alcoolémie supérieure à 3g/L de sang et se décline selon les symptômes suivants : Coma calme, hypotonique, sans signes de localisation, mydriase bilatérale, symétrique, peu réactive, bradycardie, hypotension. Avec ses complications graves voire mortelles (inhalation, hypoglycémie, hypothermie), c'est un motif fréquent de recours aux urgences (77).

De ces ivresses simples à pathologiques vont découler les complications ci-après citées.

III.C.2.b Conduites sexuelles à risque et violences

Chez 30 à 40 % des adolescents, le premier rapport sexuel se fait sous l'emprise d'alcool (77).

Il a été montré que les API et la consommation excessive d'alcool sur une journée donnée sont corrélés aux pratiques suivantes chez les étudiants d'université : baisers, contacts physiques, sexe oral et pénétration sexuelle. Cette association était plus forte pour les étudiants non en couple (96). L'alcool est vu comme un excitant sexuel. Il faut cependant nuancer son effet aphrodisiaque : l'effet pharmacologique ne semble pas aller dans ce sens et des expériences suggèrent que l'association entre alcool et excitation sexuelle serait davantage un construit culturel (publicitaire entre autres) : comme on s'attend à ce que l'alcool soit un aphrodisiaque, il le devient (20,97).

De plus, comme nous l'avons dit plus haut, par effet désinhibant, consommer de l'alcool entraîne une diminution de la perception des risques liés au sexe ainsi que des pratiques qui, à jeun, n'auraient pas été consenties (84). Cela entraîne de nombreuses conséquences indésirables : rapports non protégés avec risque de grossesse et d'infections sexuellement transmissibles, regrets (98).

L'étude VAMM (Violence Alcool Multi-Méthodes) a été réalisée en 2006 sur le lien entre alcool et violences (99). Il a été retrouvé que 40 % des personnes ayant participé à une bagarre dans un lieu public, 25 % des auteurs d'agression en dehors de la famille et 35 % des auteurs d'agression au sein de la famille avaient consommé de l'alcool dans les deux heures précédant l'acte violent. **La quantité d'alcool consommée est connue comme étant le plus important prédicteur statistique de passage à l'acte agressif.** Enfin, il a été montré que les victimes de violences étaient également statistiquement plus consommatrices que les non victimes. La moitié des adolescentes abusées aurait été sous l'emprise de l'alcool.

III.C.2.c Tentatives de suicide

Avec un total de 15,2% des décès chez les 15-24 ans, le suicide reste la deuxième cause de mortalité dans cette population (100). Une impulsivité accrue associée à un effet dysphorique peuvent faire de l'alcool un produit qui favorise le passage à l'acte. Il diminue également la capacité à trouver des solutions alternatives.

Les gens ont un risque environ sept fois plus élevé de tentative de suicide peu de temps après avoir bu de l'alcool (sans notion de quantité), et ce risque augmente de façon dose dépendante jusqu'à 37 fois après une API (101).

Enfin, on notera que les tentatives de suicide à l'adolescence sont prédictives de suicides à l'âge adulte.

III.C.2.d Accidents de la voie publique (102)

Les accidents de la voie publique représentent la première cause de décès chez les jeunes (24,6% dans la tranche d'âge des 15-24 ans).

Le rôle important que joue l'alcool dans les accidents de la route est bien établi. A partir de 0,5g/l de sang, le champ visuel est rétréci, la coordination motrice est perturbée et la

perception du relief, de la profondeur et des distances est modifiée.

Il diminue l'attention et la réactivité du conducteur, de façon dose dépendante. Ce n'est pas seulement la consommation d'alcool du conducteur qui contribue aux accidents de la route. En effet, un conducteur distrait par un passager ivre peut tout autant conduire à un accident, de même qu'un piéton alcoolisé qui ne fait pas attention à son environnement. En Écosse par exemple, il a été révélé que les piétons en état d'ébriété constituaient un tiers des décès sur la route liés à l'alcool (40).

La prise d'alcool majore la gravité des accidents : les passagers ont tendance à moins porter leur ceinture de sécurité lorsque le conducteur est alcoolisé, le risque de complication des interventions médicales est majoré, ainsi que le risque de décès pour le conducteur alcoolisé et ses passagers. On note ainsi que l'alcool au volant est en cause dans 30% des accidents mortels et multiplie par 9,5 le risque d'être responsable de l'accident mortel (103,104).

III.C.3 de la consommation chronique

III.C.3.a risque neurologique

L'usage d'alcool (DSM 5) représente le premier facteur de risque évitable de l'apparition de démence, tous types de démences confondus et sans distinction de sexe. Le risque est particulièrement majoré pour les démences précoces (apparues avant 65 ans)(93,105).

Chez les personnes ayant un trouble de l'usage d'alcool, et particulièrement les jeunes, on peut objectiver plusieurs atteintes des fonctions supérieures et donc un déficit cognitif global, découlant des modifications du développement cérébral entre autres :(106)

- diminution (jusqu'à 10%) des fonctions de mémoire à long terme et de mémoire spatiale, persistant malgré abstinence, même à l'âge adulte.

- diminution des capacités attentionnelles,
- diminution des capacités de récupération du matériel verbal et non verbal,
- altération et déclin accéléré des capacités de fluence verbale
- anomalies de réponses cérébrales lors de l'exécution de tâches cognitives difficiles.

Ces atteintes semblent être plus importantes que chez l'adulte et sont durables.

Cliniquement, l'atteinte neurologique se manifeste sous la forme de diverses maladies : épilepsie, encéphalopathie de Wernicke, encéphalopathie pellagreuse, encéphalopathie hépatique, syndrome de Korsakoff, polyneuropathie sensitivomotrice, atrophie cérébelleuse, syndrome de Marchiafava-Bignami ou encore délirium tremens lors des sevrages (107,108). Les épisodes de consommations massives constituent également un facteur de risque important d'AVC chez les jeunes adultes.

Contrairement à ce que certains travaux tendaient à montrer, les études récentes ne retrouvent aucun effet protecteur d'une consommation faible d'alcool sur les fonctions supérieures (105).

III.C.3.b risque gastro-entérologique

Le foie est le principal métaboliseur d'alcool de l'organisme et à ce titre, une des principales cibles de ses effets néfastes. L'alcool est la principale cause d'hépatopathie chronique, via une stéatose, une hépatite ou une cirrhose (81). Pour chaque gramme d'éthanol ingéré par jour, le risque de cirrhose et autres pathologies du foie augmenterait de 2 % par rapport aux abstinents, sans effet seuil clairement identifiable (109). Le sur-risque est durable et il apparaît que les patients diagnostiqués avec une cirrhose alcoolique à l'âge de 50 ans avaient commencé à boire de l'alcool de façon excessive à 16 ans et avaient plus déclaré d'épisodes d'API que les patients témoins qui avaient une cirrhose d'autre cause (110).

Seuls 11% des consommateurs excessifs d'alcool hospitalisés auraient un foie normal, mais moins de 20% des « heavy drinkers » développeraient une cirrhose. Cette susceptibilité individuelle à la toxicité hépatique de l'alcool dépendrait en partie d'une dysbiose du microbiote intestinal (111).

Le tractus digestif, par diminution de la motilité et de la sécrétion d'acide gastrique, va souffrir de diverses pathologies après consommation chronique. On note une majoration des gastrites et œsophagites, plus de reflux gastro-œsophagien par perte du tonus sphinctérien, ainsi qu'un fort risque de malabsorption (81).

Enfin, une consommation élevée et chronique est le plus grand facteur de risque de pancréatite chronique.

III.C.3.c risque psychiatrique

Il a été montré que les adolescents ayant un trouble de l'usage d'alcool ou un usage à risque présentaient significativement plus de risque de dépression, de trouble lié à l'usage de substances et donc de dépendance, de troubles de la personnalité borderline (112,113). Ces conséquences ont un impact crucial sur la prise en charge et peuvent compromettre la capacité à motiver et maintenir une abstinence (114).

Si le lien existe entre consommation aiguë et suicide, il en va de même pour la consommation chronique : Le risque d'idées suicidaires, de tentatives suicidaires et de suicide réussi est multiplié par 2 à 3 fois chez les personnes ayant un trouble de l'usage d'alcool par rapport à la population générale (115,116).

III.C.3.d Risque cardiovasculaire

Le risque cardiovasculaire de la consommation d'alcool a longtemps été débattu, certaines études montrant un bénéfice d'une consommation faible. Cela allait dans le sens du « French

paradox », adage français disant qu 'une consommation d'un verre de vin rouge par jour protégeait du risque cardiovasculaire (diabète et infarctus du myocarde entre autres).

Cela est plausible mais il semble que le bénéfice ne soit pas aussi important après ajustement méthodologique de ces études.(25,117–119)

Une consommation d'alcool inférieure à 19 grammes d'alcool pur par jour diminuerait le risque d'hypertension artérielle chez les femmes. Elle réduirait le risque de cardiopathie ischémique chez les hommes et les femmes aux doses respectivement inférieures à 60 et 30 grammes d'alcool pur par jour. Enfin une consommation inférieure à 50 g d'alcool pur par jour pour les femmes et 60 g d'alcool pur par jour pour les hommes réduirait le risque de diabète de type 2. Tous ces risques seraient augmentés par une consommation supérieure (120).

Enfin, toute consommation majeure le risque d'arythmie, d'AVC hémorragique et ischémique (120).

III.C.3.e Risque de cancer

L'alcool majore le risque de survenue de cancer de la cavité buccale, du pharynx, de l'œsophage, du côlon et rectum, du foie, du larynx et du sein, dès une consommation faible. Il n'y a pas d'effet seuil mais il semble exister un effet dose. A titre d'exemple, en Europe parmi les cancers du sein attribuables à l'alcool, 29% sont liés à une forte consommation (au moins 6 verres par jour), 46% à une consommation à risque (3-6 verres par jour) et 25% à une consommation modérée (2 verres par jour). On estime même que boire l'équivalent en alcool d'un à deux verres de vin par jour entraînerait l'apparition de 6865 cas supplémentaires de cancer du sein par an (121).

Sur le plan de la morbidité, le rapprochement des consommations féminines et masculines d'alcool a contribué à une diminution de la mortalité par cancer plus marquée chez les hommes que chez les femmes au cours des années 2000 (le taux de mortalité standardisé par cancer des hommes a baissé de 19 % et celui des femmes de 9 %) (71).

III.C.3.f Autres risques

On notera enfin des risques hématologiques à la consommation d'alcool : anémie, thrombopénie, leucopénie ; des troubles hydroélectrolytiques : hyponatrémie majoritairement, ainsi que des troubles endocriniens : hypogonadisme, hyperoestrogénisme, hypoglycémie. Cela entraîne des risques d'infertilité.

III.D Conséquences sociales et professionnelles

III.D.1 Coût Social de l'alcool (94)

Avec 2,64 milliards d'euros, le coût estimé des hospitalisations liées à la consommation excessive d'alcool s'élève à près de 3,6% de l'ensemble des dépenses hospitalières en 2012. Il s'agit d'ailleurs de la première cause d'hospitalisation en France (traitement de l'alcoolisation ou des conséquences des consommations).

Le coût social de l'alcool est estimé à 118 milliards d'euros en 2010 répartis environ comme suit :

- 97% comme coût externe de ressources gaspillées (valeur des vies humaines perdues, dégradation de la qualité de vie, pertes de production)
- 3% comme coût pour les finances publiques (dépenses de prévention, répression, cotisations de retraites non versées).

En 2010, les taxes sur les alcools (3,2 Milliards d'euros) ne représentent que 42% du coût des soins des maladies engendrées par l'alcool (7,6 milliards d'euros).

III.D.2 Alcool au travail

Il existe des effets négatifs de la consommation d'alcool sur les relations professionnelles et le

déroulement de la carrière. On peut noter les accidents du travail, l'absentéisme par arrêts de travail répétés ou de longue durée, les conflits entre collègues, la diminution de la concentration, la perte globale de productivité ou encore le harcèlement sexuel et la perte d'emploi (122).

III.D.3 Infractions à la loi

La consommation d'alcool peut occasionner des conséquences judiciaires ou majorer les peines encourues. L'alcool serait associé à 20 % des délits. D'après l'enquête VAMM, 32 % des destructions intentionnelles et 20 % des vols ont été précédés de consommation d'alcool. L'alcool serait impliqué dans 40 à 50 % des homicides et 26 à 39 % des agressions physiques et sexuelles (99). Il est intéressant de noter que la consommation d'alcool de la victime ou de l'agresseur constitue une circonstance aggravante au viol d'après le code pénal.

III.E Grossesse

L'alcool entraîne de nombreux risques pour la femme enceinte et l'enfant à naître. C'est la première cause non génétique de handicap mental chez l'enfant. La prévalence des troubles causés par l'alcoolisation fœtale est élevée (19,8 cas pour 1 000 en Europe, 10 cas pour 1000 en France), allant de troubles de l'apprentissage et du comportement au syndrome d'alcoolisation fœtale (retard de croissance intra-utérin, dysmorphie crânio-faciale, des malformations congénitales cardiaques, neurologiques, osseuses ou oro-faciales (fentes labio-palatines...), des atteintes neurocomportementales). Il atteint de nombreux organes tout au long du développement en passant la barrière placentaire (30,123) (Figure 10). Le risque varie en fonction de la durée, de l'intensité et du moment de la consommation.

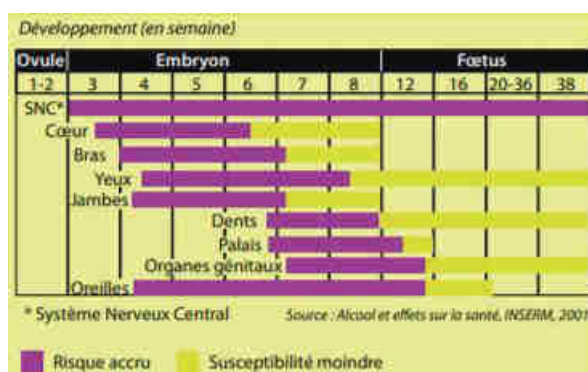


Figure 10: Périodes de développement des différents organes et sensibilité correspondant aux effets d'une exposition à l'alcool, d'après *Alcool et effets sur la santé*, INSERM, 2001 (123)

Une femme ayant déjà un enfant atteint de syndrome d'alcoolisation fœtale a 100 % de risque de récurrence pour ses enfants suivants si elle continue à boire.

Il semblerait également que les enfants nés de mère ayant consommé de l'alcool, surtout au premier trimestre, seraient plus à risque de mort subite du nourrisson. Le nourrisson présenterait des troubles du sommeil (sommeil plus fragmenté, moins de mouvements spontanés lors du sommeil) entraînant une privation de sommeil, facteur de risque de mort subite (124).

Enfin, une API durant la grossesse n'est également pas anodin : il existe un risque important d'hypoglycémie fœtale, nocive pour le développement.

Pour la femme enceinte, des études ont montré un risque accru de fausse couche et d'enfant mort né pour une consommation modérée à importante (les seuils variant entre les études, de même que la majoration du risque selon le trimestre de grossesse) (124).

Malgré cela, 10,7% des femmes enceintes déclarent avoir consommé de l'alcool en ayant connaissance de leur grossesse.

Une étude controversée étudiant l'impact d'une consommation modérée d'alcool (2 verres ou moins par semaine ou occasion) pendant la grossesse avait montré que les enfants nés ne

présentaient pas d'altération significative des fonctions cognitives ou comportementales. Ils semblaient même avoir moins de difficultés, moins d'hyperactivité et de meilleurs résultats aux tests cognitifs (125).

Néanmoins, par principe de précaution, parce que les risques sont graves, sûrement graduels, qu'aucun seuil de dangerosité n'est connu et que les femmes ont peu conscience des problèmes encourus; la DGS prône l'abstinence durant la grossesse (126).

Synthèse :

La prise aiguë ou chronique d'alcool a des conséquences néfastes majeures pour le consommateur : ciblant tous les organes, elle est un facteur étiologique de plus de 200 maladies et traumatismes et est associée à l'apparition de troubles mentaux et comportementaux, dont la dépendance à la substance.

C'est un important cofacteur de décès prématuré et d'années de vie perdues en bonne santé notamment chez les jeunes.

Elle a également des effets sanitaires, sociaux et économiques importants sur la société en général ; ce qui en fait un véritable enjeu de santé publique.

IV-Facteurs de risque de consommation inappropriée

Pour dépister au mieux des consommations à risque chez les adolescents, il convient de connaître les facteurs associés à cette consommation. On dit généralement que l'abus de substance est une rencontre entre un produit, une personne et un environnement : c'est le triangle dit d'Oliventstein (127).

IV.A Facteurs personnels

IV.A.1 Personnalité

Certains types de personnalité sont associés à un risque plus important de mésusage de substances (128). Ce sont les personnalités borderline et anti-sociale (129). Le borderline se caractérise par une hyper-émotivité, une faible estime de soi ainsi qu'une peur de l'abandon. Les relations inter personnelles sont fragiles et instables. L'antisocial quant à lui, présente avant tout une forte impulsivité et une intolérance à la frustration.

Plus spécifiquement, c'est le trouble des conduites (recherche de sensation, faible éviction des dangers, dépendance à la récompense) et l'automutilation qui sont les principaux traits liés à la consommation d'alcool parmi les 80 critères de trouble de la personnalité du DSM-IV. Ils prédiraient le trouble de la consommation d'alcool plus efficacement que les diagnostics de trouble de la personnalité (130,131).

Le vécu de la première consommation est également important et va marquer le rapport que le jeune entretient avec le produit. Une première expérience désagréable diminue le risque d'abus ultérieur.

IV.A.2 Troubles psychiques et psychiatriques

Comme nous l'avons dit précédemment, l'alcool joue un rôle dans la survenue de troubles psychiatriques. L'inverse semble également vrai et certains troubles psychiatriques sont liés à une propension plus importante du trouble de l'usage d'alcool (132).

C'est le cas des troubles de l'humeur ainsi que des troubles anxieux où l'alcool joue un rôle d'automédication et d'anxiolyse ; d'où le risque élevé de développer un mésusage (133).

Il faut également noter que les personnes présentant des troubles du comportement alimentaire sont également plus à risque.

IV.A.3 Événements traumatisants

Cet aspect peut être rapproché du trouble psychiatrique qu'est le syndrome de stress post traumatique.

Il semblerait notamment que la négligence et maltraitance dans l'enfance soit un facteur de risque de mésusage d'alcool à l'âge adulte (134,135). Cela serait en partie lié à l'anxiété qui en résulte ainsi qu'à la diminution des capacités de résilience (136).

A plus court terme, beaucoup d'événements de vie peuvent être à l'origine d'un mésusage d'alcool réactionnel. On peut citer la séparation, le deuil, les diagnostics de maladies graves, les agressions, les abus sexuels, les échecs scolaires,... C'est à dire tout événement vécu comme négatif par l'individu (132). L'alcool est alors vu comme moyen d'oubli, anesthésiant voire auto-destructeur.

IV.B Facteurs familiaux

IV.B.1 Structure familiale

Le cadre familial est un structurant majeur de la personnalité de l'enfant et il est montré que l'absence de repères est un facteur de risque de consommations inadaptées, notamment l'initiation précoce (137).

Parmi les structures familiales à risque, on observe : l'absence parentale, les relations parents – enfants insatisfaisantes et conflictuelles (communication intrafamiliale difficile ou absente, violences intra-familiales), le faible niveau d'encadrement, l'existence de pathologies psychiatriques chez les parents, les familles recomposées ou monoparentales paternelles (les familles monoparentales avec la mère sont moins à risque car les mères sont en général moins consommatrices).

Néanmoins l'excès inverse avec un climat familial répressif, coercitif ou autoritaire est également à risque (132)

IV.B.2 Consommations parentales et consommations des jeunes

La consommation parentale favorise l'initiation précoce chez le jeune et les enfants de consommateurs excessifs d'alcool sont 2 fois plus souvent eux-mêmes des consommateurs réguliers (132). Elle diminue également la rémission des troubles de l'usage d'alcool (138).

La prise de substances pour un adolescent est un moyen de tester l'autorité parentale. Aussi, on note que la tolérance des parents à l'égard des consommations des enfants, voire même les consommations conjointes à la maison, est un facteur de risque majeur d'abus. Comme dit précédemment, l'intolérance franche de parents coercitifs aura le même effet.

La place dans la fratrie ne constitue pas a priori un facteur de risque. Néanmoins, la présence de fautes délictuelles chez les frères aînés influence négativement le comportement des plus jeunes (139).

IV.B.3 Facteurs biologiques

L'hérédité dans l'addiction est très débattue. Selon les études d'agrégation familiale, une part non négligeable du risque de développer une addiction serait attribuable à des facteurs génétiques et notamment géniques (environ 50%) (137). Les gènes concernés seraient différents selon la substance (132).

Il apparaît également que les mêmes causes (abus dans l'enfance par exemple) n'entraîneraient pas les mêmes conséquences (mésusage d'alcool) selon l'ethnie : différence culturelle ou génétique (133,140)?

Enfin, la tolérance à l'alcool varie selon les individus, ce qui peut conduire à des consommations plus élevées en cas de haute tolérance et donc favoriser les mésusages.

IV.C Facteurs sociaux environnementaux

IV.C.1 Impact des pairs.

Si l'impact parental est majeur dans l'enfance et au début de l'adolescence, le cercle amical et social devient prépondérant par la suite. L'influence des pairs sera d'autant plus forte qu'il existe une défaillance parentale (132,137).

Il a été démontré qu'un adolescent sera plus enclin à consommer s'il est dans un groupe de consommateurs (majoration du risque d'initiation) : cela montre à la fois l'influence du groupe sur l'individu mais aussi le fait que l'individu choisit son groupe. C'est un des facteurs faisant de l'université un facteur de risque de mésusage.

En soirée, la présence de pairs influe positivement sur la vitesse de prise d'alcool au début puis se stabilise (141).

Enfin, il semble qu'un trouble de l'usage d'alcool lié à un « embrigadement » par le cercle social est plus facilement réversible.

IV.C.2 Niveau économique et culturel

Le milieu socio-économique, tout comme le milieu scolaire, voit émerger un paradoxe en matière de risque. En effet, un milieu socio-économique aisé est associé à une augmentation des consommations régulières et des ivresses à 17 ans, sûrement par de plus grands moyens financiers (45). les jeunes de milieux favorisés expérimentent plus volontiers que ceux de milieux modestes, et ce sans grande différence garçon-fille (132). Il existe un effet rémanent de cet effet chez les filles, qui gardent un sur risque jusque vers 33 ans et présenteraient même plus de mésusage à 42 ans (142).

Néanmoins, un milieu socio économique défavorisé, marque un risque d'abus et de dépendance plus grand. Un tel milieu favorise la transmission intergénérationnelle de trouble d'usage (132). Cela est probablement dû à une moindre résilience. Ainsi, c'est surtout la perte de repère social

qui marque un risque de mésusage. On peut citer le chômage, l'absence de domicile fixe par exemple.

Le fait de résider dans une communauté à fort taux de criminalité et à fort taux d'usage de substances majeure également le risque. Mais paradoxalement, les adolescents vivant dans une commune rurale (moins de 2 000 habitants) ont des niveaux d'usage régulier d'alcool plus élevés que les jeunes vivant dans des agglomérations de grande taille (>200 000 habitants).

IV.C.3 Niveau scolaire

Le niveau scolaire est un facteur à double tranchant également.

Un parcours scolaire perturbé (redoublement, déscolarisation, filière professionnelle,...) est plus à risque de mésusage.

Les jeunes qui ont un bon parcours scolaire, qui vont à l'université ou en école de commerce, ont néanmoins un risque d'expérimentation, d'usage, de binge drinking et de plus grande consommation majoré à l'entrée dans l'âge adulte (73,142,143). Cela rejoint l'idée du milieu socio-culturel et de l'influence des pairs évoquée plus haut.

IV.C.4 Marketing

Nous l'avons dit, les boissons alcoolisées sont connotées positivement par la population.

C'est en partie grâce, ou à cause, de son image, renforcée par les médias et une stratégie de vente implacables (144).

Les campagnes de publicité sont majoritairement destinées au public jeune, bien qu'en France la publicité à la télévision ou au cinéma soit interdite, de même que sur tout support destiné aux jeunes (sites jeunesse, sites sportifs,...) (97).

Il existe une association positive entre le niveau d'exposition publicitaire et le niveau de consommation d'alcool chez les jeunes, à la fois au niveau de l'initiation et au niveau des

quantités consommées. Il y a plus de consommations de type API (145,146).

Dans la loi, la publicité en faveur de l'alcool ne doit se baser que sur des éléments objectifs (origine, description,...) et ne doit pas encourager sa consommation. Néanmoins, il apparaît que les publicités ou affichages en faveur de l'alcool dépeignent les qualités suivantes : la force et la résistance lors des épisodes d'API, la sociabilité, le succès, la masculinité et la virilité, l'attractivité sexuelle (97).

Il en va de même dans de nombreux films, où l'alcool est très favorisé et devient pour le jeune, un moyen de faire « comme le héros ». On pensera bien sûr à James Bond et son « *martini dry, au shaker et pas à la cuillère* ».

La publicité pour l'alcool n'a pas uniquement lieu sur les plate-formes numériques et audiovisuelles. En grande surface, les réductions sur l'alcool sont largement prédominantes (en affichage et en prix) par rapport aux réductions sur les boissons sans alcool et attirent significativement les jeunes.

La loi Evin formulée en 2015 ne semble pas suffisante pour diminuer l'impact de la publicité sur les jeunes en matière d'alcool (147).

IV.D Facteurs liés au produit et aux modalités de consommation

L'alcool arrive 5ème au classement des substances addictogènes, derrière l'héroïne, la cocaïne, la nicotine et les benzodiazépines. Néanmoins c'est plus le mode de consommation ou mélange qui en majore le risque.

En effet, l'usage des pré-mix (mélange de sodas et d'alcools forts), bien que limité par une taxation spécifique élevée, reste assez apprécié par son goût très sucré qui masque celui de l'alcool en lui même. Il en va de même pour les mélanges boisson énergisante-alcool. Les quantités consommées sont souvent plus importantes car on ne perçoit pas la teneur élevée en alcool (132).

Certains modes de consommation doivent attirer l'attention sur le risque potentiel de basculement dans un mésusage. C'est le cas de la précocité des premières consommations, de la répétition des consommations ainsi que la consommation solitaire.

Le contexte est également important : une consommation en journée, hors contexte festif ou une alcoolisation à but d'anxiolyse sont des facteurs inquiétants.

Ces modes de consommation peuvent provenir d'une souffrance individuelle ou s'apparenter à un appel à l'aide.

V- Les instances gouvernementales régulatrices

Devant le constat de la problématique alcool, l'État a mis en place diverses instances pour étudier, réguler et limiter les risques liés à la consommation d'alcool.

V.A Différentes autorités sanitaires

V.A.1 l'OMS

L'alcool est un problème de santé publique et mondial. L'OMS s'y est intéressée dès 1980.

Elle a établi en 2000 un guide international pour définir les lignes directrices sur la surveillance épidémiologique de la consommation d'alcool et des dommages induits. Ce document constitue un guide méthodologique qui propose un ensemble de règles et de bonnes pratiques en matière de recueil de données sur l'alcool notamment pour la recherche et les comparaisons internationales. Les derniers rapports de l'OMS sur les stratégies à mettre en place datent de 2016 (27,28,40,148). La consommation annuelle d'alcool par habitant en litres d'alcool pur est l'un des deux indicateurs cibles du programme de santé à l'horizon 2035 - «Renforcer la prévention et le traitement de l'abus de substances, y compris l'abus de stupéfiants et l'usage nocif de l'alcool ».

V.A.2 La direction générale de la santé

Au sein du ministère des Solidarités et de la Santé, la DGS énonce les objectifs de santé publique à atteindre sur la question de l'alcool.

V.B Actions gouvernementales

V.B.1 Plan national de mobilisation contre les addictions

Ce plan tétra-annuel a été reconduit en 2018. Validé par le cabinet du premier ministre sur avis de la MILDECA (mission interministérielle de lutte contre les addictions et les conduites addictives), il a pour but d'intensifier et actualiser la politique de lutte contre les addictions.

C'est un projet né de la concertation de multiples acteurs, tant citoyens, qu'associatifs ou encore économiques (production, distribution, restauration)(149).

V.B.2 Fonds de lutte contre les addictions (150)

Le fonds de lutte contre les addictions liées aux substances psychoactives a été créé par la loi de financement de la sécurité sociale du 28 décembre 2018 en succession du fonds de lutte contre le tabac pour élargir les actions de santé publique à d'autres addictions. En 2019, ce fonds, créé au sein de la CNAM, s'élève à 120 millions d'euros. Il permet d'intervenir sur 4 axes stratégiques :

- Protéger les jeunes et éviter l'entrée dans le tabagisme ainsi qu'éviter ou retarder l'entrée dans la consommation d'autres substances psychoactives.
- Aider les fumeurs à s'arrêter et réduire les risques et les dommages liés aux consommations de substances psychoactives
- Amplifier certaines actions auprès des publics prioritaires dans une volonté de réduire les inégalités sociales de santé

- Soutenir la recherche appliquée et l'évaluation des actions de prévention et de prise en charge.

V.B.3 États généraux de l'alcool

En 2006, les États généraux de l'alcool ont constitué un débat public regroupant experts et citoyens dans plusieurs régions de France. L'objectif premier était de soulever les principales questions et problèmes liés à l'alcool. C'est le gouvernement, en association avec l'INPES, la MILDT et l'INCA qui a piloté ces débats.(151) L'espoir était de pouvoir mobiliser le public et les associations pour favoriser le dialogue entre acteurs économiques, associations, partenaires sociaux et consommateurs et la promotion d'actions de santé publique sur le thème de l'alcool. Cela semblait être une aubaine pour une prise de parole des acteurs et un engagement citoyen comparable à ceux de la lutte contre le sida ou le tabac. Six thèmes de réflexion et d'échange ont été proposés : alcool et modes de vie ; alcool, travail, emploi ; alcool et situations à risque ; alcool et publics sensibles ; alcool et inégalités ; alcool et violence. (152)

Néanmoins, l'information a été peu relayée par les médias et n'a pas eu l'effet escompté.

La synthèse générale a donné lieu à 30 propositions dont plusieurs concernant les jeunes (152,153) . On peut citer :

- interdire la pratique actuelle de certains producteurs d'alcool consistant à sponsoriser des soirées étudiantes, limiter la publicité pour les produits alcoolisés
- Surtaxer ou interdire les pré-mix
- rendre les boissons non alcoolisées moins chères que celles alcoolisées
- interdire les « happy hours »

V.C Les Observateurs(154)

Plusieurs Organismes en France sont chargés de la surveillance des consommations actuelles et émergentes, de la réalisation d'enquêtes répétées ou ponctuelles en population.

Les enquêtes et organismes les plus importants sont les suivants :

V.C.1 en population adulte

Le baromètre santé de l'INPES et l'OFDT : L'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (Inpes) et l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT) mènent depuis 2000 les enquêtes « addictions » du Baromètre Santé (ensemble d'enquêtes plus générales). Elle mesure chaque année les niveaux d'usage des produits (155).

L'enquête téléphonique EROPP (Enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes) réalisée par l'OFDT : Elle recherche les représentations des français relatives à la consommation de substances psychotropes dont l'alcool fait partie ainsi que leur opinion sur les actions de santé publique qui y sont liées.(48)

Le dispositif TREND (Tendances récentes et nouvelles drogues), mis en place par l'OFDT, est chargé de rechercher les phénomènes émergents en terme de tendance de consommation et de composition de produits. Il s'appuie sur le SINTES (Système d'identification national des toxiques et substances).(156,157)

V.C.2 en population jeune

ESCAPAD (Enquête sur la Santé et les Consommations lors de l'Appel de Préparation À la Défense) : cette enquête est réalisée par l'OFDT tous les 3 ans depuis 2000. Elle porte sur la

santé de ces garçons et filles âgés de 17 ans, ainsi que sur leurs consommations de produits psychoactifs (158).

ESPAD (European School Project on Alcohol and other Drugs) est quant à lui un projet européen qui vise à comparer les consommations des jeunes de 15-16 ans entre pays de l'Europe. L'enquête est menée dans 36 pays depuis 1995. En 2018, l'enquête en France a été menée dans le cadre du projet EnCLASS (Enquête nationale en Collège et en Lycée chez les Adolescents sur la Santé et les Substances) en lien avec l'HBSC, l'OFDT, l'éducation nationale et un bureau de recherche INSERM (159). Les thèmes sont plus ou moins variables d'une enquête à l'autre. En 2015, une partie de l'étude porte sur l'exposition des jeunes au marketing ou la publicité liée aux boissons alcoolisées (160).

HBSC (Health Behaviour in School-Aged Children) est une enquête internationale (41 pays participants) réalisée tous les 4 ans sous la direction de l'OMS. Elle collecte des données sur la santé, le vécu scolaire et les comportements préjudiciables ou favorables à la santé des élèves âgés de 11, 13 et 15 ans (47,161).

V.D Cadre législatif (162)

La consommation d'alcool est réglementée depuis 1991 par la Loi Evin (147).

De nombreuses études décrivent des liens entre cadre législatif et impact sur la consommation d'alcool, notamment chez les jeunes. En effet, ce n'est par exemple pas un hasard si la bière est l'alcool comptant pour 2/3 des consommations lors des épisodes d'API: les taxes d'accise sont plus faibles et les pratiques de vente et de marketing relativement permissives (52). De même sur le plan international, on observe des différences de consommation selon la législation (âge légal, seuils de conduite, accessibilité, ...), montrant le possible impact des réglementations sur les

consommations des jeunes. En particulier on retrouve une tendance selon laquelle plus le prix de l'alcool et le contrôle réglementaire sont élevés, plus la prévalence de la consommation d'alcool hebdomadaire est significativement faible et la prévalence des états d'ivresse élevée (association non significative)(69).

V.D.1 Vente

Les conditions de vente et de distribution de boissons alcoolisées sont encadrées par de nombreux articles législatifs. (Articles L3323-1, L3322-6, L3322-9, L3335-4, L3342-1, L3353-2). L'article L. 3342-1 prévoit non seulement l'interdiction de la vente, mais également l'interdiction de l'offre à titre gratuit à des mineurs, dès lors qu'elle est effectuée dans les débits de boissons et tous commerces et lieux publics. « La vente au forfait ou l'offre à volonté d'alcool est interdite. Cette interdiction vise spécialement la pratique dite des « opens-bars ». » (Articles L3323-1 et L. 3323-2). Les peines encourues vont de 7500 euros d'amende et peuvent être complétées de l'interdiction temporaire d'exercer pour au moins un an (95). La loi s'est durcie avec une peine allant jusqu'à un an d'emprisonnement et 15 000 euros d'amende pour la provocation d'un mineur à la consommation excessive d'alcool.

V.D.2 Publicité

Les supports publicitaires doivent obligatoirement contenir le message sanitaire: « L'abus d'alcool est dangereux pour la santé ». Pour les mineurs cependant, la publicité directe ou indirecte (distribution de produits publicitaires) autour des boissons alcoolisées ou de leurs marques est strictement interdite. (Article L3323-5).

V.D.3 Conduite de véhicules

Le décret du 29 août 1995 prévoit que le taux d'alcoolémie légalement toléré pour tout

conducteur de véhicule est fixé à 0,5 g/l de sang (0,25 mg/l d'air expiré).

Depuis le 1er juillet 2015 le taux d'alcool autorisé pour les permis probatoires (jeunes conducteurs) est de 0,2 gramme d'alcool par litre de sang, soit zéro verre d'alcool. Conduire en France avec un taux d'alcoolémie supérieur à 0,5g/L (ou 0,2g/L pour les permis probatoires) constitue une infraction punie d'une suspension de permis pendant 3 ans, d'un retrait de 6 points de permis et d'une amende de 135 euros. Au delà de 0,8g/L de sang, la peine passe à 4500 euros d'amende et deux ans de prison avec sursis, quelque soit le permis (102).

V.D.4 Ivresse publique

L'ivresse publique et manifeste est une infraction au code de Santé Publique (Article L. 3341-1 et R. 3353-1) ; ce depuis la loi du 23 janvier 1873. Elle est passible d'une contravention de 2e classe (150 € d'amende), voire plus si elle a lieu dans une enceinte sportive. Il s'agit alors d'un délit passible d'emprisonnement.

Synthèse :

Il existe une interaction bio-psycho-sociale complexe entre les traits de personnalité, l'environnement et les événements de la vie (stressants) comme prédictors du mésusage d'alcool chez les adolescents. L'affichage publicitaire et la modification de l'image de l'alcool sont de véritables enjeux dans la réduction des consommations. Il est donc important d'identifier et d'examiner ces facteurs pour prévenir au mieux du risque des consommations.

VI-L'alcool en médecine générale

VI.A Les outils de repérage

VI.A.1 Contexte.

Les recommandations éditées par la SFA ont déterminé qu'il faut penser à rechercher un mésusage de l'alcool :

- lors de l'examen de routine ;
- lors de la prescription d'un médicament connu pour interagir avec l'alcool (antibiotiques, antidépresseurs, antihistaminiques, benzodiazépines, myorelaxants, antalgiques opiacés, anti-inflammatoires, warfarine...) ;
- lors d'un passage au service d'accueil des urgences ;
- chez les femmes enceintes ou avec désir de grossesse ;
- chez les personnes à haut risque de boire en excès : fumeurs, adolescents et jeunes adultes ;
- chez les personnes ayant des problèmes de santé souvent liés à la consommation excessive d'alcool : hypertension artérielle, arythmie cardiaque, dyspepsie, maladie du foie, dépression ou anxiété, insomnie, traumatismes ;
- chez les personnes ayant une pathologie chronique résistante au traitement : douleur chronique, diabète, troubles gastro-intestinaux, dépression, cardiopathie, hypertension artérielle.
- chez certaines populations particulièrement exposées ou vulnérables devant faire l'objet d'une surveillance soutenue de la consommation d'alcool : femmes enceintes, adolescents, sujets atteints de troubles psychiatriques ou de troubles d'usage d'autres substances, sujets âgés, sujets en situation de précarité (grade B) (163).

VI.A.2 outils cliniques

Les outils cliniques reposent sur les données de l'interrogatoire et de l'examen physique.

Comme pour la plupart des pathologies en médecine générale, plus le repérage se veut précoce et moins le tableau clinique est évocateur (163).

Ainsi il convient d'envisager la possibilité d'un mésusage d'alcool devant:

- des problèmes de santé peu spécifiques (plaintes polymorphes, asthénie, nervosité, irritabilité, troubles du sommeil)
- l'association à des facteurs de risque de mésusage
- la répétition de ces problèmes
- le déni d'être à l'origine de ces problèmes.

A un stade avancé, on recherchera des signes d'insuffisance d'organe, notamment hépatocellulaire, ou des complications somatiques telles qu'évoquées précédemment.

L'interrogatoire va se baser sur les points précédents ainsi que sur la consommation déclarée d'alcool (CDA). Il s'agit d'évaluer la fréquence et la quantité consommée en nombre de «verres standards » (ou unités internationales d'alcool) par jour, selon une approche standardisée basée sur les seuils de risque OMS.

Les jeunes évaluent bien la fréquence élevée de leurs consommations d'alcool et cela indépendamment de leurs habitudes personnelles (16). De plus il n'est pas prouvé, comme pour la question du suicide, que poser la question d'un mésusage favorise ce dernier.

VI.A.3 outils biologiques

De nombreux marqueurs biologiques sanguins ont été testés dans le but de repérer et suivre les personnes souffrant de mésusage. Les anomalies apparaissent tardivement après le début des consommations et permettent donc de repérer des consommations chroniques.

Trois marqueurs biologiques sont utilisés couramment chez l'adulte : Ce sont la gamma-glutamyl transférase (γ GT), le volume globulaire moyen (VGM) et la transferrine déficiente en carbohydrate (CDT). Il faut bien retenir qu'aucun de ces marqueurs ne donne une indication du

niveau de sévérité du mésusage et qu'ils ne sont absolument pas spécifiques d'un mésusage d'alcool (163).

Tout test est marqué par sa spécificité et sa sensibilité. Pour avoir une bonne capacité de dépistage, un test doit être sensible (peu de faux négatifs) avant tout. La spécificité permet quant à elle de faire le diagnostic (peu de faux positifs). Les tests biologiques présentés ci-dessous ont globalement une sensibilité insuffisante pour en faire des tests de dépistage chez une population asymptomatique et sans suspicion préalable d'un mésusage. D'après l'OMS ils ne sont pas non plus recommandés dans la population adolescente ; population dans laquelle les sensibilités des tests biologiques sont bien plus basses (17% pour la CDT et 8% pour les GGT). Les questionnaires standardisés sont également plus utiles chez les jeunes ayant un comportement d'API (164).

Leur dosage reste néanmoins remboursé par la sécurité sociale.

-Gamma-GT (gamma glutamyl transferase)

Le dosage des Gamma-GT présente une sensibilité de 30 à 84% et une spécificité de 11 à 85% pour la consommation d'alcool chronique. Cela en fait un outil de dépistage médiocre.

Moins de 50% des buveurs excessifs en population générale ou en médecine de ville ont un taux élevé. C'est en revanche un très bon outil pour le suivi et le renforcement motivationnel car il est bien connu des patients.

Les Gamma-GT se positivent aux alentours de 8 verres d'alcool par jour pendant au moins 2-3 semaines bien qu'ils réagissent en réalité à une faible consommation régulière. Ils se normalisent au bout de 2 mois environ (163).

Il faut savoir que le taux est plus faible chez les jeunes, ce qui le rend encore moins performant dans cette population.

-VGM (volume globulaire moyen)

Le VGM élevé est un marqueur plus tardif d'alcoolisation. Supérieur à 95u3, il marque en général une consommation nocive existant depuis plus de deux mois.

La sensibilité va de 15 à 69% et la spécificité de 26 à 91%. La négativation s'effectue en 3 mois environ. L'absence d'anémie concomitante renforce le diagnostic (165).

-CDT

La demi-vie de la CDT étant d'un peu moins de 15 jours, elle constitue le meilleur marqueur de repérage d'une rechute ou d'une ré-augmentation des consommations (la demi-vie de la γ GT est de 1 mois, celle du VGM de 3 mois). La sensibilité de ce marqueur tourne en moyenne à 83% alors que la spécificité va jusqu'à 97%. La CDT se positive lors d'une consommation d'environ 6 verres par jour pendant au moins 1 à 2 semaines et se normalise en 2 à 4 semaines d'abstinence.

Il apparaît qu'elle est plus sensible que les GGT chez les jeunes mais globalement la sensibilité est similaire, contrairement à la spécificité qui est supérieure pour la CDT (165,166).

Son dosage, associé à celui des GGT présente une VPP d'usage nocif de 79%.

Il existe de nombreux autres marqueurs, tels que le rapport ASAT/ALAT. L'augmentation de ces enzymes marque une souffrance aspécifique du foie. Mais l'augmentation plus franche des ASAT distingue plus volontiers les hépatopathies d'origine alcoolique. Un rapport supérieur à 1 présente une sensibilité comprise entre 69 % et 87 % et une spécificité comprise entre 46 % et 85 % alors qu'elles sont respectivement de 19 % et 99 % quand le rapport est supérieur à 2(166).

On peut enfin citer L'éthylglucuronide (EtG) et l'éthylsulfate (EtS) qui sont détectables aussi bien dans le sang que les tissus, les cheveux ou les urines. Ces deux métabolites sont produits chaque fois qu'un individu ingère, absorbe ou inhale de l'éthanol, avec un certain temps de latence : l'EtG et l'EtS sont détectables dans les fluides biologiques quelques heures après

consommation d'alcool et jusqu'à 80 h (voire même 5 jours dans les urines pour l'EtG dans certaines études) après élimination complète de l'éthanol. L'utilité de ces dosages est le plus souvent médico-légale, dans le cadre d'une embauche ou de l'éligibilité à une greffe hépatique par exemple (167).

On dispose également de marqueurs composites qui nous donnent différents scores. Par exemple le score EDAC : (Early detection of alcohol consumption score) est basé sur le taux de monocytes, de HDL, d'enzymes hépatiques (GGT, ASAT, ALAT), du taux de bilirubine conjuguée et le VGM . Ce regroupement de tests permet de gagner en sensibilité et spécificité et permet de distinguer 98 % des sujets ayant une forte consommation et 95 % des sujets à consommation plus faible. L'EDAC permet aussi bien d'identifier la consommation excessive de type API que la consommation d'alcool plus régulière. La plupart des hommes présentent un test EDAC élevé après avoir bu 45 g d'alcool par jour contre 35g pour les femmes (168). A défaut de pouvoir faire un diagnostic de certitude du mésusage par un dosage biologique, multiplier les arguments reste la meilleure option. Il en va de même pour le suivi ou le diagnostic d'une rechute.

VI.A.4 Questionnaires validés

Lorsqu'il existe une suspicion clinique ou biologique de mésusage d'alcool, il convient d'approfondir l'interrogatoire pour évaluer les pratiques de consommation et le degré de dépendance. Cela peut être effectué par différents questionnaires.

Ces tests sont nombreux ; et ceux mentionnés ci-après sont disponibles en annexe de ce document.

VI.A.4.a dans la population générale

Pour repérer les problèmes de consommation d'alcool chez l'adulte, la HAS recommande plusieurs tests ; certains étant plus utiles au repérage simple, d'autres évaluant également les conséquences des consommations et donc la sévérité du mésusage (164,166,169).

-le test AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) (Annexe 2)

C'est un auto-questionnaire développé par l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), qui tient compte à la fois de la fréquence de consommation au cours des douze derniers mois, du volume absorbé pendant une journée type de consommation et de la fréquence des épisodes d'alcoolisation ponctuelle importante. Il est composé de 10 questions dans sa forme complète et trois dans sa forme courte AUDIT-C ; chacune des questions étant cotée de 0 à 4. Le questionnaire complet permet d'évaluer les répercussions sur le sujet en plus de l'état de la consommation.

Au final ce questionnaire permet de déterminer trois profils de consommateurs : ceux qui encourent un danger en consommant, ceux qui ont une consommation nocive et les alcool-dépendants (score >12 pour l'AUDIT complet et 5 pour l'AUDIT-C pour les sujets masculins) .

La valeur-seuil de 6 pour l'AUDIT-C permet de repérer le « binge drinking », avec une sensibilité de 95% et une spécificité de 81% .

Ce test a été validé chez de nombreux types de populations, pays et cultures ce qui en fait une référence internationale.

-le test DETA ou CAGE en anglais (Annexe 3)

C'est un auto-questionnaire de 4 questions sur les notions de « Diminuer », « l'Entourage », « Trop » et « l'Alcool matinal ». Il serait un peu moins performant que l'AUDIT. Chez l'adolescent, bien que non recommandé, on suggère de remplacer le CAGE par le CUGE (question sur l'emprise d'alcool dans certaines situations plus que la question de l'entourage).

Ce test présente quelques limites : il évalue les consommations sur la vie entière et ses questions sont assez subjectives ce qui peut biaiser les résultats. A partir de deux réponses positives, on considère qu'il existe un fort risque de consommation excessive mais la présence d'une seule réponse positive doit faire pousser l'interrogatoire (170).

-le test FACE (Formule pour Approcher la Consommation d'Alcool par Entretien)

(Annexe 4)

C'est un questionnaire recommandé par la HAS. Il comprend cinq questions sur les modes de consommations au cours des douze derniers mois. Il classe ainsi les répondants en risque nul ou faible, consommation excessive et dépendance probable.

Le questionnaire FACE a une excellente sensibilité, mais une mauvaise spécificité ce qui en fait un bon outil de repérage et lui a permis d'être la référence dans le cadre du Repérage Précoce et Intervention Brève (RPIB) en alcoologie en France.

D'autres tests existent bien évidemment, mais sont parfois lourds, trop fastidieux à mettre en place lors d'une consultation de médecine générale. On pourra néanmoins citer le MAST (Michigan Alcoholism Screening Test) ou SMAST (Short MAST) dans sa version courte, le TWEAK (basé sur cinq questions sur les thèmes de la Tolerance, de l'inquiétude de l'entourage « Worried », de la prise matinale « Eye-opener », de la présence d'épisodes d'Amnésie et la sensation de devoir diminuer ses consommations « K-Cut Down ») ou le T-ACE (pour Tolérance, Agacement, Cessation, Eveil). Ces deux derniers tests seraient plus pertinents chez la femme enceinte.

VI.A.4.b spécifiquement chez l'adolescent

L'AUDIT est le questionnaire validé en français qui constitue la référence pour le dépistage du mésusage de l'alcool (grade B) (171).

Néanmoins, INSERM (Institut national de la santé et de la recherche médicale) recommande l'utilisation de l'entretien structuré DEP-ADO chez les jeunes.

Le CRAFFT Test, moins long, est également validé pour les troubles de l'usage de substance mais va rechercher la présence d'autres d'autres risques associés et permettre d'identifier des facteurs de risque de consommation (163).

-le questionnaire DEP-ADO (Annexe 5)

Établi au Québec et validé en France, il s'agit d'un questionnaire face à face ou auto questionnaire de 7 questions portant sur l'usage de substances au sens large (drogues, tabac, alcool) chez les jeunes de 14 à 18 ans (jugé pertinent pour les 12-13 ans).

Le questionnaire aborde la problématique somatique, relationnelle, sociale et judiciaire de la consommation.

Les scores totaux permettent une distinction de trois niveaux de consommation :

Feu vert en dessous de 14 points: aucun problème évident de consommation.

Feu jaune entre 14 et 19 points: problème en émergence (intervention précoce souhaitable)

Feu rouge à partir de 20 points: problème évident (intervention spécialisée nécessaire)

-le questionnaire CRAFFT (Car, Relax, Alone, Forget, Friends, Trouble.) (Annexe 6)

Initialement validé chez les adolescents de 12 à 21 ans aux États-Unis sur 6 questions, le test CRAFFT a été légèrement modifié et adapté à la population française pour être validé. Dans cette version nommée ADOSPA (pour Auto/moto, Détente, Oubli, Seul, Problèmes,

Amis/famille), on compte 6 questions semi-quantitatives (réponses à types de parfois/souvent/jamais). On considère qu'il existe un probable usage à risque ou nocif à partir de 2 réponses positives ; avec une sensibilité de 75,1% et une spécificité de 76,1%.

VI.B Rôle du médecin généraliste dans la prévention

Il apparaît que le contact régulier entre un adolescent et son médecin représente un bon indicateur de la qualité et de l'efficacité d'un service de santé envers ses jeunes. Son rôle est donc majeur dans la prise en charge de cette population (172).

D'après l'article 1411-11 du code de santé public relatif à l'organisation des soins :
« l'accès aux soins de premier recours prodigués par le médecin traitant ainsi que la prise en charge continue des malades sont définis dans le respect des exigences de proximité, qui s'apprécie en termes de distance et de temps de parcours, de qualité et de sécurité. Ces soins comprennent :

- La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ;
- La dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique ;
- L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ;
- L'éducation pour la santé. »

Environ 18% des consultants en médecine générale chaque jour présenteraient un « problème avec l'alcool » et 9 à 10% des 18-25 ans (173). Le médecin généraliste est l'intervenant privilégié en matière de santé, estimé par la patientèle comme étant le plus à même de prendre en charge le problème de trouble de l'usage d'alcool, devant le spécialiste. Néanmoins il apparaît

que seuls 12 % des patients auraient reçu au cours de leur vie une recommandation de leur médecin concernant leur consommation (174).

Le repérage d'un mésusage d'alcool est efficace et pertinent en médecine générale (niveau de preuve 1) et en pratique infirmière de soins primaires (niveau de preuve 1). Les médecins généralistes, comme tous les professionnels de santé, doivent donc être les acteurs privilégiés du repérage des problèmes d'alcool, tout au long de la vie d'un individu et de son parcours de santé (grade A) (163).

Enfin, bien qu'il soit un acteur privilégié en matière de prévention, le médecin généraliste n'est pas seul face au jeune. Il fait partie intégrante d'un système coordonné entre acteurs sociaux, associatifs, judiciaires et éducatifs et peut également s'appuyer sur l'entourage du jeune (parents, fratrie).

VI.C Interventions

Lorsqu'un mésusage est repéré, il faut être en mesure de planifier l'intervention adéquate, selon la sévérité et les répercussions de la consommation. Il en existe de très nombreuses qui sont répertoriées en annexe (164,175).

VI.C.1 Intervention Brève

VI.C.1.a Principe

L' intervention brève est également appelée « intervention brève opportuniste » : elle s'adresse aux patients qui ne consultent pas pour un problème de consommation à risque. Sur le plan de l'alcool, elle n'est intéressante que pour des personnes ayant un mésusage de l'alcool et peu ou pas de signes de dépendance.(176)

Le principe est de repérer une consommation à risque et de répondre à cela par une information/intervention ciblée sur le problème en question avec ou sans support dédié.

Il n'y a pas de « standard » d'intervention brève et elle peut s'effectuer en une fois ou de façon fractionnée.

Aussi, on distingue :

- le conseil simple (ou conseil minimal) : intervention très brève (moins de 5 minutes) consistant à donner au patient un conseil simple et structuré.
- l'intervention brève de conseils et d'aide : intervention de 20 à 30 minutes, souvent en plusieurs sessions successives.

La HAS en 2014 dans une note a mis en place deux modalités de RPIB à type de check-lists (169):

-Check-list en 8 points :

- restituer les résultats du questionnaire de consommation,
- expliquer le risque alcool, expliquer le verre standard,
- discuter l'intérêt personnel de la réduction,
- expliquer les méthodes utilisables pour réduire sa consommation,
- proposer des objectifs et laisser le choix,
- donner la possibilité de réévaluer dans une autre consultation,
- remettre une brochure.

-En 4 points :

- rendu des résultats d'un questionnaire concernant la consommation d'alcool,
- information sur les risques liés à sa consommation,
- proposition d'accompagnement ou de soutien,

- conseils pour diminuer sa consommation.

Bénéfice non négligeable, l'intervention brève représente une des interventions les moins chères permettant une amélioration de la santé.

VI.C.1.b Efficacité

L'intervention brève est le traitement le plus efficace des conduites d'alcoolisation à risque. Elle est efficace sur la réduction des consommations, les complications des consommations et la survenue de décès liés à l'alcool peu importe l'âge du consommateur. Il a été estimé qu'une intervention brève faite par un médecin auprès de 25 % de sa patientèle épargnerait 91 années de pathologies et de décès prématurés pour une population de 100 000 personnes (164). D'après l'étude suédoise « Malmö », la pratique d'une intervention brève dans une population de buveurs excessifs permettrait de réduire de moitié les décès qui se produiraient sans intervention au bout de 6 ans (177).

Il est démontré dans plusieurs méta-analyses que la démarche de RPIB a une efficacité aussi bien à court terme qu'à long terme en terme de consommation déclarée d'alcool. Après un suivi d'au moins un an, les patients ayant reçu une intervention brève avaient une consommation déclarée d'alcool significativement inférieure à celle des témoins avec une différence moyenne : – 38 g/semaine (178). Il apparaît que cet effet est plus important chez les hommes que chez les femmes ; ces dernières ne montrant pas d'amélioration significative sur leurs consommations à 1 an mais les études à ce sujet sont contradictoires.

L'efficacité n'est pas démontrée chez les patients ayant une dépendance sévère, d'où l'importance d'une prise en charge précoce (176).

Il ne semble pas que les interventions multiples soient plus efficaces que les interventions uniques.

VI.C.1.c L'intervention brève motivationnelle

Le renforcement motivationnel est la seconde méthode d'intervention la plus efficace. Ce type d'intervention, qui peut s'associer à une intervention brève, plus complète, s'inscrit dans le domaine des thérapies cognitivo-comportementales qui font du patient l'acteur de son changement de comportement ou ici de sa consommation. L'idée est de mettre en place des stratégies motivationnelles adaptées au stade du patient (pré contemplation, contemplation, préparation, action, maintenance, dégageant avec des rechutes associées), à promouvoir son changement et à le comprendre (164,176,179,180).

Après six mois de suivi, il a été observé chez ceux qui avaient bénéficié d'entretiens motivationnels un nombre significativement plus bas de conduites en état d'ivresse, d'infractions au code de la route et de dommages et traumatismes liés à l'alcool que chez ceux traités par des soins classiques. Néanmoins comme dans beaucoup de traitements comportementaux, l'effet tend à s'estomper avec le temps ou du moins, le groupe témoin a tendance à aller mieux et rejoindre le groupe traitement (164). Il n'est pas prouvé d'efficacité supérieure par rapport à l'intervention brève.

VI.C.2 « Réduction des risques et des dommages »

La RdRD est une intervention collective visant à limiter les risques sanitaires, les risques sociaux et la mortalité résultants de la consommation d'alcool à un niveau supérieur à celui de l'individu. Cela inclut les programmes, les lois et les pratiques collectives qui encouragent la diminution des consommations sans pour autant viser l'abstinence et initie le contact avec les consommateurs qui ne sont pas dans une demande de soin.

L'objectif n'est pas forcément de viser l'abstinence mais de réduire dans un premier temps ou à terme si c'est l'objectif, les dommages subits. Le médecin généraliste, bien qu'il ne soit pas

l'interlocuteur principal de cette démarche, est un partenaire des différents acteurs du système : éducatif, judiciaire, social,...

Ce programme valorise les associations d'entraide, les débats sociétaux (181).

VI.C.3 Spécificités de la prise en charge de l'adolescent

Au delà des questionnaires, de très nombreux programmes de prévention ont été validés chez les jeunes. Ils sont résumés dans un travail de l'INPES réalisé en 2011 qui classe les interventions validées et prometteuses en fonction de l'âge de l'enfant (182). On constate qu'il existe deux milieux majeurs pour organiser la prévention chez l'enfant : le milieu scolaire, majoritairement avant 16 ans et le milieu dit universel qui englobe des programmes sur ordinateur, des entretiens en face à face avec le médecin généraliste par exemple ou encore des entretiens sur le lieu de travail. L'intervention brève s'intègre dans les entretiens face à face universels.

On observe qu'avant 10 ans, l'implication des parents est essentielle, puis s'efface progressivement pour disparaître des programmes de prévention après 16 ans.

Les thérapies familiales, le plus souvent avant 16 ans, sont des thérapies cognitivo comportementales très intéressantes et efficaces pour aider les jeunes en difficulté en leur procurant un soutien et une écoute de leur entourage.

En 2008, le plan « santé des jeunes » mis en place par Roselyne Bachelot, permet aux jeunes de 16 à 25 ans de bénéficier gratuitement et annuellement d'une consultation chez le médecin de leur choix, cela dans l'optique de la lutte contre les conduites à risque des jeunes (cannabis, alcool, environnement nutritionnel). Malheureusement, la limite d'âge de 16 ans est assez tardive quand on voit l'état des lieux des consommations. C'est également une consultation proposée mais non obligatoire (183).

La consultation du jeune en médecine générale déroute souvent le médecin généraliste. C'est une population qui « va bien », se plaint rarement et vient parfois sur demande parentale et donc sans volonté de soin. La recherche d'une alliance thérapeutique et d'une relation de confiance est importante pour que le jeune puisse s'ouvrir et entrer dans une démarche active de soin. Il est important de laisser à l'adolescent sa liberté de choix et d'action ; cela ne fera qu'encourager sa motivation au changement (184).

VI.D-Valorisation du dépistage en médecine générale.

La revalorisation de certains actes du médecin généraliste permet de favoriser le dépistage et la prévention ou de faciliter l'accès à un soin précis pour le patient. En France, il existe plusieurs possibilités pour revaloriser les actes médicaux :

- la consultation gratuite accessible aux patients les plus démunis
- la consultation accessible aux mineurs sans leurs parents (exemple de la consultation pour contraception/ avortement, ...)
- la cotation d'un acte surajouté au coût de la consultation GS classique.
- la création d'une nouvelle cotation spécifique à un type de consultation (consultation personnes âgées-dépendantes par exemple)

Dans le domaine de l'alcool chez les jeunes, peu de mesures existent ou sont connues. Surajouté à tout ce que nous avons dit précédemment, cela impacte le fait que le dépistage du mésusage est mal organisé, mal encouragé et donc souvent peu réalisé.

Dans certains départements, des formations pour les professionnels de santé ont vu le jour , dans l'objectif d'améliorer le repérage des jeunes ayant des consommations problématiques. C'est par exemple le cas du réseau Agir-33 Aquitaine qui a développé un module de formation

pour les professionnels en contact avec les jeunes, en lien avec des experts en addictologie, médecine générale, psychiatrie et médecine scolaire (21,185,186).

D'après les recommandations de bonne pratique de la SFA, la plupart des acteurs de soins primaires ne semble pas avoir encore adopté le repérage et les interventions brèves dans leur pratique. Les principaux obstacles sont le manque de temps et l'absence de rémunération adaptée (grade C) (178); La formation des professionnels pourrait améliorer l'adoption du repérage et des interventions brèves en soins primaires, à condition qu'elle soit adaptée aux contraintes et aux besoins des professionnels de santé auxquels elle s'adresse (grade C) (176).

VI.E Quels seuils de consommation retenir chez les jeunes ?

C'est une question difficile car si l'on se fie à l'OMS, il faudrait prôner une abstinence avant 18 ans. Au vu de la surexposition du produit et des pratiques actuelles, cela ne semble pas possible. Être coercitif ne semble pas être la réponse, car nous l'avons vu, cela majore les consommations et pousse à la transgression.

De même une consommation excessive pour un adulte peut être vue comme « normale » pour un adolescent.

Le rôle du médecin traitant est ainsi majeur. L'enjeu n'est pas de se cantonner à des seuils de consommation quantitatifs mais bel et bien d'apprécier la nature du lien qui existe entre le jeune et le produit. La recherche des facteurs de risque de bascule dans un mésusage est cruciale, de même que l'évaluation de l'évolution des consommations.

Synthèse

De nombreux outils sont à la disposition des médecins généralistes, premiers acteurs du dépistage en soins primaires, pour repérer et prendre en charge le mésusage d'alcool.

Les tests biologiques ne sont pas des outils de dépistage mais sont utiles dans une démarche diagnostique lorsque la suspicion existe.

De nombreux questionnaires, courts et adaptés à la population jeune peuvent permettre d'identifier les sujets à risque en médecine générale.

Les interventions brèves constituent le traitement le plus efficace pour traiter le mésusage en population générale, y compris chez les jeunes qui nécessitent des précautions supplémentaires lors de leur visite en consultation.

VII- Objectif principal et secondaires de l'étude.

La consommation d'alcool peut engainer des conséquences dévastatrices, d'autant plus chez les jeunes qui présentent des consommations précoces et importantes. Malgré cela, l'alcool garde une image positive et festive, témoin de son rôle de socialisation et de son importance culturelle historique en région Alsace. La prévention et le dialogue semblent être les meilleurs moyens d'agir précocement pour poursuivre la tendance à la baisse des consommations d'alcool.

Le médecin généraliste est le professionnel de santé le plus consulté par les jeunes. Il est donc tout indiqué pour remplir ce rôle d'acteur de prévention et de dépistage.

L'objectif de la présente étude était d'identifier comment les médecins généralistes dépistent le mésusage d'alcool chez leurs jeunes patients.

Les objectifs secondaires consistaient à mettre en évidence les facilités et les freins au dépistage, permettant ainsi de rechercher des pistes d'amélioration en terme de qualité de prévention.

MATERIEL ET METHODES

I/ POPULATION ET DONNEES

I.A POPULATION CIBLE

I.A.1 Critères d'inclusion

Nous avons inclus dans notre étude tous les médecins généralistes en exercice, installés ou remplaçants, thésés ou non thésés, exerçant en Alsace volontaires et répondant au questionnaire en ligne sur la période du 23/09/2020 au 23/12/2020.

I.A.2 Critères d'exclusion

Ont été exclus par le mode de recrutement les médecins présentant les critères suivants :

- exercice sur un autre département
- médecin retraité
- impossibilité de répondre au questionnaire : absence d'ordinateur, absence d'adresse mail

Aucun questionnaire n'a été exclu après réception.

I.B/ COLLECTE DES DONNEES

I.B.1 Envoi du questionnaire

Du fait de l'impossibilité pour l'ordre des médecins de diffuser de tels travaux, nous avons adressé par mail un lien vers notre questionnaire aux médecins installés ou remplaçants, thésés ou non thésés, exerçant en Alsace via les réseaux sociaux et plusieurs représentants de syndicats de médecins généralistes : URPSML, Reagjir, MGFrance Alsace et CSMF.

L'effectif précis de médecins représentés par ces instances est difficile à estimer car l'accès aux

listes d'adhérents ne pouvait pas nous être communiqué ; à titre d'exemple, MGFrance représente plus de 1200 médecins alsaciens. De même il est possible que certains médecins soient adhérents à plusieurs syndicats mais là encore, nous n'avions pas cette information.

Les médecins pouvaient à leur tour transférer le questionnaire à leurs confrères tant que ceux-ci respectaient les critères d'inclusion à savoir être médecin généraliste quelque soit l'activité et exercer en Alsace.

Les envois ont été renouvelés à 3 reprises : au bout de deux semaines le 07/10, un mois le 21/10 et un mois et demi le 09/11.

I.B.2 Recueil de données personnelles

Les données personnelles collectées comprenaient le sexe, l'âge, le mode d'exercice, le lieu d'exercice (à savoir rural, semi rural, semi urbain ou urbain), la parentalité, le nombre d'enfants et leur âge, la validation de formations dans le domaine de l'addictologie, de la pédiatrie ou de la médecine de l'adolescent.

Les adresses mail, nom, prénom ou date de naissance complets n'ont pas été collectés ni visibles à aucun moment de l'étude.

L'accès à la consultation de ces données a été restreint à l'auteur de cette thèse et à sa directrice.

I.B.3 Le questionnaire (annexe 1)

Notre étude s'intéresse au dépistage du mésusage d'alcool chez les jeunes par les médecins généralistes.

Les médecins étaient interrogés sur leur pratique actuelle de prévention et de dépistage des consommations d'alcool problématiques chez leurs jeunes patients.

Le questionnaire a été rédigé dans un format numérique au moyen de la version gratuite du site webquest. Le site hébergeur webquest est adapté à toutes les plate-formes numériques et tous les systèmes d'exploitation.

Chaque questionnaire accepte jusqu'à 5000 réponses et permet un format de questions très varié et parfaitement lisible par l'utilisateur. Le questionnaire n'est plus réalisable 90 jours après réception de la dernière réponse et les données sont effacées conformément à la politique de l'hébergeur.

I.B.3.a Définition des termes

En tenant compte des évolutions sociétales expliquées en introduction, les patients jeunes ont été définis comme étant âgés de 10 à 24 ans. (61)

Pour plus de clarté, nous avons rappelé en introduction du questionnaire la définition des normes OMS de consommation, ainsi que des termes « usage à risque », « usage nocif », « dépendance », « trouble lié à l'usage d'alcool », « API » en se basant sur les définitions du DSM5 et de la SFA . Ces définitions restaient consultables pendant la réalisation du questionnaire.

I.B.3.b Contenu du questionnaire

Les questions ont été rédigées à partir des données de la littérature.

La première version du questionnaire a été modifiée et enrichie par la relecture de trois docteurs en médecine générale dont la directrice de la présente étude. Les remarques formulées ont permis d'en établir la version définitive qui se trouve en annexe. (Annexe 1)

Il s'agissait d'un auto-questionnaire, individuel, comportant 31 questions ouvertes et fermées, à réponse unique ou multiple. Les médecins devaient obligatoirement répondre à chacune des

questions pour valider le questionnaire, excepté l'âge des enfants.

Il comprenait 5 parties indépendantes :

1-données socio-professionnelles

Cette partie portait sur l'activité générale du médecin répondeur, sur le nombre de jeunes rencontrés en consultations, ainsi que sur des questions plus privées comme le fait d'avoir des enfants ou d'avoir participé à des formations ; en somme ce qui pourrait modifier la prise en charge des jeunes patients vus en consultation.

Le lieu d'activité a été classé en rural, semi-rural, semi-urbain et urbain. Ces termes sont arbitraires, mais sont plus parlants que la nouvelle dénomination de l'INSEE en degré d'urbanisation : Sur le territoire de chaque commune, on estime la population communale qui réside dans une maille urbaine :

- Si la part de cette population urbaine sur la population totale de la commune est supérieure à 50 %, la commune est considérée comme étant urbaine ou intermédiaire ;
- Si elle est inférieure ou égale à 50 %, la commune est considérée comme rurale

Les deux termes « semi-rural » et « semi-urbain » n'ont pas de définition stricte et sont liés en grande partie à l'appréciation du répondant. Ils pourraient se regrouper sous l'idée de commune peu dense ou de densité intermédiaire ou encore la dénomination de bassin de vie intermédiaire qui a vu le jour en 2012 mais n'est encore pas bien connue des professionnels de santé (187,188). Nous pensons néanmoins que ces deux termes permettent d'appréhender une réalité de terrain et avons donc fait le choix de laisser les répondants se positionner selon leur appréciation et leur ressenti.

2-questions sur le dépistage réalisé actuellement en cabinet

Il s'agissait ici de connaître l'état des lieux du dépistage : l'âge estimé attendu du premier

dépistage, la différenciation faite par les médecins entre leurs patients garçons et filles,...

3-facilités et freins au dépistage

Il s'agissait ici d'appréhender quelques représentations mentales chez les médecins ; de comprendre les freins et les facteurs favorisant le dépistage.

Nous ne nous sommes pas étendus sur ce chapitre car plusieurs thèses qualitatives existantes ont déjà mis en évidence des éléments de réponse à ces questions et la variabilité inter régionale semblait faible.

4-connaissance et utilisation de supports pré-existants

Il s'agissait ici de connaître l'usage que font les médecins de certains supports et moyens de dépistage du risque alcool.

5-pistes pour l'amélioration du dépistage

Pour cette dernière partie, l'objectif était de proposer des moyens d'améliorer le dépistage : consultation dédiée, revalorisation par la sécurité sociale, documents à disposition, formation,... et de définir ce qu'en attendraient les médecins généralistes.

Enfin une partie « remarques » était disponible en fin de questionnaire, pour permettre aux médecins de faire remonter des interrogations, des explications sur leurs réponses ou envoyer un message à l'auteur de l'étude.

I.C CADRE REGLEMENTAIRE

I.C.1 Autorisations

Notre étude est inscrite au répertoire public des recherches dans le cadre de Méthode de Référence tenu par l'INDS (l'enregistrement d'une étude sous Méthodologie de Référence (MR) sous-entend que l'engagement de conformité a déjà été fait auprès de la CNIL).

La fiche est consultable à l'adresse suivante : <https://cil.unistra.fr/registre.html#proc-475>

Notre étude s'apparente à une étude « hors loi Jardé ». Un avis du CPP et comité d'éthique n'était donc pas strictement nécessaire mais a néanmoins été sollicité.

I.C.2 Consentement

Le consentement des médecins répondant au questionnaire n'a pas été recueilli par écrit car le remplissage du questionnaire était synonyme de consentement.

I.C.3 Anonymisation des données

Il n'y a pas eu de recueil d'information strictement identifiante au cours de cette étude. Aussi, une anonymisation individuelle par questionnaire n'a pas été réalisée. Les médecins répondants ont toutefois été notifiés de l'anonymat de leur réponse au questionnaire.

I.C.4 Gestion des données

Les questionnaires validés étaient disponibles pour l'auteur et la directrice de thèse durant 90 jours après la date de la dernière réponse.

Le site webquest, hébergé en France par OVH, respecte une politique de confidentialité qui

s'engage à n'utiliser ou vendre aucune donnée et à supprimer toutes les données à la désactivation des enquêtes. Cette politique de confidentialité est consultable à l'adresse suivante :

<https://webquest.fr/?rgpd> .

L'accès aux données en cours n'était disponible que par un compte personnel webquest en ligne, protégé par un mot de passe et un identifiant, connus du seul auteur de l'étude et de la directrice de thèse.

Le fichier excel de résultats était stocké sur l'ordinateur personnel de l'auteur de l'étude, protégé par un mot de passe connu uniquement de l'auteur de l'étude.

II METHODES

II.A Type d'étude

Il s'agit d'une étude épidémiologique observationnelle, transversale, semi-quantitative, multicentrique puisque ciblant tous les médecins généralistes et leurs cabinets en Alsace. Elle cible les pratiques actuelles.

II.B Date et lieu de l'étude

La diffusion des questionnaires s'est déroulée du 23/09/2020 au 23/12/2020. Les médecins inclus ont été les médecins généralistes adhérents à un syndicat de médecine générale, ou connaissances de ces mêmes médecins. Les données ont été récoltées et exportées dans un tableur excel le 23/12/2020 pour être analysées.

Les médecins répondeurs ont pu remplir le questionnaire au moment et à l'endroit qu'ils souhaitent tant qu'ils disposaient d'un accès internet.

La clôture du questionnaire a été effectuée le 23/12, après 3 relances, soit au bout de 3 mois de

disponibilité et 1 un mois après réception de la dernière réponse.

II.C Objectif principal

L'objectif principal de l'étude recherche la façon dont les médecins généralistes d'Alsace pratiquent le dépistage du mésusage d'alcool chez leurs jeunes patients entre 10 et 24 ans.

II.D Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires de notre étude comprennent :

- L'abord des freins et facilités au dépistage des consommations.
- L'identification de pistes d'amélioration des pratiques de dépistage des consommations d'alcool problématiques chez les jeunes de 10 à 24 ans inclus.

II.E Analyse statistique

Les données ont été classées dans un fichier Microsoft Excel®.

Les variables qualitatives ont été exprimées en effectif et en pourcentage. Les variables quantitatives ont été exprimées en moyenne et écart-type.

Les réponses aux questions à réponse numérique (cotation de 0 à 10) ont été présentées sous forme de moyenne et d'association à la représentation sémantique suivante :

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Très mauvais		Mauvais		Moyen	Bon		Très bon		

Les analyses statistiques ont montré que les variables descriptives de notre échantillon ne suivaient pas la loi normale (coefficient d'asymétrie >0). La comparaison de variables en

fonction d'autres a donc nécessité l'utilisation du coefficient de Pearson pour les variables quantitatives et d'autres tests, non paramétriques, tels que le Kruskal Wallis pour la comparaison de variables quantitatives et qualitatives.

Les tests statistiques ont été réalisés via le logiciel Shinystat du GMRC (Groupe de Méthodes en Recherche Clinique, des Hôpitaux universitaires de Strasbourg) pour les calculs des coefficients de Pearson ou Spearman pour mesure de la corrélation de variables quantitatives, du test exact de Fisher ou Chi 2 pour mesure de corrélation entre deux variables qualitatives et enfin du test de Kruskal Wallis pour la comparaison de variables quantitatives et qualitatives.

RESULTATS

I- Caractéristiques de la population étudiée

La description des caractéristiques de la population est résumée dans le tableau ci-après.

	Effectif	Pourcentage	Moyenne	Ecart-type
Genre				
Hommes	53	38		
Femmes	86	62		
Âge			41,09	13,48
27-39 ans	82	58,99		
40-49 ans	17	12,23		
50-59 ans	17	12,23		
60 ans et plus	23	16,55		
Nombre d'enfants			1,3	1,25
0	56	40,29		
1	15	10,79		
2	44	31,65		
3	19	13,67		
4	4	2,88		
5	1	0,72		
Enfants (données incomplètes)				
Parenté	83	59,7		
Âge du premier enfant			29,17	2,74
Type d'activité				
Libéral seul	87	62,59		
Salariat seul	11	7,91		
Mixte	9	6,48		
Remplaçant	32	23,02		
Zone d'activité				
Urbaine	53	38,13		
Semi-urbaine	23	16,55		
Semi-rurale	46	33,09		
Rurale	17	12,23		
Formation réalisée			0,55	0,9
Aucune	90	64,75		
1	33	23,74		
2	9	6,48		
3	4	2,88		
4	3	2,16		
Type de formation réalisée				
Médecine de l'adolescent	10	7,19		
Pédiatrie	37	26,62		
Psychiatrie	10	7,19		
Addictologie	19	13,67		
Jeunes vus en consultation par semaine			15,24	12,25
Hommes	732		14,38	8,59
Femmes	1355		15,77	14,06

Tableau 1 : Caractéristiques de la population étudiée.

1.A Répartition des tranches d'âge en fonction du sexe.

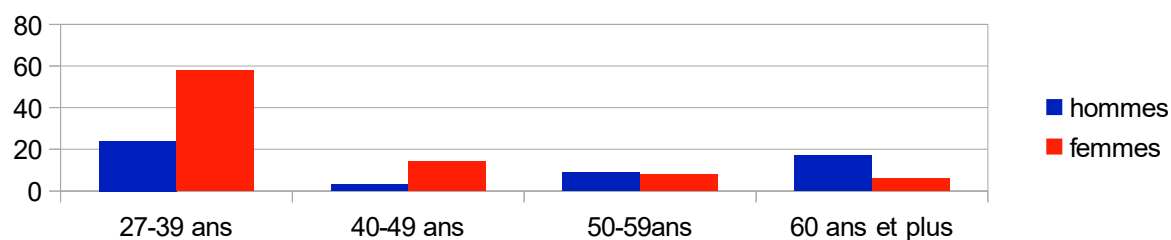


Figure 11 : Répartition des médecins répondants selon leur âge et leur sexe

Notre échantillon se composait de 86 femmes (62%) et de 53 hommes (38%).

L'âge minimal des répondants était de 27 ans et l'âge maximal, de 69 ans pour les hommes et 65 ans pour les femmes. La moyenne d'âge était de 41 ans, 46,83 chez les hommes et 37,56 chez les femmes.

Les jeunes médecins étaient la classe d'âge la plus représentée dans notre étude : ils correspondaient à 82 personnes, soit 59% des répondants. 24 étaient des hommes et 59 des femmes. 33 personnes, soit 23% des répondants avaient moins de 30 ans et étaient majoritairement des femmes (8 hommes pour 25 femmes).

I.B Parentalité

Tous sexes confondus, la parentalité concernait 83 répondants sur 139, soit 60% d'entre eux.

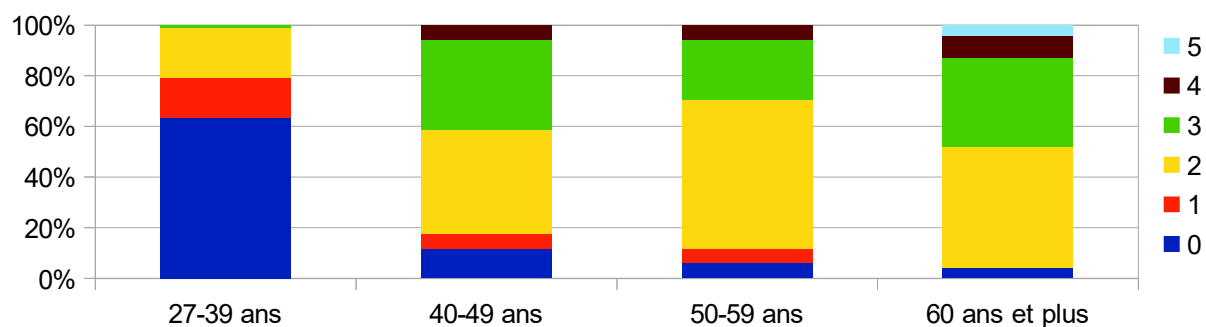


Figure 12 : Répartition du nombre d'enfants par tranche d'âge de médecin répondant, tous sexes confondus.

On note, logiquement, que plus les médecins étaient âgés et plus ils avaient d'enfants. Néanmoins, l'âge du premier enfant est sensiblement le même pour tous les parents, qu'ils soient âgés ou non et est en moyenne de 29,17 ans pour l'ensemble des 139 répondants et ne varie pas avec le sexe.

Par sexe, nous avons obtenu les données suivantes :

On comptait plus de pères (75,47%) que de mères (50,00%)

A partir de 60 ans, les répondants hommes avaient au moins deux enfants.

10% des femmes dans chaque tranche d'âge n'avait pas d'enfant.

I.C Activité

I.C.1 Type d'activité

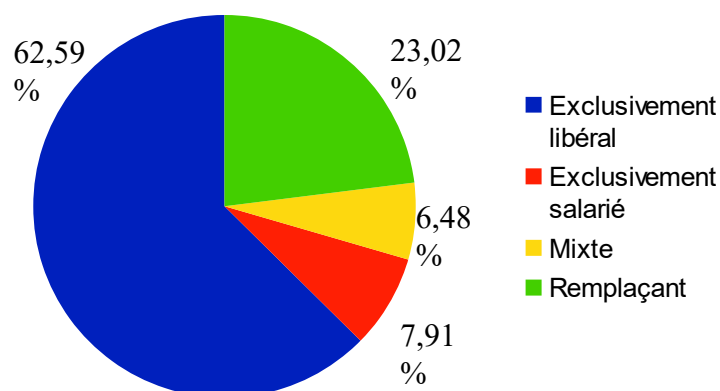


Figure 14 : Type d'activité exercée par les répondants.

Si l'on regarde l'âge des répondants en fonction de l'activité et du sexe des répondants, nous avons obtenu les résultats suivants :

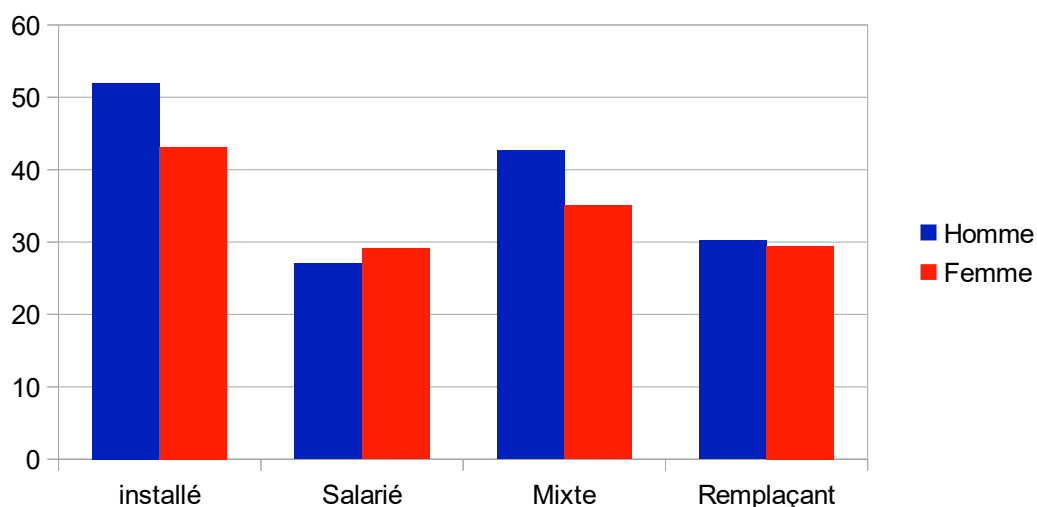


Figure 15 : Moyenne d'âge par type d'activité.

Il n'y avait pas de franche différence homme-femmes. La moyenne d'âge des installés était de 47,57 ans (52 pour les hommes et 43,14 pour les femmes) et était plus élevée que celle des autres types d'activité. Seule une remplaçante avait plus de 39 ans.

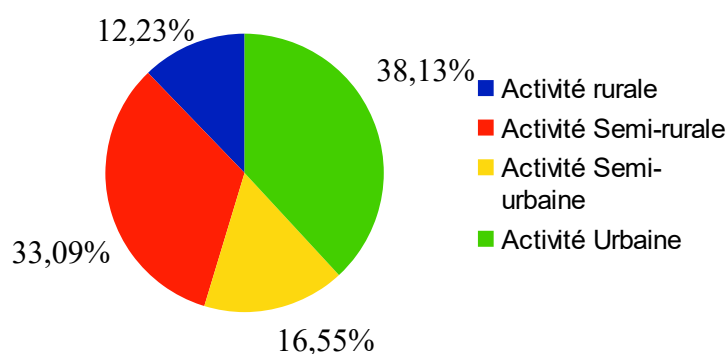


Figure 16 : Répartition du lieu d'activité professionnelle

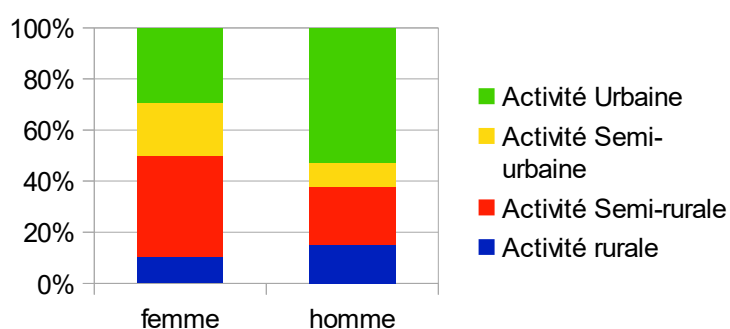


Figure 17 : Répartition du lieu d'activité selon le sexe

L'activité rurale était minoritaire et représentait 12,23% des lieux d'exercice des répondants.

52,83% des hommes répondants avaient une activité urbaine contre 32,56% des femmes. Ces dernières avaient une activité intermédiaire dans 60,47% des cas.

I.D Nombre de jeunes vus en consultation

Par semaine, les répondants ont déclaré avoir vu en moyenne 15 jeunes de 10 à 24 ans ; 15,76 pour les femmes et 14,38 pour les hommes. On n'observait pas de modification significative de

cet effectif en fonction de l'âge des répondants (Coefficient de Pearson -0.091 IC95% [-0.254 ; 0.077]), de leur lieu d'exercice (test non paramétrique de Kruskal Wallis $p=0,5196$), de leur type d'exercice (test non paramétrique de Kruskal Wallis $p=0,1915$), de leur parentalité (Coefficient de Pearson -0.071, IC95% [-0.234 ; 0.097]) ou encore des formations effectuées (Coefficient de Pearson -0.054, IC95% [-0.219 ; 0.113]).

I.E Formations réalisées

La majorité des répondants (89/139) n'avait effectué aucune formation complémentaire dans notre large domaine d'étude.

La pédiatrie obtenait les faveurs des répondants puisque parmi les 50 personnes ayant participé à des formations complémentaires, 37 l'avaient fait dans le domaine de la pédiatrie, soit 74%. Parmi les 16 personnes ayant réalisé au moins deux formations, 14 d'entre elles s'étaient formées en pédiatrie.

L'addictologie venait en seconde position avec 38% des personnes ayant participé aux formations, puis à égalité la psychiatrie et la médecine de l'adolescent qui avaient été effectuées par 20% des participants aux formations.

II État des lieux du dépistage

II.A Conviction d'être l'acteur privilégié du dépistage

A la question « Pensez-vous être l'acteur le mieux placé pour dépister un mésusage d'alcool chez vos jeunes patients ? » nous avons observé les résultats suivants :

La moyenne était de 7,34, avec un écart type de 1,92. En terme sémantique cela équivalait à dire que les répondants estiment être l'acteur le mieux placé pour le dépistage avec un indice de

confiance côté « bon ». Les tests réalisés ne montraient pas de corrélation avec l'âge, le sexe ou encore le nombre de formations réalisées ; ni même avec le mode d'activité du répondant.

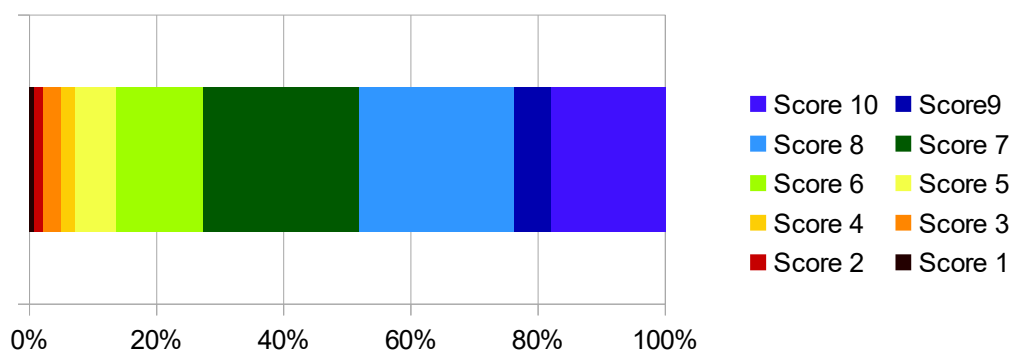


Figure 18 :Conviction d'être le meilleur acteur de dépistage du mésusage d'alcool

En terme de pourcentages, on voit que les valeurs 7 et 8 étaient les plus choisies. Des scores >7 qui signifient une très bonne confiance en l'idée d'être le plus à même de dépister ont été retrouvés chez 48,2% des répondants. Un score de 10 a été donné par 17,99% des répondants (17,44% des femmes et 18,87% des hommes). Des scores inférieurs à 3 n'ont été en revanche répondus que par seulement trois personnes, uniquement des femmes, entre 30 et 40 ans. Un score médian de 5 indiquant plutôt une indécision a été donné par 6,48% des répondants.

A la question de savoir qui, si ce n'est pas eux-mêmes, serait le mieux à même de dépister un mésusage d'alcool, deux réponses ont été données : les parents et les acteurs du milieu scolaire (infirmière ou médecin scolaire). Un répondant a également fait la remarque que la multiplicité des acteurs serait bénéfique dans le dépistage. Un autre a énoncé qu'à son avis, l'acteur le mieux placé serait un spécialiste de la question, sans lien avec la famille.

II.B Âge pour débiter le dépistage chez les jeunes.

Nous avons divisé cette question en deux, pour mesurer une éventuelle différence de réponses

selon le sexe du jeune vu en consultation.

Nous avons obtenu les résultats ci dessous, pour les garçons à gauche et les filles à droite :

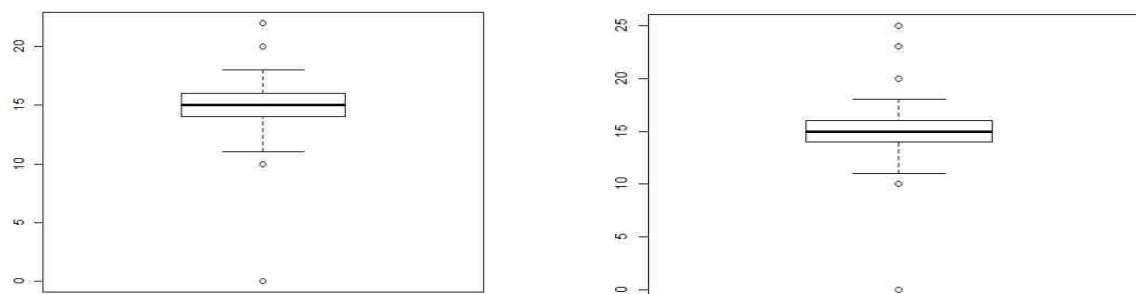


Figure 19 : Âge du jeune (homme à gauche et femme à droite) pour lequel un dépistage du mésusage d'alcool est initié, en années.

Les répondants ont donné un âge de début de dépistage à 14,66 ans (écart type 2,51) en moyenne pour les garçons et 14,87 ans (écart type 2,77) pour les filles.

Le minimum était à 0 dans les deux sexes, donné par les 2 mêmes répondants et le maximum à 22 ans pour les garçons et 25 ans pour les filles.

15 répondants ont donné des résultats discordants sur les deux réponses. Parmi eux, 3 ont donné un chiffre plus élevé aux garçons (15ans versus 14ans pour les filles). Les autres auraient donc fait débiter le dépistage plus tardivement chez les filles, de 2 ans en moyenne.

Nous n'avons pas observé de corrélation entre ces réponses et les caractéristiques de la population. Il existait par contre une corrélation entre les deux réponses de cette question: avec un coefficient de Pearson positif à 0,945, il apparaît que plus il a été répondu un chiffre élevé à l'un ou l'autre de ces deux items et plus l'autre était également élevé. Les médecins ne semblaient donc pas faire de différence entre leurs patients garçons et filles en matière d'âge pour le dépistage d'un mésusage d'alcool.

La question similaire a été posée concernant les épisodes d'API : « à partir de combien d'épisodes mensuels seriez-vous alerté ? ». Nous avons obtenu les résultats suivants :

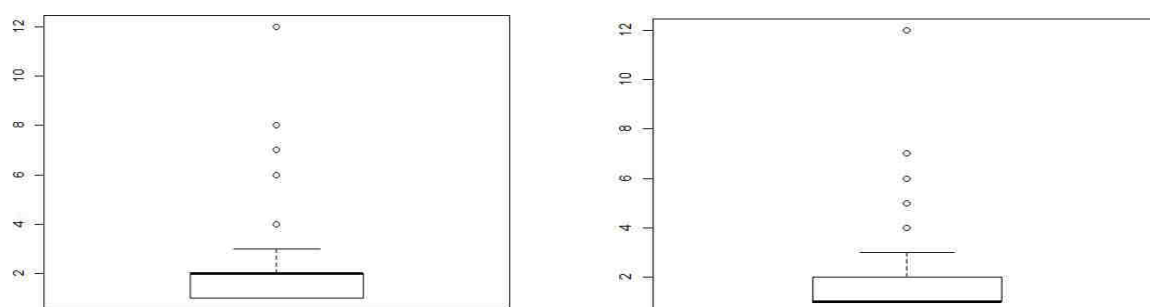


Figure 20 : Nombre d'API alertant un praticien sur un potentiel mésusage de son jeune patient (patient garçon à gauche et patient fille à droite).

La moyenne pour les garçons à gauche était de 1,97/mois (écart-type 1,51) et pour les filles à droite de 1,91/mois (écart-type 1,43). Il est intéressant de noter qu'une des réponses était plus extrême que les autres puisque nous avons observé une alerte de ce répondant à partir de 12 épisodes d'API par mois. Sans ce résultat, les moyennes tombent respectivement à 1,89 et 1,83 épisodes par mois. Plus de 50% des répondants ont notifié être alertés dès l'occurrence d'un épisode d'API par mois. A contrario, 12,95% des répondants seraient alertés à partir de 4 épisodes mensuels à la fois chez les filles et les garçons, soit une API par semaine.

Parmi les 10 répondants aux notations discordantes entre garçons et filles, 9 exprimaient qu'un nombre d'API moindre chez les filles suffirait à les alerter.

D'après les tests statistiques, il existe des corrélations négatives très faibles mais significatives entre le nombre d'épisodes d'API répondu et l'âge des répondants (Pearson = -0,35 dans les deux sexes), le nombre de formations effectuées (Pearson = -0,16) ou encore le fait d'avoir des enfants (Pearson = -0,26). Cela veut donc dire que plus les répondants sont âgés et plus ils seront alertés par un nombre d'API faible. Même constat plus le répondant a effectué des formations ou s'il est parent.

II.C Interrogatoire en consultation

Les médecins ont été interrogés sur la fréquence de leur dépistage en consultation, à la fois auprès de leurs jeunes patients, mais aussi auprès de leurs parents.

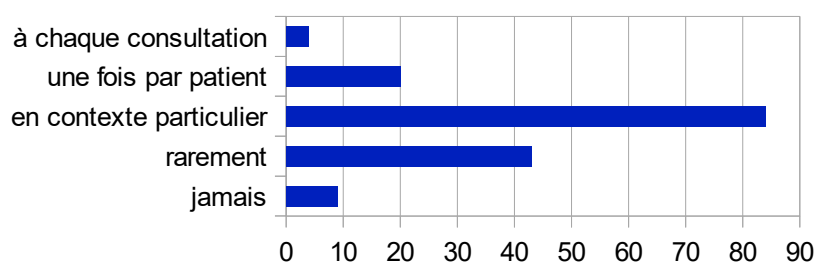


Figure 21 : Fréquence de l'interrogatoire des consommations auprès des jeunes patients.

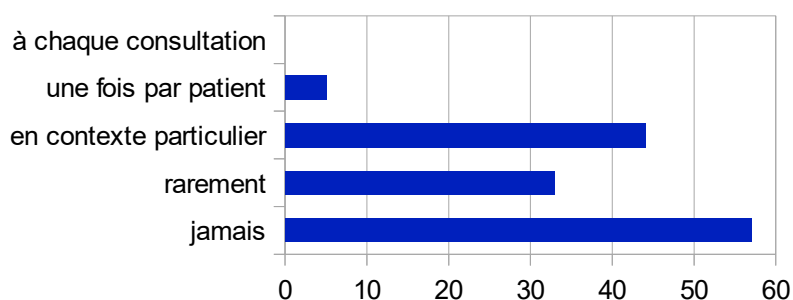


Figure 22 : Fréquence de l'interrogatoire des consommations d'alcool des jeunes auprès de leurs parents (en effectif).

Concernant l'interrogatoire des jeunes de 10 à 24 ans vus en consultation, les réponses n'ont pas été tranchées puisque certains ont donné plusieurs réponses : parmi ceux qui ont répondu « une fois par patient », ils étaient 7 à ensuite interroger leurs patients « dans un contexte particulier ». Il en était de même pour ceux qui les interrogent rarement : parmi ces 43 répondants (30,94%), 14 ont dit pousser l'interrogatoire « dans un contexte particulier ». La grande majorité des répondants (84/139 soit 60,43%) interrogeait ses patients uniquement en contexte particulier. Nous n'avons pas trouvé de corrélation évidente statistiquement significative entre les caractéristiques de la population et les réponses à cette première question. Néanmoins, il

apparaît que sur les 9 personnes ayant répondu ne jamais interroger leurs patients sur leurs consommations d'alcool, 8 d'entre elles n'avaient effectué aucune formation dans le domaine.

Concernant la deuxième question portant sur l'interrogatoire des parents, les avis étaient plus tranchés et nettement décalés vers la partie inférieure du graphique, signifiant peu d'interrogatoires. 90 répondants sur 139 (64,75%) ont exprimé ne jamais ou rarement interroger les parents de leurs patients, alors qu'ils étaient 6 à avoir répondu précédemment que les parents étaient pour eux le meilleur acteur du dépistage. Nous avons relevé une corrélation positive entre l'âge des répondants et la fréquence plus élevée de l'interrogatoire des parents (Kruskal-Wallis $p=0,019$). Certaines comparaisons (nombre de formations effectuées) n'ont pu aboutir devant un nombre trop faible de répondants dans certaines catégories.

III Facilités et freins au dépistage.

III.A Capacité à aborder les jeunes patients sur la question de l'alcool.

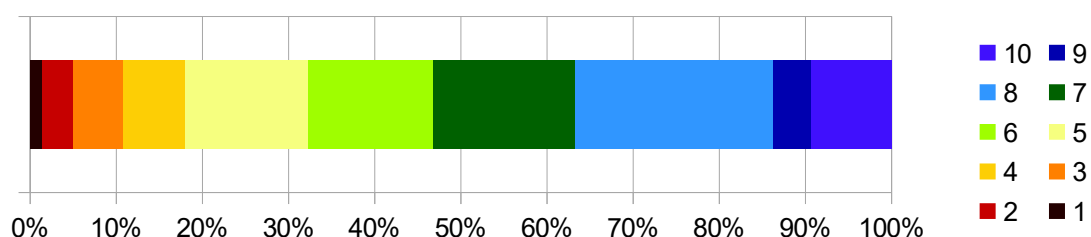


Figure 23 : Capacité du praticien à être à l'aise pour aborder la problématique alcool chez un jeune patient.

A la question «Comment vous sentez-vous à l'idée d'aborder les consommations d'alcool avec vos patients jeunes de 10 à 24 ans? (1 pas du tout à l'aise / 10 très à l'aise) » la moyenne des réponses était de 6,45 (écart type 2,16); la médiane se situant à 7.

Si l'on fait correspondre les valeurs ordinales à une valeur sémantique, nous avons obtenu que 5,04% des répondants ne se sentaient pas du tout à l'aise (scores 1 et 2), 12,95% ne se sentaient

pas à l'aise (scores 3 et 4), 14,39% étaient indécis ou ne savaient pas quoi répondre (score 5), 30,94% se sentaient à l'aise (scores 6 et 7) et enfin 36,69% se sentaient très à l'aise pour aborder la question des consommations d'alcool (scores 8, 9 et 10 avec une grande majorité de 8).

D'après les tests statistiques, il existe une corrélation positive entre la sensation d'être à l'aise et l'âge du répondant (Pearson 0,323 ; IC95% [0,165;0,464]) et le nombre d'enfants du répondant (Pearson 0,287 ; IC95% [0,126;0,433]). Plus le médecin est âgé ou plus il a d'enfants et plus il est à l'aise pour dépister.

A la seconde question de ce thème, nous avons demandé aux répondants s'ils avaient tendance à fuir la question de l'alcool alors même qu'une suspicion forte de mésusage existe.

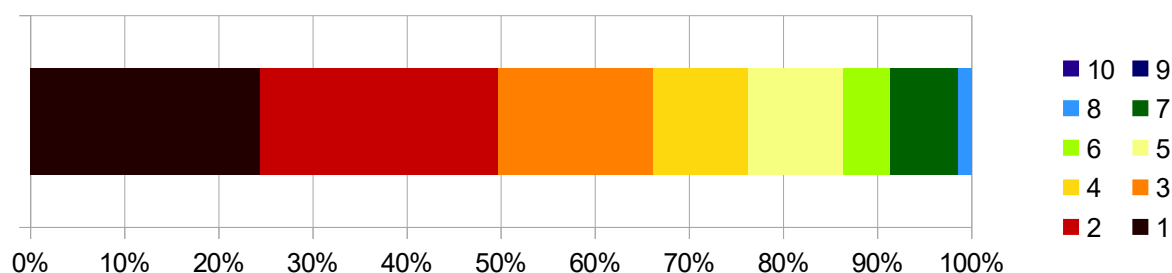


Figure 24 : Tendance à éviter la problématique alcool en consultation chez un jeune patient lorsqu'une suspicion de mésusage existe.

Les valeurs ordinales allaient de 1 = jamais à 10 = toujours ; en conversion sémantique on pourrait donner les équivalences suivantes : scores 1 et 2 = jamais à rarement ou dans moins de 20% des cas ; scores 3 et 4 = parfois ou dans moins de 40% des cas ; score 5 = indécis ou une fois sur deux ; scores 6 et 7 : souvent ou dans 60 à 70% des cas ; scores 8 à 10 : presque toujours à toujours : dans 80 à 100% des cas.

Nous avons obtenu une moyenne à 3,07 (écart type 1,93) avec un minimum de 1 et un maximum

de 8.

49,64% des répondants n'évitaient jamais ou très rarement la problématique s'ils suspectaient fortement un mésusage. Au contraire 1,44% l'évitait presque toujours. 13,67% des répondants avaient des scores supérieurs à 5 et avaient tendance à éviter la problématique.

Il existe une corrélation négative entre ces deux questions : plus on est à l'aise dans le domaine et moins le score d'éviction sera grand (Pearson -0,412 ; IC95% [-0,542;-0,264]).

III.B Freins au dépistage

On notera 1 : n'est pas un frein au dépistage et 10 : est un frein majeur au dépistage.



Figure 25 : Freins au dépistage du mésusage d'alcool chez les jeunes ; cotation de 0 à 10.

Cette question a été abordée qualitativement dans de nombreuses thèses sur le sujet et nous avons retrouvé des résultats comparables : les deux principaux freins au dépistage semblaient être la présence parentale en consultation (moyenne 7,65, écart type 2,41) et le manque de temps (moyenne : 5,65, écart type 2,82) . Nous avons remarqué que les scores 8, 9 et 10 représentaient plus de 30% des réponses et les scores 1,2 et 3 moins de 30% des réponses. Venaient après la

peur de mettre mal à l'aise le patient (moyenne 4,35, écart type 2,61), le manque de formation/ sentiment de ne pas être compétent (moyenne 4,41, écart type 2,76) et l'absence de supports (moyenne 4,20, écart type 3,01). Néanmoins avec des moyennes inférieures à 5, nous ne pouvons pas les considérer comme étant des freins au dépistage dans notre échantillon.

Nous avons remarqué que 5,76% des répondants manquaient d'intérêt pour la question du dépistage du mésusage d'alcool chez leurs jeunes patients. La majorité de ces répondants avait un score inférieur à 4 à la question « Comment vous sentez-vous à l'idée d'aborder les consommations d'alcool avec vos patients jeunes de 10 à 24 ans? (1 pas du tout à l'aise / 10 très à l'aise) ».

Il est intéressant de noter qu'il existait statistiquement une corrélation positive entre la réponse « manque de temps » et les réponses « manque de formation » ($p=0$), « absence de support » ($p=0$) et la « peur de mettre mal à l'aise le patient » ($p=0,0011$). De même la réponse « présence parentale » était positivement corrélée à « abord de la sphère intime » ($p=0,0003$), « manque de formation » ($p=0,03$), « peur de mettre mal à l'aise le patient » ($p=0,02$).

Sur le plan des caractéristiques de la population, nous avons observé une corrélation positive entre le « manque de temps » et le « nombre de jeunes vus en consultation chaque semaine » ($p=0,0215$) et une corrélation négative avec l'âge des répondants ($p=0,0114$) et le « nombre de formations effectuées » ($p=0,0137$).

Il est intéressant de noter qu'il existait une corrélation positive entre le fait d'éviter la problématique et les items « peur de dépister un mésusage », « peur de mettre mal à l'aise le patient », « manque de temps » et « manque de formation, sentiment de ne pas être compétent », alors qu'on ne retrouvait pas de lien statistique avec le nombre de formations réalisé ou l'âge des répondants.

III.C Facilités au dépistage

Nous avons interrogé les médecins sur 15 items issus de la littérature ou d'idées reçues en population générale. Les résultats étaient les suivants :

On notera 1 : n'est pas un facteur facilitant le dépistage et 10 : est un facteur facilitant majeur.

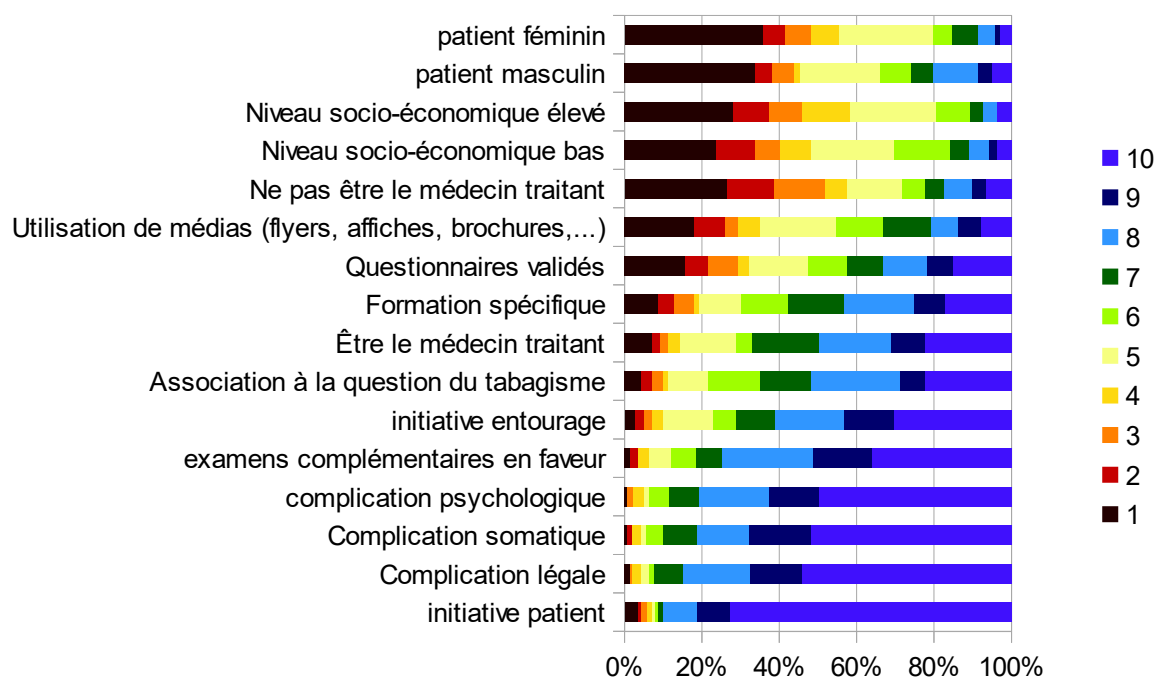


Figure 26 : Facteurs facilitant le dépistage du mésusage d'alcool chez les jeunes, cotation de 0 à 10.

Le premier facteur favorisant le dépistage était celui de l'initiative du patient. La moyenne des réponses était à 9,06 (écart type 2,15). Néanmoins, 7,19% des répondants n'en faisaient pas du tout une aide au dépistage (scores inférieurs à 4). L'initiative de l'entourage était quant à elle moins valorisée, avec une moyenne à 7,58 (écart type 2,43).

Se sont ensuite succédés les 3 items sur les complications avec des moyennes de 8,76 (1,81), 8,66 (1,81) et 8,83 (1,79) pour les complications somatiques, psychologiques et légales respectivement. Plus de 80% des répondants avaient inscrit un score supérieur à 7 et voyaient donc dans ces complications un accès facile au dépistage. Ces items font partie de ce que nous

appelions précédemment des « contextes particuliers » de dépistage.

Ensuite, nous avons retrouvé la notion « d'examen complémentaire en faveur » puis « l'association à la question du tabagisme » avec une moyenne de 8,16 (2,09) et 7,13 (2,43) respectivement . Enfin, le fait d'être le médecin traitant semblait également être un critère favorisant le dépistage avec près de 50% des répondants qui ont noté un score supérieur à 7 (moyenne à 6,99).

Au contraire, le fait de ne pas être le médecin traitant a donné des résultats très mitigés avec une majorité de répondants qui n'en faisaient pas une réponse favorable et une moyenne à 4,09. Nous n'avons pas observé de lien entre le fait de valoriser le caractère « médecin traitant » et le moment du dépistage (à chaque consultation, une fois par patient, dans un contexte particulier).

L'expérience de formations spécifiques était assez faiblement valorisée et a obtenu une moyenne de 6,54, de même que la présence de questionnaires validés (moyenne 5,65).

Le sexe du patient et le niveau socio-économique ne semblaient pas influencer ni faciliter le dépistage de nos répondants : les moyennes étaient sensiblement les mêmes et inférieures à 5. On peut néanmoins noter que les répondants étaient plus de 20% à donner un score supérieur à 7 à l'item « patient masculin », contre 8,63% pour l'item « patient féminin ».

En terme de corrélations, il n'y avait pas de lien évident entre les critères « initiative du patient » ou de l'entourage et les caractéristiques de la population.

La valorisation des formations et des questionnaires était négativement corrélée à l'âge ($p=0,0271$) et à la sensation d'être à l'aise dans le domaine (uniquement pour l'item « formations spécifiques ; $p=0,014$) : plus le répondant est âgé et moins le fait de faire des formations ou avoir des questionnaires validés à portée de main semble faciliter le dépistage. Néanmoins il n'y avait pas de lien évident entre ces items et le nombre de formations réalisées par le répondant : les répondants ayant effectué plusieurs formations n'ont pas rapporté qu'effectuer une formation

facilitait plus le dépistage que leurs homologues en ayant effectué une seule.

Les complications somatiques et psychologiques étaient positivement corrélées au fait de penser être le meilleur acteur de ce dépistage ($p=0,012$ et $p=0,0038$ respectivement).

Le caractère « médecin traitant » ne semblait relié à aucune des caractéristiques de la population.

IV Moyens du dépistage

Les médecins ont été interrogés sur leur connaissance de supports pouvant les aider à dépister d'avantage ainsi que sur leur utilisation de ceux-ci. Enfin, il leur a été demandé ce qu'ils avaient l'habitude d'utiliser pour le suivi d'un mésusage d'alcool à condition qu'ils aient déjà rencontré cette situation chez un jeune patient.

Concernant leur connaissance de divers supports liés au dépistage, nous avons obtenu les résultats suivants :

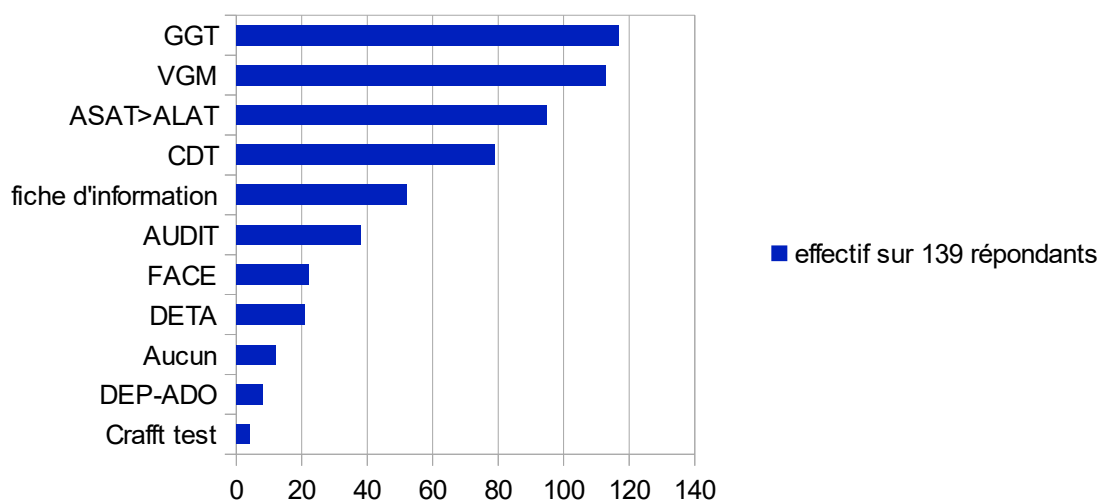


Figure 27 : Connaissance de supports pour le dépistage du mésusage d'alcool chez les jeunes.

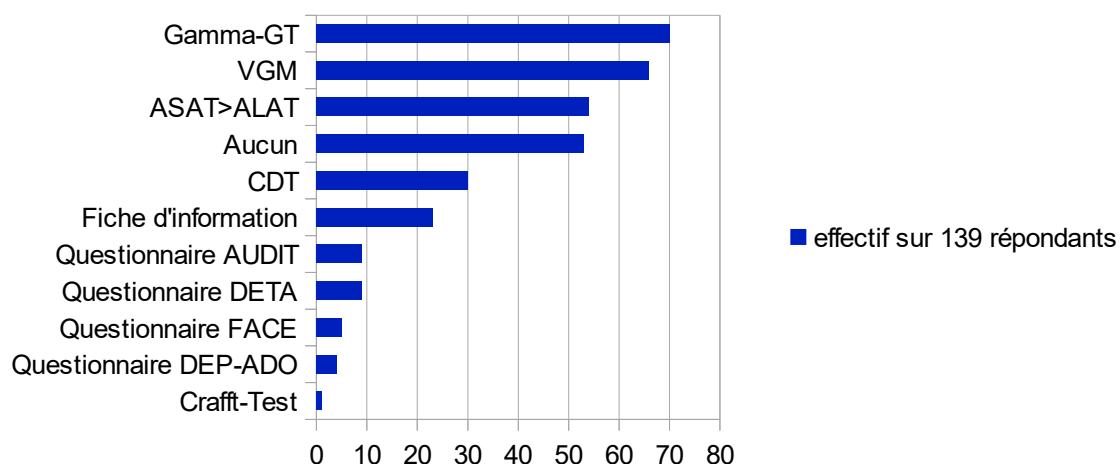


Figure 28 : Utilisation de supports pour le dépistage du mésusage d'alcool chez les jeunes.

Par ordre décroissant : 84,17% des répondants connaissaient les Gamma-GT, et 51,08% les utilisaient pour dépister. 81,30% connaissaient le VGM et 47,48% l'utilisaient ; 68,35% connaissaient les transaminases (notamment avec ASAT>ALAT) et 38,13% les utilisaient et enfin 56,83% connaissaient la CDT et 22,30% l'utilisaient.

Les questionnaires et fiches d'information étaient loin derrière : moins de 30% des répondants connaissaient l'AUDIT et moins de 25% connaissaient les questionnaires DETA et FACE. Le CRAFFT test et le DEP-ADO, qui sont les seuls tests validés chez l'adolescent semblaient inconnus, avec respectivement 2,88% et 5,76% des répondants qui disaient les connaître. L'utilisation des questionnaires était encore plus faible : seuls 16,55% utilisaient des questionnaires et 4,32% n'utilisaient que cela comme support.

Le CRAFFT Test était utilisé par 1 seul répondant et le DEP-ADO par 4. L'AUDIT n'était utilisé que par 10 répondants, soit 7,19% des répondants.

Parmi ces 5 personnes utilisant les tests validés chez la population jeune, toutes avaient une activité libérale exclusive et une seule avait bénéficié d'une formation complémentaire.

23 répondants n'utilisaient que des fiches d'information en salle d'attente ; soit un peu plus de 16% des interrogés.

53 répondants, soit 38,12% des répondants disaient n'utiliser aucun support en dehors de l'interrogatoire.

La connaissance et l'utilisation de questionnaires ou l'absence d'utilisation de supports ne semblait pas corrélée à des caractéristiques spécifiques de la population. On notera néanmoins que parmi les 53 répondants n'utilisant aucun support, 20 avaient effectué une formation complémentaire. Il n'y avait pas de lien statistique évident entre le fait de n'utiliser aucun support et le fait que le manque de temps puisse être un frein au dépistage.

Le suivi du dépistage d'un mésusage a été réalisé comme suit :

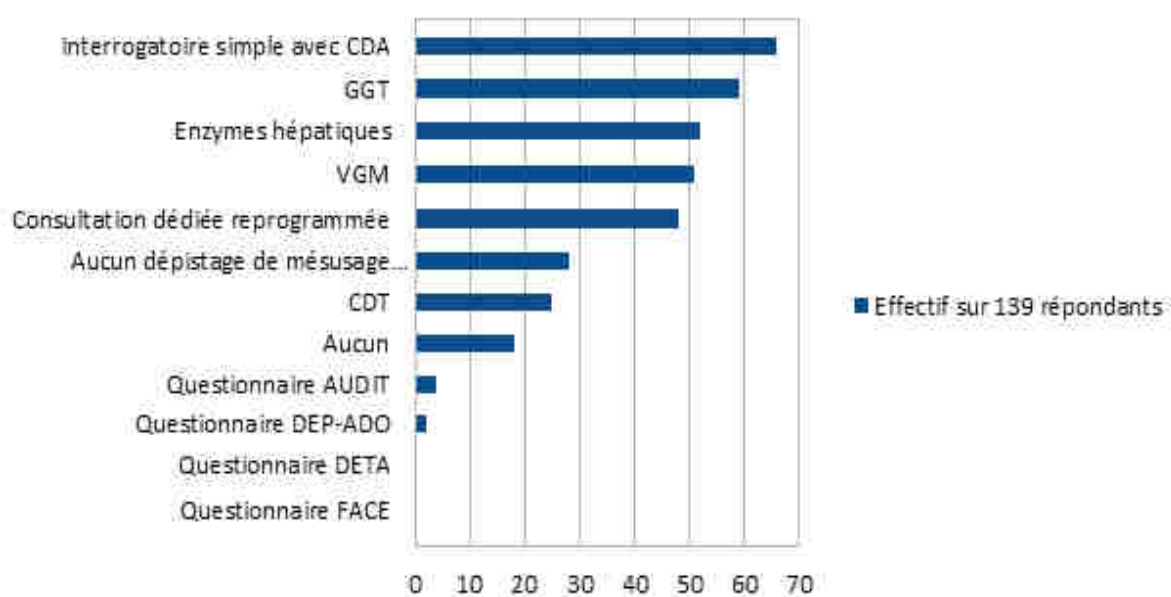


Figure 29 : Utilisation de supports pour le suivi des jeunes patients ayant un mésusage d'alcool.

Nous avons observé que 28 répondants disaient n'avoir jamais dépisté de mésusage d'alcool chez leurs jeunes patients. Cela voudrait donc dire que 111 avaient eu affaire à ce problème.

Malgré cela, ils étaient 17 sur ces 111 personnes, soit un peu plus de 15% à donner la seule réponse « aucun » en terme de suivi.

Ils n'étaient que 46 sur 111 soit 41,44% à reprogrammer une consultation dédiée au problème.

Lors du suivi, 56,76% (des 111 répondants qui auraient eu affaire au problème) interrogeraient leurs patients sur leur consommation déclarée d'alcool. Parmi eux, 20,63% ne feraient que cela.

Les tests biologiques étaient très représentés en tant qu'aide au suivi des patients ayant un mésusage : 16 répondants n'utilisaient que cela pour le suivi. La CDT était le test biologique le moins utilisé et seuls 22,52% de ceux qui réalisaient un suivi s'en servaient, contrairement au VGM, GGT et enzymes hépatiques qui étaient utilisés par plus de 50% des répondants.

Seuls 6 médecins utilisaient des questionnaires pour le suivi : le DEP-ADO et l'AUDIT.

En terme de corrélation, les 17 répondants qui n'utilisaient aucun support pour suivre leurs patients estimaient qu'ils dépisteraient mieux s'il existait une consultation dédiée (moyenne 7,64 versus 6,51) et ils auraient plus envie de participer à une formation dans le domaine.

V Pistes pour l'amélioration du dépistage

V.A Bénéfice d'une consultation dédiée

Les médecins ont été interrogés sur leur intérêt quant à l'existence d'une consultation dédiée au dépistage du mésusage d'alcool chez le jeune.

Plusieurs questions leur ont été posées : le bénéfice attendu sur leur dépistage, les modalités souhaitables d'une telle consultation et l'intérêt de la rendre obligatoire.

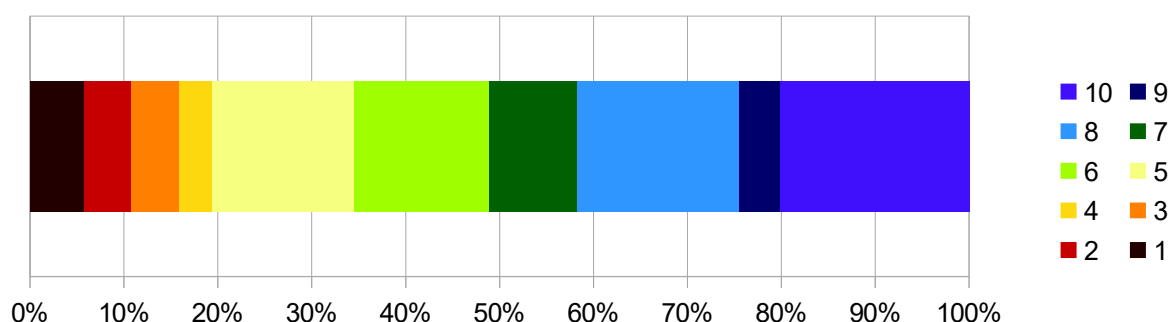


Figure 30 : Bénéfice attendu d'une consultation dédiée sur le dépistage du mésusage.

On observe que 65,47% des répondants disent qu'ils dépisteraient plus le mésusage d'alcool chez leurs jeunes patients s'il existait une consultation dédiée et revalorisée (scores >5) et 20,14% en sont totalement convaincus (score de 10). La moyenne est estimée à 6,51 (écart-type 2,68).

Concernant la durée adéquate d'une telle consultation, les répondants ont estimé qu'un temps moyen de 25,36 minutes serait optimal (écart-type 9,61).

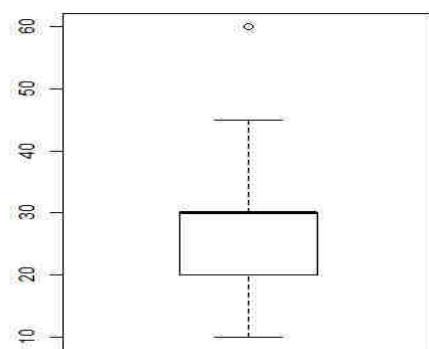


Figure 31 : Durée souhaitable d'une consultation de prévention spécifique sur le risque alcool chez les jeunes (en minutes).

Nous avons observé une minimale à 10 minutes donnée par 3 répondants et une maximale à 60 minutes donnée par deux répondants, la médiane des réponses se situant dans la valeur « 30

minutes » (20 pour les hommes et 30 pour les femmes sans toutefois d'association statistique). Il semblait exister une association avec le type d'activité (Kruskal-Wallis $<0,05$), les remplaçants et les salariés indiquant plus de temps que les autres. Il est intéressant de noter que nous n'avons pas trouvé d'association statistique avec d'autres variables, y compris la sensation de manquer de temps pour dépister.

Concernant la rémunération idéale, nous avons obtenu :

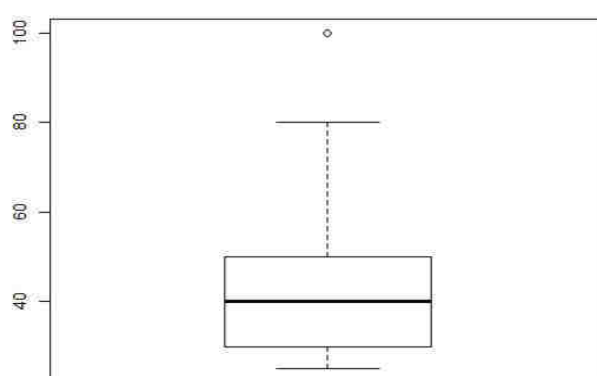


Figure 32 : Rémunération souhaitable d'une consultation de prévention spécifique sur le risque alcool chez les jeunes (en euros).

La moyenne a été calculée à 40,78 euros (écart type 14,10) avec une minimale à 25 euros et une maximale à 100 euros (une personne).

Nous avons noté que 22,30% des répondants ne rémunéreraient pas cette consultation plus qu'une consultation « classique » de médecine générale. 7 répondants ont donné une réponse précise de 46 euros en donnant comme argument qu'il s'agissait de la rémunération des consultations de prévention. 35,25% des répondants doubleraient au moins le prix d'une consultation « classique » de 25 euros.

Il existait une corrélation positive entre ces deux dernières questions : plus on estime le temps nécessaire élevé pour cette consultation et plus la rémunération idéale augmente. De même, nous avons retrouvé l'association au type d'activité précédemment citée.

Au cours de cette consultation, 84,17% des médecins estimaient qu'il serait souhaitable de voir le jeune seul, même s'il était mineur.

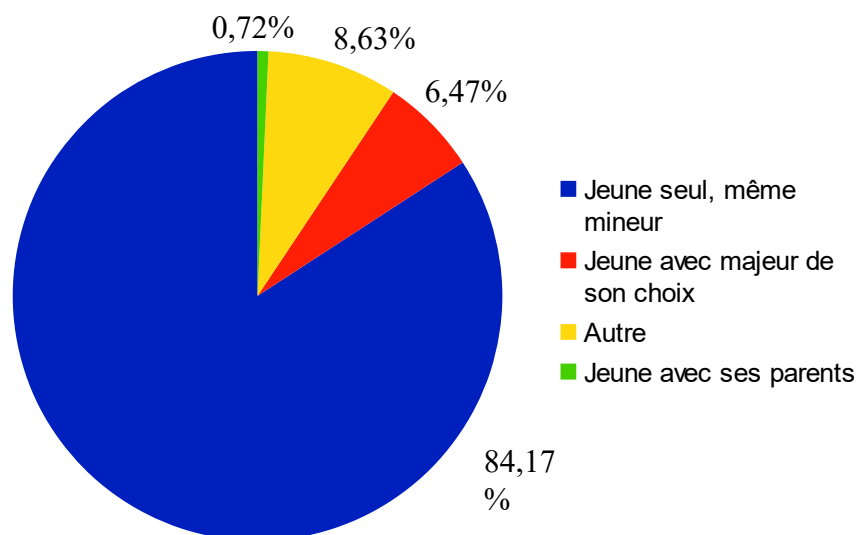


Figure 33 : Modalités souhaitables d'une consultation sur le risque alcool du jeune.

Dans la catégorie autre, les répondants ont exprimé l'idée de toujours avoir un temps de consultation seul avec l'adolescent, soit après l'avoir vu avec ses parents ou ses parents seuls, soit après l'avoir vu avec un majeur de son choix. Plusieurs répondants ont noté le fait qu'il resterait intéressant d'avoir le ressenti des parents. Deux répondants ont également énoncé l'importance de demander au jeune quelle était sa préférence.

La dernière question posée au sujet du bénéfice d'une consultation dédiée était l'intérêt de son caractère obligatoire. Les réponses étaient très divisées, comme nous avons pu le constater :

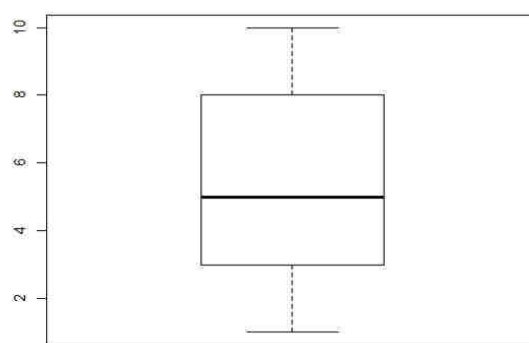


Figure 34 : Intérêt de rendre obligatoire une consultation dédiée au mésusage d'alcool chez les jeunes.

La moyenne se situait à 5,65 (écart type 2,97) et la médiane à 5 pour un minimum côté à 1 et un maximum côté à 10, ce qui montre qu'il n'y avait pas de consensus sur cette question.

Il existait une corrélation négative entre l'âge du répondant et un score élevé à cette question. Cela signifie que plus le médecin est âgé et moins il pense que rendre obligatoire cette consultation présente un intérêt. De même, nous avons remarqué que les distributions variaient avec le type d'activité : les médecins exerçant exclusivement en libéral donnaient des scores moins élevés (Kruskal-wallis $p=0,0032$).

Enfin, nous avons observé une corrélation positive entre la rémunération proposée pour cette consultation et le caractère obligatoire.

V.B Bénéfice de fiches d'information pour les patients

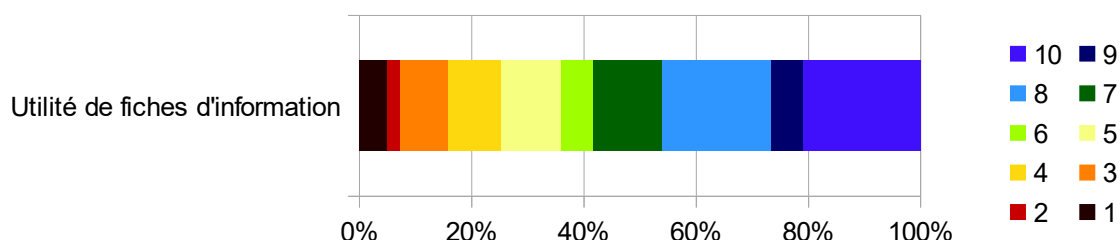


Figure 35 : Utilité ressentie d'une fiche d'information au service du dépistage du mésusage d'alcool chez les jeunes.

Nous avons trouvé les résultats suivants concernant l'utilité ressentie de fiches d'informations qui seraient disponibles à la patientèle des médecins interrogés :

Nous avons observé une moyenne à 6,63 (écart-type 2,70) et une médiane à 7. 46,04% des répondants estimaient que des fiches d'information auraient une très bonne utilité pour favoriser le dépistage du mésusage d'alcool chez les jeunes (scores 8, 9 et 10). Au contraire, 7,19% pensaient qu'elles n'auraient aucun impact bénéfique (scores 1 et 2).

Nous avons retrouvé un lien statistique entre le type d'activité et le caractère utile des fiches d'information. Les remplaçants étaient ceux qui donnaient les scores les plus élevés (moyenne 7,88), et les libéraux exclusifs, les moins élevés (moyenne 6,16).

De même et sans surprise, les répondants ayant mieux coté les questionnaires validés comme étant des moyens facilités de dépistage avaient également donné un score plus élevé quant à l'utilité des fiches d'information (Pearson 0,344, IC95% [0,189 ; 0,483] ; $p=0$).

Le lien était similaire avec le fait de penser que la réalisation de formations dans le domaine facilite le dépistage (Pearson 0,348).

V.C Bénéfice de formations dans le domaine

Les médecins ont été questionnés sur l'utilité de formations, leur envie d'y participer, le temps qu'ils seraient prêts à y accorder et sur les modalités de réalisation de telles formations.

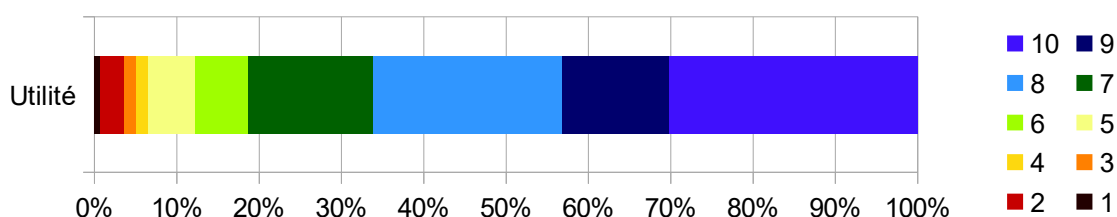


Figure 36 : Utilité ressentie d'une formation spécifique au service du dépistage du mésusage d'alcool chez les jeunes.

66,19% des répondants pensaient qu'une formation dédiée serait très utile pour favoriser le dépistage. Au contraire, ils étaient 3,60% à penser que ce ne serait pas utile du tout.

La moyenne était à 7,93 (écart-type 2,07) et la médiane à 8.

Les femmes étaient plus enclines à trouver une utilité aux formations ($p=0,006$), de même que les jeunes ($p=0,0097$) et les parents ($p=0,0042$). Le fait d'avoir fait des formations, de ne pas être à l'aise ou encore d'avoir le sentiment d'éviter la problématique n'influençaient en revanche pas ce score.

Nous pouvons enfin remarquer que les deux scores d'utilité des « fiches d'information » et « formations » étaient également positivement corrélées ($p=0$).

Alors que 66,19% des répondants trouvaient qu'une formation serait utile, ils étaient 46,04% à avoir très envie d'y participer (scores 8, 9 et 10). 7,19% n'en avaient pas du tout envie. La moyenne a été calculée à 6,98 (écart-type 2,47).

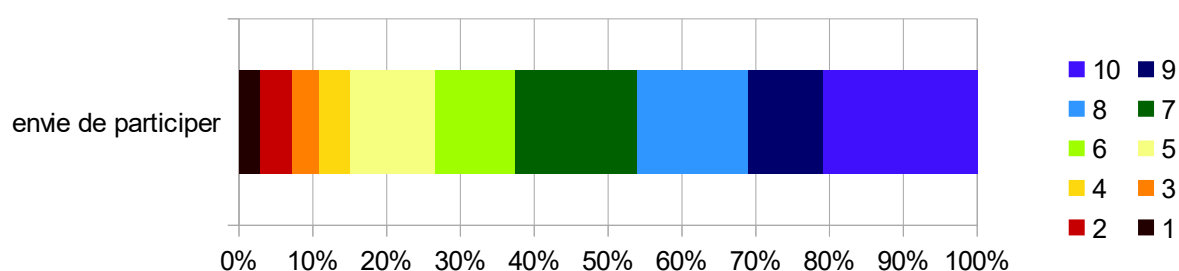


Figure 37 : Volonté de participation à une formation spécifique sur le risque alcool chez les jeunes, s'il en existait une.

Nous avons retrouvé les mêmes liens statistiques que ceux de la réponse précédente. On observe également que chez les médecins qui n'utilisaient aucun support pour le suivi de leurs patients ayant un mésusage, la moyenne était de 7,88.

Le nombre d'heures que les médecins seraient prêts à passer dans une formation sur le

dépistage du mésusage d'alcool chez les jeune est présenté comme suit :

En moyenne, les médecins seraient prêts à assister à une formation de 5 heures dans le domaine, soit plus d'une demi-journée. La médiane était de 4 heures avec une minimale à 0 heures (2 répondants) et une maximale à 16 heures soit 4 demi-journées.

63,31% accepteraient un temps de formation d'une demi-journée ou moins et 4,32% 2 jours pleins de formation (16 heures).

Nous avons observé un lien statistique entre le type d'activité et la durée acceptable de formation (durée plus élevée pour les salariés et activité mixte avec une moyenne supérieure à 6,8 versus inférieure à 5,5 pour les libéraux et remplaçants). Pour cette question également, le fait de ne pas être à l'aise ou encore d'avoir déjà réalisé des formations n'intervenait pas dans la durée répondue.

En terme de lieu de formation, nous avons demandé aux médecins s'ils préféreraient une formation en e-learning et donc en distanciel ou une formation traditionnelle en présentiel.

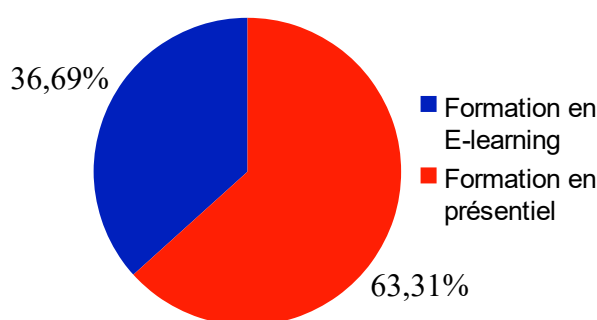


Figure 38 : Préférence en terme de lieu de formation.

La majorité des répondants préférerait une formation en présentiel.

Les personnes ayant répondu que le manque de temps était un facteur freinant le dépistage

avaient plus tendance à préférer la formation en E-learning ($p=0,02$). De même, ceux trouvant une plus grande utilité à une formation dédiée avaient tendance à préférer la modalité présentielle ($p=0,01$), tout comme ceux souhaitant plus y participer ($p=0,01$) ou étant prêts à y passer plus de temps ($p=0,000015$).

VI Résumé des résultats

VI.A Objectif principal

Notre critère de jugement principal, composite, est défini par l'état des lieux du dépistage du mésusage d'alcool chez les jeunes par les médecins généralistes d'Alsace.

Suite aux résultats bruts précédents, nous pouvons le décrire comme suit :

- Les médecins ont en moyenne une conviction de 7,34/10 d'être l'acteur principal du dépistage du mésusage d'alcool chez les jeunes. 67,63% sont plutôt à l'aise pour parler de cette problématique. Néanmoins 13,67% a tendance à éviter d'en parler à leurs patients alors même qu'une suspicion forte existe.

- Le dépistage est principalement effectué dans un contexte particulier et 60,43% des répondants ne le dépistent même que dans ce contexte, lorsqu'il existe des arguments en faveur d'un usage à risque. Les parents, en revanche, sont très rarement interrogés.

- Les médecins s'inquiètent des consommations de leurs jeunes patients à partir de la fin du collège, sans réelle distinction de sexe.

- Les moyens d'aide au dépistage sont très peu connus et surtout mal utilisés.

- Le suivi des patients chez qui un mésusage a été mis en évidence est inégal et souvent inapproprié.

- Les deux freins principaux au dépistage sont la présence parentale (moyenne 7,65/10) et

le manque de temps (moyenne 5,65/10).

VI.B Objectifs secondaires

-Une consultation dédiée à ce dépistage spécifique pourrait encourager le dépistage, à condition d'une revalorisation et de pouvoir voir le jeune seul durant la consultation.

-L'instauration de formations, plutôt effectuées en présentiel, semble être souhaitée par les médecins pour améliorer le dépistage (66,19% des répondants), à condition d'être adaptée et spécifique au sujet, de même que les fiches d'information en salle d'attente.

DISCUSSION

I Faiblesses et forces de l'étude

I.A Faiblesses

I.A.1 Biais de sélection

En comparant notre échantillon à la population des médecins généralistes d'Alsace, nous observons des divergences qui peuvent entraîner un biais de sélection dans notre étude.

I.A.1.a Part majoritaire de femmes

Dans notre population, les femmes représentent 62% des répondants alors qu'en Alsace, elles sont 40,2% des médecins généralistes tous âges confondus.

Dans la population des médecins généralistes d'Alsace, on peut observer des différences évidentes entre classes d'âges : les femmes sont nettement majoritaires dans la population des jeunes médecins, au contraire des plus de 60 ans. Cela pourrait en partie être en lien avec la féminisation de la profession qui s'est effectuée dans les années 90 (189). En 2017, les femmes représentaient 57% des examinées de l'ECN en 6ème année. Cette même année, parmi les étudiants ayant choisi la médecine générale, 62% étaient des femmes.

Parmi nos 83 jeunes médecins, 71% sont des femmes, ce qui est au delà de ces 62%.

I.A.1.b Part majoritaire de jeunes médecins

Les jeunes médecins représentent 37% des praticiens installés en Alsace, ce qui est bien inférieur à notre échantillon qui en compte 59%. Néanmoins, ces chiffres sont à nuancer car Cartosanté ne tient compte que des praticiens installés. Or, beaucoup de nos répondants sont des remplaçants qui ne le sont donc pas encore. De plus dans nos résultats, nous avons pu montrer que les remplaçants de notre étude sont tous des jeunes médecins (sauf une femme de 40 ans). Cela peut donc expliquer cette différence par rapport aux chiffres officiels.

La part majoritaire des jeunes dans notre étude peut également s'expliquer par plusieurs facteurs : les très jeunes médecins tout juste sortis de l'université sont eux mêmes en cours de préparation de leur travail de thèse et sont donc plus réceptifs aux demandes venant de leurs camarades. Ils sont également encore « bercés » par une attitude scolaire de travail avec une envie de se former. Nous avons vu que plus un répondant est âgé et plus il se sent à l'aise pour aborder les questions d'alcool. Aussi, le manque de confiance du jeune médecin dans sa pratique peut le conduire à plus s'intéresser aux questionnaires qui lui sont envoyés.

I.A.2 Défaut de puissance

Avec 139 répondants, sur un ensemble de plus de 1800 médecins généralistes installés en Alsace et de remplaçants dont le chiffre est difficile à évaluer du fait de leurs mouvements inter-régionaux, nous ne pouvons pas atteindre une puissance très satisfaisante pour extrapoler nos résultats à la population générale.

Les raisons expliquant ce manque de puissance sont variées :

- les répondants sont en général des personnes qui se sentent concernées par la problématique posée. Nous pouvons donc supposer que notre échantillon comprend des médecins généralistes intéressés par le sujet, ce qui pourrait surestimer l'ensemble de nos résultats.

- notre étude a été conduite dans un contexte de pandémie liée au Covid-19. Les praticiens étant déjà très sollicités par une réorganisation de leur pratique professionnelle ainsi que par des sujets d'étude en lien avec le Covid-19, il est possible que ceux-ci n'aient pas eu le temps ni l'envie de répondre à un sujet ne s'inscrivant pas dans cette problématique.

I.A.3 Biais de classement et d'auto-déclaration

Bien que l'on rencontre des tendances évidentes dans nos résultats, certaines réponses ont pu paraître « aberrantes ». Cela peut conduire à se demander si les répondants ont tous compris les questions de la même façon et donc à un biais de reproductibilité inter-individuelle. Par exemple, la question de la connaissance et utilisation des outils de dépistage a pu être mal comprise : comme certaines réponses étaient proposées, les répondants les ont cochées, bien qu'en fait ces items (les tests biologiques notamment) ne fassent pas partie des outils de dépistage. Ceux qui ne les ont pas choisis ont pu le faire pour deux raisons : l'absence de connaissance ou d'utilisation de cet item ou encore la pensée que certains d'entre eux n'étaient pas des moyens de dépistage.

De même, le recours à un auto-questionnaire a pu entraîner un biais de déclaration : les médecins interrogés ont pu déclarer non pas ce qu'ils faisaient mais ce qu'il convenait de faire, sur-estimant ainsi les résultats de l'étude.

I.B Forces

I.B.1 Validité externe

Cette étude est à notre connaissance la seule qui étudie les pratiques de dépistage du mésusage d'alcool chez les jeunes dans la région Alsace.

Notre étude semble être également la seule à rechercher des pistes d'amélioration du dépistage en terme de formation ou à évoquer le rôle de celles-ci dans la pratique du dépistage.

Notre questionnaire ayant été rédigé pour la présente étude, nos résultats ne peuvent pas être strictement comparés à ceux d'autres études qui utilisent leur propre questionnaire. Cela peut rendre nos conclusions difficiles à vérifier. Nous pouvons néanmoins observer des analogies avec plusieurs études réalisées dans la Somme, le Dauphiné-Savoie ou encore le Nord-Pas-de-Calais avec des résultats cohérents (16,190,191):

Dans l'étude quantitative de Laetitia Carrus-Deneef en 2016 (Prévention et dépistage du risque

alcool chez l'adolescent. Enquête menée auprès des médecins généralistes haut normands (192)), on retrouve le fait que la présence parentale est un frein principal au dépistage (91,% des médecins pensent que voir seul l'adolescent permettrait d'aborder plus facilement le sujet de l'alcool) et l'idée que le dépistage se fait principalement dans un contexte particulier (50,8%). La faible connaissance et utilisation des questionnaires validés est également notée avec une impression des répondants de manquer de connaissances (76,3%).

Dans l'étude quantitative du Dr Le Roy de 2017 (Les troubles de l'usage de l'alcool en médecine générale: obstacles au repérage et représentations des médecins généralistes de la Somme, (191)), on retrouve l'idée que peu de médecins ont effectué une formation complémentaire en addictologie, mais la proportion est plus faible que dans notre étude (44,56% contre 13,67%). De même, la grande majorité des interrogés (91,13%) n'utilisaient pas de test validé pour dépister.

Dans l'étude qualitative des Dr Evangelista et Mangeant (Prévention, dépistage et prise en charge des consommations d'alcool chez les adolescents : facteurs facilitants et freinants, représentations (16)), on observe les mêmes tendances, avec l'ajout du manque de temps comme frein au dépistage. Pour plusieurs médecins alors interrogés, l'alcool chez les jeunes n'est pas une problématique en soi. Ils reconnaissent cependant être l'acteur principal du dépistage en général. L'utilité de médias (brochures, vidéos) est mitigée. Il n'est pas abordé l'impact de formations sur le dépistage.

Dans ces travaux, il n'est pas abordé le statut particulier de la région étudiée en terme de dépistage. Mais nos résultats étant concordants sur les questions semblables, il est probable que la région n'ait pas de part franche à jouer en terme de dépistage, cela peut être du fait que les médecins n'ont pas toujours vécu dans la région.

I.B.2 Validité interne

Nous avons volontairement utilisé des critères d'inclusion les plus larges possibles et d'exclusion les plus restreints possibles pour être au plus près de notre population cible. Nous avons limité les données manquantes en effectuant trois relances d'envoi de questionnaire.

Pour représenter la répartition de nos répondants en fonction de leur âge, nous avons choisi de nous baser sur l'ancienneté de leur pratique. En effet, dans la littérature, le concept de jeune médecin se définit par une expérience inférieure à 10 ans après soutenance de thèse. Aussi, comme un médecin généraliste peut passer sa thèse dans les 3 années qui suivent son internat, nous avons défini la première classe d'âge allant de 27 à 39 ans pour suivre cette définition de jeune médecin.

Les catégories suivantes découlent de la précédente puisque nous avons rassemblé des groupes par décennie d'expérience.

Les données régionales et nationales de démographie médicale (CartoSanté géré par l'ARS), utilisent les mêmes tranches d'âge, ce qui rend possible la comparaison entre notre échantillon et la population de l'ensemble des médecins généralistes d'Alsace (192).

Cette étude était quantitative car avait pour but de présenter les pratiques actuelles de dépistage. Un questionnaire qualitatif sur toutes les questions abordées par le présent questionnaire aurait nécessité des entretiens très longs et probablement dissuasifs, ou plusieurs études. Des études qualitatives très bien réalisées existent d'ors et déjà sur le sujet. Elles nous ont permis de construire notre questionnaire afin de quantifier les phénomènes identifiés dans ces études.

Le fait d'avoir conduit cette étude par voie dématérialisée auprès de multiples médecins d'Alsace a permis théoriquement de s'affranchir d'un éventuel effet centre.

Le protocole de notre étude et des tests statistiques adaptés ont permis de répondre aux objectifs

que nous nous étions fixés au préalable et a permis de mettre en évidence plusieurs tendances, vérifiées au niveau national et inter-régional et que nous allons exposer par la suite.

Nous avons limité les facteurs de confusion en réalisant des analyses multivariées et des analyses en sous-groupe.

Notre étude s'inscrit dans un véritable enjeu de santé publique : la prévention chez les jeunes patients et, en particulier dans le domaine de l'alcool.

II Discussion de l'échantillon de répondants

II.A Parentalité

Le fait qu'il y ait plus de pères que de mères (75,47% vs 50,00%) n'est pas représentatif de la population française et pourrait être une tendance liée à l'activité professionnelle. Dans une cohorte française effectuée en 2011, il était estimé que 13,5 % des femmes et 20,6% des hommes n'avaient pas d'enfants. L'âge du premier enfant n'est pas très différent en revanche. Cela tendrait à montrer que les médecins ont peut être moins d'enfants que la population générale (193). Ce chiffre est stable pour les femmes mais en augmentation pour les hommes, qui se rapprochent de plus en plus de notre échantillon.

Il apparaît dans notre étude que le fait d'être parent est relié à un seuil d'alerte pour les API plus faible et au fait d'être plus à l'aise pour aborder le problème « alcool ». Nous n'avons pas retrouvé d'étude proche de la notre dans la littérature qui corrobore cela. Nous pouvons émettre l'hypothèse que la projection du parent dans les actions à risque aigu de son enfant induise ce seuil d'alerte plus bas. Une étude néerlandaise rapporte d'ailleurs que les adolescents pensent que leurs parents acceptent toute quantité d'alcool tant qu'ils ne se saoulaient pas, alors que les parents ont déclaré des limites acceptables de 1 ou 2 verres toutes les deux semaines (194).

On peut donc remarquer qu'être parent pourrait être un facteur favorisant le dépistage du mésusage d'alcool, notamment dans sa dimension aiguë.

II.B Formations complémentaires

64% des répondants n'ont effectué aucune formation dans notre domaine d'étude. Parmi celles qui sont réalisées, on retrouve la pédiatrie en première position. Nous pouvons nous interroger sur cette information. La formation continue étant obligatoire pour tout médecin et rémunérée, et le domaine demandé assez large, il est assez étonnant de voir qu'autant de répondants ne s'étaient pas formés. Cela pose la question de l'accessibilité des formations et de leur diversité. Les médecins ont-ils tendance à effectuer plusieurs formations dans un domaine qu'ils affectionnent et donc laisser de côté d'autres pans larges de la médecine ? En effet plusieurs de nos répondants avaient effectué 3 ou 4 formations dans le domaine.

On peut aussi se demander si le champ d'étude est victime d'un manque d'efficacité ressentie de la part des médecins pour le temps passé, alors qu'il est prouvé que les interventions brèves en addictologie ont un impact majeur sur la santé (il a été estimé qu'une intervention brève faite par un médecin auprès de 25 % de sa patientèle permettrait d'éviter 9 % des maladies et mortalités prématurées causées par l'alcool)(164).

III Facilité à dépister un mésusage d'alcool

III.A Perception de la capacité du médecin généraliste

III.A.1 Un acteur privilégié du dépistage

Dans notre thèse, on retrouve l'idée que dans l'ensemble, les médecins ont la conviction d'être

l'acteur principal du dépistage du mésusage d'alcool chez les jeunes. Ces résultats concordent avec ceux d'autres travaux identifiés dans la littérature (16). Cela confirme que le médecin généraliste a une place majeure dans la prévention, l'éducation et le conseil (16).

Le fait d'être le médecin traitant semble être un élément favorisant le dépistage et est retrouvé dans notre étude ainsi que dans la littérature dans la thèse des Dr Evangelista et Mangeant ou dans la thèse du Dr Le Roy dans la Somme (16,191). Néanmoins, dans notre étude, les résultats sont moins catégoriques et plus de 20% de nos répondants ont vu en le fait de ne pas être le médecin traitant un facteur facilitant le dépistage (scores supérieurs à six). Il apparaît donc que le fait de ne pas être le médecin traitant pourrait avoir des avantages : les jeunes patients expriment pouvoir parfois mieux se confier à des professionnels qui ne seraient pas leur médecin traitant et surtout, pas le médecin de famille. Ils peuvent se confier sans avoir peur d'un jugement ou en sachant qu'ils ne reverront pas ce professionnel (16). Ceci doit encourager les médecins remplaçants et les internes de médecine générale à s'investir dans le dépistage des addictions chez les jeunes.

Dans notre étude, nous n'avons pas observé de lien entre le fait de valoriser le caractère « médecin traitant » ou le type d'activité et le moment du dépistage (à chaque consultation, une fois par patient, dans un contexte particulier). Cela tendrait à montrer que le dépistage n'est pas plus réalisé parce que l'on est médecin traitant : les médecins interrogés pensent donc qu'être le médecin traitant favorise globalement le dépistage, mais ce n'est pas pour autant qu'ils le pratiquent plus auprès de leurs jeunes patients (en terme de fréquence).

III.A.2 L'alcool : une problématique problématique

D'après nos résultats, environ 10% des médecins ont tendance à éviter la problématique de l'alcool alors qu'ils suspectent un mésusage et ne sont pas à l'aise pour dépister. Cela est peut

être dû à un manque d'expérience puisque nous avons montré que plus le répondant était âgé et plus il se sentait à l'aise pour aborder la problématique. Or notre population de répondants était majoritairement composée de jeunes médecins. Il pourrait donc être intéressant de cibler ces jeunes médecins pour améliorer le dépistage, cela également parce que les jeunes sont majoritaires dans la tranche des remplaçants en médecine générale. Le fait de ne pas être le médecin traitant peut être un avantage pour aborder les consommations lors d'une consultation.

Néanmoins il n'y avait pas de lien statistique strict entre l'éviction de la problématique et l'âge, aussi ce facteur n'est probablement pas le seul à prendre en compte. La corrélation positive avec la « peur de dépister » et le sentiment de « manque de formation » alors même qu'il n'y a pas de lien avec le nombre de formations réalisé nous indique qu'il existe peut être un problème de formation sous-jacente et de compétences retirées à leur issue.

Comme nous l'avons dit plus haut, l'alcool, pour beaucoup de raisons, est une substance qui garde une connotation très positive dans notre société, y compris dans la population des médecins généralistes. Dans leur thèse qualitative étudiant les représentations des consommations d'alcool chez les adolescents, les Dr Evangelista et Mangeant retrouvent cette idée. Un des médecins répond même : « l'alcool, [...] je n'ai pas l'impression que ça soit un point majeur chez les jeunes » , « à mon niveau ça me semble pas être un problème de santé publique majeur » (16).

D'après plusieurs études, il y a plus de consommateurs à risque parmi les médecins que la population générale, cela dès les études de médecine (avec des résultats contradictoires sur ce dernier point) (196) . En Belgique par exemple, 14% des médecins généralistes flamands ont une consommation quotidienne d'alcool contre 10% dans la population générale. Ce chiffre augmente chez les personnels hospitaliers (195). Le risque est donc de normaliser une consommation à risque, de la banaliser et de ce fait de ne pas dépister.

Globalement, les médecins interrogés pensent être l'acteur dominant du dépistage du

risque alcool. Néanmoins, plusieurs d'entre eux ont évoqué le fait que les parents sont également des acteurs privilégiés alors que l'interrogatoire des parents reste marginal dans notre étude, dénotant peut être le fait que pour les médecins interrogés, la consommation d'alcool est un problème privé et son dépistage une affaire de sphère familiale. Nous pouvons nous interroger sur le fait que cela reflète un manque d'assise ou de confiance dans ce domaine.

Se couper de l'interrogatoire parental pourrait être une perte de chance pour le dépistage. L'adolescence est un moment complexe de la vie, avec bien souvent des patients qui « vont bien » et ne consultent pas. Comme l'ont bien noté les répondants en évoquant le manque de temps comme frein principal au dépistage, la consultation du jeune est un véritable enjeu : ils viennent peu alors les médecins essaient de faire un maximum lors de ces consultations (point sur la santé mentale, mensurations, examens sportifs, contraception, IST,...). Parfois malheureusement, ces consultations sont aussi un moyen pour les médecins de rattraper un retard pris lors d'autres consultations avec des patients qui semblent aller moins bien (pathologies chroniques, personnes âgées, démence,...).

Ce que dirait le parent doit néanmoins être pris avec des pincettes et le récit teinté par un lien parent-enfant qui peut masquer une consommation à risque (parent banalisant ses propres consommations par exemple) ou au contraire la majorer (parent coercitif). Il est en effet montré qu'avoir des parents consommateurs à risque est un facteur de risque pour l'enfant de reproduire ce schéma.

Enfin, il est important que le jeune et le praticien puissent établir une relation de confiance et cela passe également par le secret médical. Aussi, interroger les parents ne doit pas casser cette relation ou aboutir à la révélation de ce que nous a dit l'adolescent durant ses propres consultations. Il s'agit justement d'une des peurs des adolescents dans leur relation avec le médecin généraliste (196).

III.A.3 Meilleur moment pour dépister

III.A.3.a Âge du dépistage

Les médecins s'inquiètent des consommations de leurs jeunes patients à partir du lycée, sans réelle distinction de sexe. Les deux freins principaux au dépistage sont la présence parentale et le manque de temps.

En moyenne, les répondants commencent à poser des questions sur la consommation d'alcool vers l'âge de 14 ans, avec un résultat semblable dans d'autres régions de France (197). Cela peut être lié à l'expérience personnelle du médecin mais aussi à l'âge auquel on pense pouvoir discuter avec l'adolescent seul en s'affranchissant de ses parents en consultation. En effet, la question de l'alcool semble encore taboue et soumise au jugement parental (190). L'âge moyen à l'initiation des consommations étant de 13 ans, il semble assez satisfaisant de débiter le dépistage vers 14 ans ; bien que comme nous l'avons dit plus tôt, des consommations avant cet âge sont corrélées à un fort risque de dépendance vie-entière. On pourrait trouver pertinent d'avancer le dépistage avant 14 ans.

Nous l'avons vu, les consommations décollent réellement au lycée. Néanmoins, il nous paraît important de souligner qu'en tant qu'acteur de prévention, le médecin généraliste pourrait commencer à parler d'alcool bien plus tôt. Cela permettrait à la fois de faire passer les messages de prévention dès le plus jeune âge avant le début des consommations à risque mais également de dépister les facteurs de risque de consommation problématique future. Il est en effet recommandé de discuter plus tôt des consommations de substances psychoactives, dès l'école primaire qui est une période de transition majeure, pour « renforcer les facteurs de protection et prévenir un usage ultérieur lors du passage des enfants dans l'enseignement secondaire » (198).

Rappelons le, tout comme la question du suicide : il n'a pas été prouvé que questionner un jeune sur ses consommations l'inciterait à boire. Cela participe à l'action d'information brève.

Il apparaît que les répondants ne font globalement pas de différence pour le dépistage entre les garçons et les filles. Cela rejoint l'idée que les consommations d'alcool ne sont plus l'apanage des hommes dans l'esprit collectif. La question des API est intéressante : tout d'abord notons que plus de 10% des répondants n'est alerté qu'à partir de 4 API par mois soit un par semaine, ce qui correspond à la notion d'API répétées (au moins 3 par mois). Vu les problématiques causées par les API, cela semble être un nombre trop important (risques aigus répétés ou encore impact cognitif). Ensuite, sur le plan des sexes, nous avons montré en introduction que les femmes semblaient plus sujettes aux complications liées à l'alcool. On pourrait donc s'attendre à être alerté par un nombre d'API plus faible chez celles-ci mais ce n'est pas vraiment le cas dans notre étude (9 répondants uniquement), peut être par méconnaissance de cette information.

III.A.3.b Contexte particulier avant tout

Nous avons vu que, dans notre étude, les facteurs facilitant le plus le dépistage sont l'initiative du patient ou de l'entourage, la présence de complications, la présence d'examens complémentaires en faveur du diagnostic de mésusage. Ces éléments montrent que le dépistage est de l'affaire du « passif » pour le médecin interrogé : le diagnostic est finalement déjà fait, et le soignant ne dépiste donc pas vraiment.

Vient ensuite le fait d'être médecin traitant, ce qui est plus intéressant et renforce le rôle à jouer de celui-ci dans la prévention du jeune. Cependant, l'adolescent avant ses 16 ans n'est pas tenu de choisir son médecin traitant. Cela est donc paradoxal : être le médecin traitant favoriserait le dépistage du mésusage chez les jeunes mais ces dits-jeunes n'ont pas obligatoirement de médecin traitant.

Le dépistage est donc, dans notre travail, principalement effectué dans un contexte particulier,

lorsqu'il existe des arguments en faveur d'un usage à risque. Cela est retrouvé dans plusieurs études (16,191,199).

Autrement dit, il est possible que de nombreux jeunes passent entre les mailles du dépistage parce qu'ils ne présentent pas de « signes » en faveur d'un usage à risque ou parce qu'ils ne se sentent pas concernés par cette problématique ou encore parce que le médecin n'y est pas sensibilisé (pas de profil à risque en tête, difficulté d'évaluation, manque de temps, manque d'intérêt) (16,197).

Un dépistage optimisé pourrait consister en une discussion systématique chez tous les patients autour de ce thème, associée à un interrogatoire plus poussé en cas de signes spécifiques (décrochage scolaire, symptômes psychologiques, accidents post alcoolisation, conduites sexuelles à risque,...)mais cela semble difficile en pratique. Poser la question des consommations alcooliques régulièrement peut également être un moyen d'ouvrir le dialogue en montrant que le praticien est accessible et compétent pour aider le jeune patient.

IV Les outils du dépistage

IV.A Une méconnaissance

Les moyens d'aide au dépistage sont très peu connus et peu et mal utilisés.

L'interprétation est délicate. En effet, beaucoup de répondants ont noté les tests biologiques comme des moyens de dépistage connus. Or, nous l'avons vu, ces tests ne sont pas des tests de dépistage, contrairement aux questionnaires que sont l'AUDIT, le DEP-ADO et le CRAFFT-test chez les jeunes. On peut se demander si les praticiens ayant répondu « aucun » à cette question ne connaissaient réellement aucun des moyens proposés ou s'ils ne reconnaissaient pas certains d'entre eux comme étant des moyens de dépistage. Une autre hypothèse est également que la question était trop longue à répondre et que les répondants n'ont pas souhaité s'attarder dessus.

IV.B Une utilisation marginale et erronée

Ici encore, l'interprétation est sujette à caution : 34% des répondants disent n'utiliser aucun moyen de dépistage. Comme précédemment, soit ces personnes n'ont pas détecté les items présentés comme des moyens de dépistage (malgré le fait que certains en soient bel et bien comme les questionnaires, auquel cas une amélioration de la pratique est possible) ; soit ils n'utilisent réellement que l'interrogatoire pour dépister, soit ils ont souhaité « sauter » la question.

Les tests biologiques remportent la première place des tests utilisés. Les répondants n'ont peut être pas réfléchi à la qualité de « test de dépistage » avant de répondre ou bien ignorent réellement la place des tests biologiques dans la prise en charge du mésusage d'alcool.

Encore une fois, cela pose la question de la pertinence des formations réalisées. Malgré une analyse statistique non réalisable, on peut voir que parmi ceux qui avaient répondu utiliser des tests, plus de la moitié n'avait réalisé aucune formation, mais certains en avaient réalisé 1 ou 2.

Il n'existe pas de lien statistique entre le fait de penser que le manque de temps est un frein au dépistage et le fait d'utiliser les bons supports pour dépister (moyenne 5,69 pour l'ensemble des questionnaires). On pourrait interpréter cela comme le fait que ces répondants ne perdent a priori pas plus de temps que les autres malgré leur bonne utilisation des supports à leur disposition.

IV.C Un suivi en conséquence

Le suivi des patients chez qui un mésusage a été mis en évidence est inégal et souvent inapproprié. La question a été posée de telle sorte que le répondant devait normalement indiquer s'il avait été confronté à la situation. Par extension, on peut donc comprendre que ceux ayant répondu qu'ils ne réalisaient « aucun » suivi, avaient déjà été confrontés au mésusage d'alcool chez un jeune. On peut donc réellement s'interroger sur ces 17 répondants qui expriment ne faire

aucun suivi, pas même un interrogatoire simple avec recherche de la consommation déclarée d'alcool. Le questionnaire devenait-il trop long et a-t-il lassé les répondants ? Se sont-ils trompés en répondant ? Ces 15% de répondants peuvent être intéressants à cibler par une campagne de sensibilisation. En effet, nous avons montré une corrélation positive entre la réponse « aucun suivi » et le fait d'être prêt à mieux dépister s'il existait une consultation dédiée ou encore le fait d'avoir envie de participer à une formation dans le domaine.

Comme en pédagogie, la répétition de l'information semble être un moyen intéressant de prévenir et prendre en charge les patients présentant un mésusage. Malheureusement, ils ne sont que 41% des répondants à revoir leurs patients pour faire un suivi de la problématique.

V Vers une amélioration des pratiques

V.A Une consultation dédiée et revalorisée

V.A.1 Une consultation dédiée au mésusage d'alcool chez les jeunes

Une consultation dédiée à ce dépistage spécifique paraîtrait encourager le dépistage, à condition d'une revalorisation et de pouvoir voir le jeune seul durant la consultation.

65,47% des répondants disent qu'ils dépisteraient plus le mésusage d'alcool chez leurs jeunes patients s'il existait une consultation dédiée et revalorisée (scores >6) et 20,14% en sont totalement convaincus (score de 10). Le temps moyen donné à une telle consultation serait de 25 minutes, soit un peu moins du double d'une consultation standard en médecine générale, pour une rémunération moyenne de 40 euros, soit un peu moins du double d'une consultation standard également.

84% des répondants souhaiterait voir l'adolescent seul. Et parallèlement, seuls 0,7% des répondants incluraient le parent dans cette consultation. Cela nous renvoie à la question du moment du dépistage et la problématique du lien parent-enfant à l'adolescence (200). Plusieurs

répondants ont commenté cette question en indiquant que le meilleur dépistage consisterait en une consultation en deux temps : une partie avec le parent et une autre avec l'adolescent seul, mesure d'ors et déjà proposée par la HAS (201). L'ordre de ces deux temps n'a pas été défini par ces médecins ni si cela devait se faire au sein d'une seule et même consultation. Néanmoins, comme nous l'avons dit précédemment, l'accord du jeune et sa mise en confiance semblent être une priorité par rapport à l'inclusion du parent dans la problématique.

La proposition d'une rémunération à 46 euros comme le sont les consultations de prévention chez l'enfant semble intéressante, à condition que cette consultation ne soit pas incluse au sein d'une consultation revalorisée déjà existante mais soit bel et bien une consultation supplémentaire cotable. La question du renouvellement de cette cotation (plus d'une fois par patient) serait également à définir.

Le gouvernement prévoit qu'entre 11 et 16 ans, un jeune peut bénéficier de deux consultations prises en charge à 100%, cotées à 25 euros pour le médecin généraliste (une entre 11 et 13 ans, une entre 15 et 16 ans) puis d'une consultation annuelle gratuite entre 16 et 25 ans. L'intégration actuelle de tous les problèmes posés à l'adolescence au sein de ces deux seules consultations semble donc illusoire. Le médecin généraliste est un acteur de répétition qui revoit plus volontiers ses patients qu'il ne les prend en consultation pendant une longue durée. Multiplier le nombre de consultations pourrait donc tout à fait d'inscrire dans la pratique du généraliste.

Les salariés et les remplaçants demandent plus de temps et une meilleure rémunération que les médecins généralistes installés, cela indépendamment de l'âge ou du nombre de jeunes vus en consultation par semaine. Cela n'a donc pas l'air d'être une question d'expérience acquise par les années, mais peut être plus d'une pratique du terrain.

V.A.2 Une revalorisation spécifique et globale, au service du dépistage

Il semble exister un besoin de revalorisation de la prévention dans la pratique de médecine générale.

Plus on estime le temps nécessaire élevé pour la consultation et plus la rémunération idéale augmente, de façon assez linéaire puisque pour une moyenne de 25 minutes de consultation nécessaires avec une rémunération de 40 euros, nous sommes proches de deux fois la consultation standard dans les deux cas.

Bien qu'il n'y ait pas de lien entre la volonté de plus dépister grâce à une consultation dédiée et le temps requis, on observe par contre un lien positif entre la volonté de dépister grâce à cette consultation et la rémunération demandée, indiquant peut être que les médecins généralistes semblent prêts à prendre le temps du dépistage à condition qu'ils s'estiment correctement rémunérés pour le faire. Un répondant indique d'ailleurs que la question d'argent est secondaire mais qu'une revalorisation globale du métier est nécessaire. Nous avons également vu que la plus grande somme d'argent demandée était corrélée à une opinion favorable quant au caractère obligatoire de la consultation.

V.B Des formations spécifiques

L'instauration de formations, plutôt effectuées en présentiel, semble utile aux médecins interrogés pour améliorer le dépistage, à condition d'être adaptée et spécifique au sujet, de même que les fiches d'information en salle d'attente.

Notre étude explore le paradoxe suivant :

Les médecins interrogés pensent que les formations sont utiles au dépistage mais en pratique celles-ci ne semblent pas avoir l'effet escompté : elles ne facilitent pas le dépistage, n'améliorent pas l'indice de confiance des médecins pour aborder la problématique alcool et ne permettent pas

aux médecins une utilisation adaptée des tests de dépistage.

Cela semble problématique car c'est le but même de la formation. On peut émettre l'hypothèse que les formations existantes ne sont pas adaptées soit dans le fond, soit dans la forme à ce sujet précis et n'améliorent donc pas la pratique. Sur le fond, il est difficile de comparer les formations existantes entre elles mais nous ne pouvons exclure la possibilité de leur hétérogénéité en terme de qualité que ce soit par le temps passé pour un sujet si vaste, par les modalités pédagogiques employées ou bien encore par l'organisme finançant ou proposant la formation. Sur la forme, un cours magistral aura par exemple moins de valeur dans une pratique médicale qu'un apprentissage sous forme de jeu de rôle où l'apprenant est acteur dans sa formation et met directement en action ce qui lui est enseigné.

Plusieurs hypothèses peuvent être formulées : les jeunes médecins, majoritaires dans notre étude, sont plus enclins à noter l'utilité des formations, cela probablement en lien avec le fait qu'ils sortent d'un système « scolaire » dans lequel ils n'ont bénéficié en majorité que de cours magistraux.

Le système de DPC actuel est basé sur des inscriptions à des formations sur la base du volontariat : on n'incite pas les médecins à se former dans des domaines variés. Or, comme nous l'avons dit précédemment, il est bien plus tentant d'aller se former dans un domaine qui nous plaît ou dans lequel nous nous sentons déjà à l'aise. Il serait intéressant de stimuler un processus d'autoformation lors des études de médecine car nous voyons que parmi les cinq répondants utilisant les tests adaptés pour dépister, quatre n'avaient pas bénéficié de formation complémentaire.

Il faut également nuancer nos résultats car nous n'avons pas strictement défini la notion de « formation complémentaire » dans notre questionnaire et n'avons donné que des exemples. Certains répondants ont pu ne pas se reconnaître comme ayant participé à une formation

complémentaire et être mal classés dans nos résultats.

Les propositions avancées en terme de formation pour améliorer le dépistage ne forment qu'une piste de réflexion sur le sujet. Une étude qualitative spécifique est indispensable pour réellement connaître les besoins des médecins généralistes en terme de formation.

V.C Des fiches d'information à disposition

Les fiches d'informations sont globalement notées comme pouvant positivement influencer le dépistage. Néanmoins, nous observons que les libéraux exclusifs sont ceux étant le moins de cet avis, contrairement aux remplaçants. L'âge peut y être pour quelque chose car les remplaçants sont plus jeunes que les installés dans notre étude. Comme pour l'utilité des formations, un système scolaire de fiches peut sembler rassurant pour mettre à l'aise dans une situation. Cela ne doit pas être la seule raison car nous n'avons pas montré de lien significatif entre l'âge et l'utilité ressentie des fiches d'informations (Spearman $p=0,05$). On pourrait émettre l'hypothèse que les médecins plus âgés ayant leur cabinet sont « saturés » de fiches à disposition ou encore que les remplaçants ne connaissent pas la patientèle du médecin et qu'ils trouvent plus facile de discuter avec leur patient au moyen d'une fiche extérieure plutôt que d'un élément de vie.

Dans notre étude, 16,5% des répondants disent utiliser des fiches d'information en salle d'attente pour dépister, parfois même uniquement cela. L'INPES avait élaboré des outils (fiches d'information, questionnaires, carnet de l'adolescent...) pour aider les généralistes à amorcer l'interrogatoire et le dépistage. En 2009, lors d'une de ses enquêtes, elle relevait que seuls 13% des médecins utilisaient ces outils en France. Bien qu'il ne s'agisse peut être pas tout à fait des mêmes outils, il est intéressant de voir que les chiffres ont peu évolué. A titre d'exemple, dans le Dauphiné-Savoie, une étude retrouvait en 2015 un taux de 11,7% d'utilisation (190).

CONCLUSION

Les médecins généralistes d'Alsace interrogés semblent avoir intégré la problématique de l'alcool chez les jeunes dans leur pratique et ont la volonté de mieux dépister. Le dépistage en lui-même ainsi que le suivi ne sont en revanche que très peu ou mal réalisés, probablement du fait d'une méconnaissance des moyens de dépistage et de leur utilisation. Notre étude retrouve des freins au dépistage qui sont bien connus, à savoir la présence parentale et le manque de temps, posant la question des conditions de consultation de l'adolescent.

Les médecins interrogés estiment à 25 min et 40 euros le temps et l'argent nécessaires au dépistage de la seule problématique alcool. Actuellement, il n'est prévu qu'un total de deux consultations entre 11 et 16 ans, sans rémunération spécifique, pour effectuer le bilan complet bio-psycho-social de l'adolescent. Ceci démontre la nécessité d'interpeller les instances gouvernementales pour permettre un dépistage plus adapté. De manière plus réaliste, nous ne pouvons qu'encourager les médecins généralistes à utiliser leur principal atout : suivre leurs patients sur le long terme sans tout attendre d'une seule consultation dédiée.

Un dépistage poussé à chaque consultation semble peu réalisable en pratique. Une des pistes envisageables pourrait être la mise en place d'une trame de consultation, à appliquer systématiquement lors de toute rencontre avec l'adolescent, que l'on pourra répéter au fil des consultations. Ceci pourrait permettre la mise en évidence de facteurs de risque de consommation et le dépistage par l'utilisation d'un questionnaire, bien ancré dans la pratique du médecin généraliste.

Rappelons que les trois tests validés dans la population jeune sont l'AUDIT, le DEP-ADO et le CRAFFT-Test. C'est au médecin généraliste de choisir celui qui lui sera le plus adapté et de se l'approprier pour peut être s'en détacher plus après. Cela nécessite également que le jeune soit vu seul au moins durant une partie de la consultation, comme le préconise la HAS. Le manque de temps ressenti dans la consultation-même ou les difficultés que les médecins anticipent en cas de dépistage positif, pourraient être surestimés par la méconnaissance d'outils de dépistage courts ou

le sentiment de ne pas être à l'aise dans ce domaine.

La réalisation de formations, bien que jugées utiles par les médecins, n'a pas d'impact significatif sur l'indice de confiance des médecins dans le domaine, la fréquence de dépistage ou encore sur l'utilisation de tests adaptés. Il semble donc nécessaire de revoir les modalités de formation du médecin généraliste. Elles devront être ancrées dans la pratique, partant de situations réelles et utilisant des techniques de pédagogie active. Notons que l'autoformation apparaît, dans notre étude, comme une solution intéressante et permettrait d'acquérir une compétence solide dans l'utilisation d'un seul test préférentiel de dépistage et dans l'abond des consommations d'alcool du jeune.

Des études supplémentaires sont nécessaires pour déterminer les modalités spécifiques de telles mesures ainsi que l'évaluation de leurs bénéfices.

VU et approuvé
Strasbourg, le 27 SEP 2021
Le Doyen de la faculté de
Médecine, Maïeutique et Sciences de la Santé
Professeur Jean SIBILIA



VU

Strasbourg, le 22/09/2021

Le président du jury de thèse

Professeur Carmen SCHRÖDER

Professeur Carmen M. SCHRÖDER

P.U. - P.H.

HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG

Service de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent

Tél : 03 88 11 62 18 - Fax : 03 88 11 64 36

N° RPPS : 1000472105 5

PARTIE 2 :

ARTICLE

Introduction :

L'alcool est un produit légal dont la consommation est ancrée dans notre société et notre économie. Celle-ci est réglementée, de même que sa vente et sa production ou encore ses repères de consommation (1-75).

Les jeunes ont des modes de consommation différents des classes d'âge supérieures avec plus d'alcoolisations ponctuelles importantes à leur actif (au moins 5 unités d'alcool pour les hommes et 4 unités d'alcool pour les femmes, en moins de 2 heures) et un rapprochement des consommations féminines vers les consommations masculines. Comme en population générale, la tendance globale reste à la stabilité voire à la baisse des consommations, qui se concentre essentiellement sur des périodes festives, à partir du lycée. L'usage des jeunes double entre la seconde et la terminale et 2,3% des 18-24 ans ont un usage quotidien d'alcool. En 2017, les jeunes boivent le plus souvent avec leurs amis, en week-end et à domicile (moins de consommations en bar). De nouveaux modes de consommation sont inventés pour arriver à l'ivresse de plus en plus vite, dans un climat de challenge entre amis, parfois au mépris de risques très importants (18, 21-23, 32, 85, 86).

L'âge de l'initiation, stable aux alentours de 13 ans, est fortement corrélé aux futurs modes de consommation tels que la dépendance ou le heavy drinking (plus de 14 verres par semaine chez un homme et 7 chez une femme). Cela en fait une cible de dépistage intéressante. En effet, l'adolescence est un moment charnière à la fois biologique et sociétal dans lequel l'attrance pour le produit s'associe à un désir d'indépendance, de désinhibition et d'appartenance à un nouveau groupe, par opposition au cercle familial. C'est donc un moment à risque pour le développement d'un mésusage. Il a été montré que le risque de dépendance vie entière et dans les 10 ans après initiation était plus important chez les jeunes ayant initié leur consommation d'alcool avant 14 ans (45% de risque de dépendance) en comparaison avec ceux l'ayant débutée après 21 ans (10% de risque de dépendance) (76-94).

Les risques de telles consommations sont multiples et peuvent avoir de lourdes conséquences :

Chez le jeune, c'est toute la maturation cérébrale qui est altérée, entraînant des troubles durables au niveau cognitif et attentionnel, y compris à l'âge adulte.

Il apparaît que l'alcool est le 7ème facteur de risque de décès et d'années de vie perdues dans le monde tous âges confondus, et le 2ème en France. Chez les 15-49 ans, il arrive en première position.

Il contribue de façon directe ou indirecte à plus de 41 000 décès soit 11% des décès masculins et 4% des décès féminins. L'âge moyen au décès pour les causes liées à l'alcool est de 63 ans (soit plus jeune que le tabac : 71 ans) avec la population la plus touchée se situant parmi les 15-34 ans (22 %) (95-143) notamment par le risque de suicide et d'accident.

De nombreux outils sont à la disposition des médecins généralistes, premiers acteurs du dépistage en soins primaires, pour repérer et prendre en charge le mésusage d'alcool. Les tests biologiques en particulier ne sont pas des outils de dépistage mais sont utiles dans une démarche diagnostique lorsque la suspicion existe (16, 21, 163-186).

Le dialogue et la prévention semblent être les meilleurs moyens d'agir précocement pour poursuivre la tendance à la baisse des consommations d'alcool et le médecin généraliste tout indiqué pour remplir, avec d'autres acteurs, ce rôle de dépistage.

L'objectif de la présente étude est d'identifier comment les médecins généralistes dépistent le mésusage d'alcool chez leurs jeunes patients

Les objectifs secondaires sont de mettre en évidence les facilités et les freins au dépistage, permettant ainsi de rechercher des pistes d'amélioration en terme de qualité de prévention.

Matériel et méthodes :

Nous avons inclus dans notre étude tous les médecins généralistes en exercice, installés ou remplaçants, thésés ou non thésés, exerçant en Alsace volontaires et répondant au questionnaire en ligne adressé sur les réseaux sociaux et par mail à plusieurs syndicats de médecine générale de la période du 23/09/2020 au 23/12/2020. Aucune information identifiante n'a été recueillie.

Aussi, une anonymisation individuelle par questionnaire n'a pas été réalisée.

L'accès à la consultation de ces données a été restreint à l'auteur de cette thèse et à sa directrice.

Les questions ont été rédigées à partir des données de la littérature et de réflexions de plusieurs médecins généralistes pour aboutir à la version définitive qui se trouve en annexe. (Annexe 1)

Il s'agissait d'un auto-questionnaire, individuel, comportant 30 questions ouvertes et fermées, à réponse unique ou multiple.

Notre étude est inscrite au répertoire public des recherches dans le cadre de Méthode de Référence tenu par l'INDS consultable sur : <https://cil.unistra.fr/registre.html#proc-475>

Le consentement des médecins répondants n'a pas été recueilli par écrit car le remplissage du questionnaire était synonyme de consentement.

Il s'agit d'une étude épidémiologique observationnelle, transversale, semi-quantitative, multicentrique puisque ciblant tous les médecins généralistes et leurs cabinets en Alsace. Elle cible les pratiques actuelles.

Les résultats qualitatifs ont été exprimés en effectif et en pourcentage ; les quantitatifs en moyenne et écart-type.

Les réponses aux questions numériques (cotation de 0 à 10) ont été présentées sous forme de moyenne et d'association à la représentation sémantique suivante :

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Très mauvais		Mauvais		Moyen	Bon		Très bon		

Les analyses statistiques ont été réalisées par le logiciel Shinystat du GMRC (Groupe de Méthodes en Recherche Clinique, des Hôpitaux universitaires de Strasbourg) pour les calculs des coefficients de Pearson ou Spearmann pour mesure de la corrélation de variables quantitatives, du test exact de Fisher ou Chi 2 pour mesure de corrélation entre deux variables qualitatives et enfin du test de Kruskal Wallis pour la comparaison de variables quantitatives et qualitatives.

Résultats.

I- Caractéristiques de la population étudiée

La description des caractéristiques de la population est résumée dans le tableau ci-après.

	Effectif	Pourcentage	Moyenne	Ecart-type
Genre				
Hommes	53	38		
Femmes	86	62		
Âge			41,09	13,48
27-39 ans	82	58,99		
40-49 ans	17	12,23		
50-59 ans	17	12,23		
60 ans et plus	23	16,55		
Nombre d'enfants			1,3	1,25
0	56	40,29		
1	15	10,79		
2	44	31,65		
3	19	13,67		
4	4	2,88		
5	1	0,72		
Enfants (données incomplètes)				
Parenté	83	59,7		
Âge du premier enfant			29,17	2,74
Type d'activité				
Libéral seul	87	62,59		
Salariat seul	11	7,91		
Mixte	9	6,48		
Remplaçant	32	23,02		
Zone d'activité				
Urbaine	53	38,13		
Semi-urbaine	23	16,55		
Semi-rurale	46	33,09		
Rurale	17	12,23		
Formation réalisée			0,55	0,9
Aucune	90	64,75		
1	33	23,74		
2	9	6,48		
3	4	2,88		
4	3	2,16		
Type de formation réalisée				
Médecine de l'adolescent	10	7,19		
Pédiatrie	37	26,62		
Psychiatrie	10	7,19		
Addictologie	19	13,67		
Jeunes vus en consultation par semaine			15,24	12,25
Hommes	732		14,38	8,59
Femmes	1355		15,77	14,06

Tableau I : caractéristiques de la population étudiée.

La majorité des répondants (89/139) n'avait effectué aucune formation supplémentaire dans notre large domaine d'étude. La pédiatrie obtenait les faveurs des répondants puisque parmi les 50 personnes ayant participé à des formations complémentaires, 37 l'avaient effectuée, soit 74%. Parmi les 16 personnes ayant réalisé au moins deux formations, 14 d'entre elles s'étaient formées en pédiatrie.

II État des lieux du dépistage du mésusage d'alcool

Les résultats sont résumés dans le tableau ci-dessous.

Question	Moyenne	Ecart-type	Effectif sur 139	Pourcentage
État des lieux du dépistage				
Pensez-vous être l'acteur le mieux placé pour dépister un mésusage d'alcool ?	7,34	1,92		
A quel âge commenceriez-vous à dépister ?				
-chez les garçons	14,66 ans	2,51		
-chez les filles	14,87 ans	2,77		
A partir de combien d'API mensuels seriez-vous alerté chez vos jeunes patients ?				
-chez les garçons	1,97/mois	1,51		
-chez les filles	1,91/mois	1,43		
A quelle fréquence interrogez-vous les patients ?				2,88%
-à chaque consultation			4	14,39%
-une fois par patient			20	60,43%
-en contexte particulier			84	30,94%
-rarement			43	6,47%
-jamais			9	
A quelle fréquence interrogez-vous les parents de vos jeunes patients ?				
-à chaque consultation			0	0,00%
-une fois par patient			5	3,60%
-en contexte particulier			44	31,65%
-rarement			33	23,74%
-jamais			57	41,01%
Connaissance des tests validés en population jeune				
-Crafft Test			4	2,88%
-DEP-ADO			8	5,76%
-AUDIT			38	27,34%
Utilisation des tests validés en population jeune				
-Crafft Test			1	0,72%
-DEP-ADO			4	2,88%
-AUDIT			9	7,19%

Tableau II : État des lieux du dépistage du mésusage d'alcool par les médecins généralistes chez les jeunes.

III Facilités et freins au dépistage du mésusage d'alcool.

Les résultats sont les suivants, avec pour les freins, 1 : n'est pas un frein au dépistage et 10 : est un frein majeur au dépistage. Pour les critères facilitant le dépistage, nous avons noté 1 : n'est pas un facteur facilitant le dépistage et 10 : est un facteur facilitant majeur.

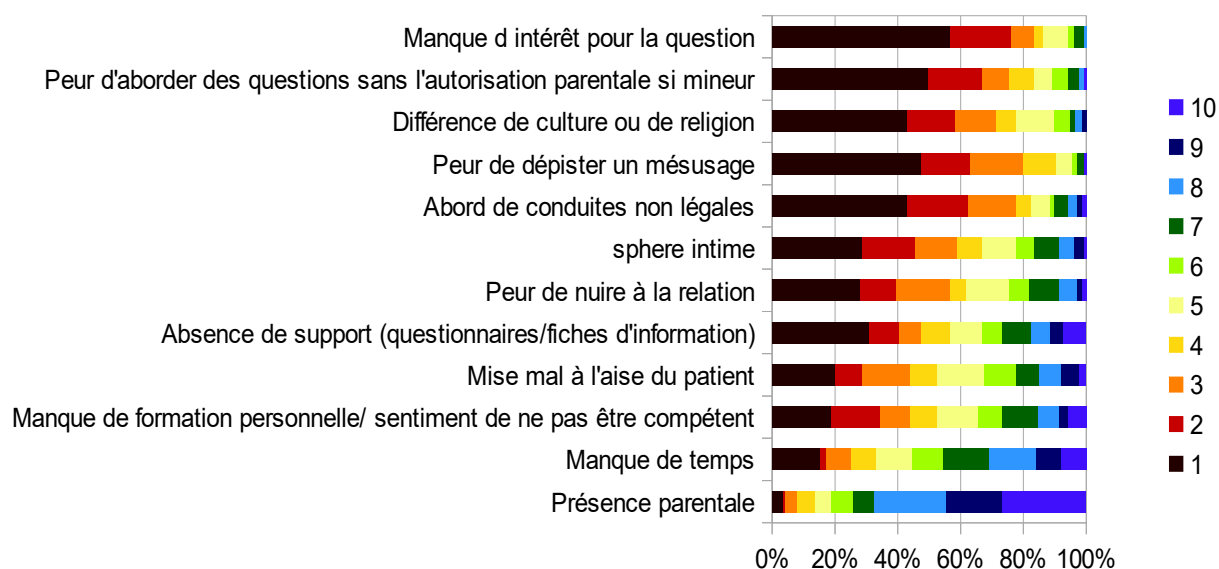


Figure 25 :Freins au dépistage du mésusage d'alcool chez les jeunes.

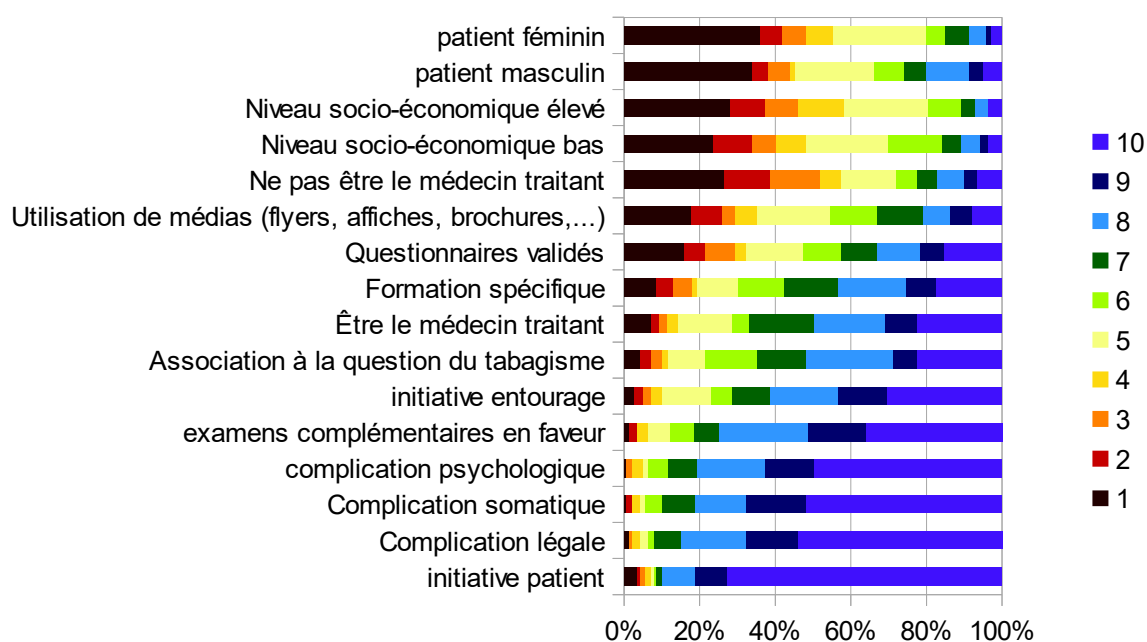


Figure 26 : Facteurs facilitant le dépistage du mésusage d'alcool chez les jeunes.

A la question «Comment vous sentez-vous à l'idée d'aborder les consommations d'alcool avec vos patients jeunes de 10 à 24 ans? (1 pas du tout à l'aise / 10 très à l'aise) » la moyenne des réponses était de 6,45 (écart type 2,16); la médiane se situant à 7. Plus le médecin est âgé ou plus il a d'enfants et plus il est à l'aise pour dépister.

Nous avons demandé aux répondants s'ils avaient tendance à fuir la question de l'alcool alors même qu'une suspicion forte de mésusage existe. La moyenne était de 3,07 (écart type 1,93). 49,64% des répondants n'évitaient jamais ou très rarement la problématique s'ils suspectaient fortement un mésusage. Au contraire 1,44% l'évitaient presque toujours. 13,67% des répondants avaient des scores supérieurs à 5 et avaient tendance à éviter la problématique.

IV Moyens d'amélioration du dépistage

Nous nous sommes intéressés à l'impact d'une consultation dédiée et à la participation à des formations adaptées. Les résultats sont résumés dans le tableau ci-dessous.

Question	Moyenne	Ecart-type	Médiane
Consultation dédiée			
Bénéfice attendu	6,51	2,68	7
Durée souhaitable (en minutes)	25,36	9,61	30
Rémunération souhaitable (en euros)	40,78	14,10	
Formation adaptée			
Utilité ressentie	7,93	2,07	8
Envie de participation	6,98	2,47	7
Durée envisageable et souhaitable (en heures)	5		4

Tableau III : Impact de l'instauration d'une consultation dédiée et/ou d'une formation adaptée, dans le dépistage du mésusage d'alcool chez les jeunes.

Au cours de cette consultation dédiée, 84,17% des médecins estimaient qu'il serait souhaitable de voir le jeune seul, même s'il est mineur.

Il est intéressant de noter que le fait d'avoir fait des formations, de ne pas être à l'aise ou encore

d'avoir le sentiment d'éviter la problématique n'influençaient en revanche pas le score d'utilité porté à une formation dédiée. La majorité des répondants (63,31%) préférerait bénéficier d'une formation en présentiel.

Discussion :

Notre étude présente des faiblesses et des forces :

Dans notre population, les femmes représentent 62% des répondants alors qu'en Alsace, elles sont 40,2% des médecins généralistes tous âges confondus. On compte également plus de jeunes médecins.

Avec 139 répondants, sur un ensemble de plus de 1800 médecins généralistes installés en Alsace et de remplaçants, nous ne pouvons pas atteindre une puissance très satisfaisante pour extrapoler nos résultats à la population générale. En effet les répondants sont en général des personnes qui se sentent concernées par la problématique posée. Nous pouvons donc supposer que notre échantillon comprend des médecins généralistes intéressés par le sujet, ce qui surestimerait l'ensemble de nos résultats. De plus, notre étude a été conduite dans un contexte de pandémie liée au Covid-19 pouvant entraîner un manque de temps ou une sur-sollicitation des praticiens.

Le recours à des auto-questionnaires a pu entraîner un biais de déclaration : les médecins interrogés ont pu déclarer non pas ce qu'ils faisaient mais ce qu'il convenait de faire, sur-estimant ainsi les résultats de l'étude.

Cette étude est à notre connaissance la seule qui étudie les pratiques de dépistage du mésusage d'alcool chez les jeunes dans la région Alsace et la seule à rechercher des pistes d'amélioration du dépistage en terme de formation ou à évoquer le rôle de celles-ci dans la pratique du dépistage.

Nos résultats ne peuvent pas être strictement comparés à ceux d'autres études qui utilisent leur propre questionnaire. Il existe néanmoins des analogies avec plusieurs études réalisées dans la Somme, le Dauphiné-Savoie ou encore le Nord-Pas-de-Calais (16,190,191).

Nous avons volontairement utilisé des critères d'inclusion les plus larges possibles et d'exclusion les plus restreints possibles pour être au plus près de notre population cible. Nous avons limité les données manquantes en effectuant trois relances d'envoi de questionnaire.

Le protocole de notre étude et des tests statistiques adaptés ont permis de répondre aux objectifs que nous nous étions fixés au préalable et a permis de mettre en évidence plusieurs tendances, vérifiées au niveau inter-régional et que nous allons exposer par la suite.

D'après nos résultats, environ 10% des médecins ont tendance à éviter la problématique de l'alcool alors qu'ils suspectent un mésusage et ne sont pas à l'aise pour dépister. Cela est peut être dû en partie à un manque d'expérience puisque nous avons montré que plus le répondant était âgé et plus il se sentait à l'aise pour aborder la problématique. Or, notre population de répondants était majoritairement composée de jeunes médecins. Il pourrait donc être intéressant de cibler ces jeunes médecins pour améliorer le dépistage.

Néanmoins il n'y avait pas de lien statistique strict entre l'éviction de la problématique et l'âge, aussi ce facteur n'est probablement pas le seul à prendre en compte. La corrélation positive avec la « peur de dépister » et le sentiment de « manque de formation » alors même qu'il n'y a pas de lien avec le nombre de formations réalisé nous indique qu'il existe peut être un problème de formation sous-jacente et de compétences retirées à leur issue.

De plus, l'alcool garde une image très positive et on compte plus de consommateurs à risque parmi les médecins que la population générale, cela dès les études de médecine (avec des résultats contradictoires sur ce dernier point). En Belgique par exemple, 14% des médecins

généralistes flamands ont une consommation quotidienne d'alcool contre 10% dans la population générale. Cela a donc pu banaliser la problématique.

Globalement, les médecins interrogés pensent être l'acteur dominant du dépistage du risque alcool. Néanmoins, plusieurs d'entre eux ont évoqué le fait que les parents sont également des acteurs privilégiés alors que leur interrogatoire reste marginal, dénotant peut être un manque de confiance dans ce domaine et le fait que pour les médecins interrogés, la consommation d'alcool est un problème privé et son dépistage, une affaire de sphère familiale.

Comme l'ont bien noté les répondants en évoquant le manque de temps comme frein principal au dépistage, la consultation du jeune est un véritable enjeu : venant peu peu parce qu'ils « vont bien », les médecins essaient de tout faire lors de ces consultations (point sur la santé mentale, mensurations, examens sportifs, contraception, IST,...), ce qui n'est pas possible. Parfois malheureusement, ces consultations sont aussi un moyen pour les médecins de rattraper un retard pris lors d'autres consultations avec des patients qui semblent aller moins bien (pathologies chroniques, personnes âgées, démence,...).

Nous avons vu que, dans notre étude, les facteurs facilitant le plus le dépistage sont l'initiative du patient ou de l'entourage, la présence de complications, la présence d'examens complémentaires en faveur du diagnostic de mésusage. Ces éléments montrent que le dépistage est de l'affaire du « passif » pour le médecin interrogé : le diagnostic est finalement déjà fait, et le soignant ne dépiste donc pas vraiment.

Vient ensuite le fait d'être médecin traitant, ce qui est plus intéressant et renforce le rôle à jouer de celui-ci dans la prévention du jeune. Cependant, l'adolescent avant ses 16 ans n'est pas tenu de choisir son médecin traitant. C'est donc paradoxal : être le médecin traitant favoriserait le dépistage du mésusage chez les jeunes mais ces dits-jeunes n'ont pas de médecin traitant.

Un dépistage optimisé pourrait consister en une discussion systématique chez tous les patients autour de ce thème, associée à un interrogatoire plus poussé en cas de signes spécifiques (décrochage scolaire, symptômes psychologiques, accidents post alcoolisation, conduites sexuelles à risque,...)mais cela semble difficile en pratique. Poser la question des consommations alcooliques régulièrement peut également être un moyen d'ouvrir le dialogue en montrant que le praticien est accessible et compétent pour aider le jeune patient.

Les moyens d'aide au dépistage sont très peu connus et peu et mal utilisés.

L'interprétation est délicate. En effet, beaucoup de répondants ont noté les tests biologiques comme des moyens de dépistage connus et 34% disent n'utiliser aucun moyen de dépistage. Or, nous l'avons vu, ces tests ne sont pas des tests de dépistage, contrairement aux questionnaires que sont l'AUDIT, le DEP-ADO et le CRAFFT-test chez les jeunes. On peut se demander si les praticiens ayant répondu « aucun » à cette question ne connaissaient réellement aucun des moyens proposés ou s'ils ne reconnaissaient pas certains d'entre eux comme étant des moyens de dépistage. Cela pose la question de la pertinence des formations réalisées. Il n'existe pas de lien statistique entre le fait de penser que le manque de temps est un frein au dépistage et le fait d'utiliser les bons supports pour dépister (moyenne 5,69 pour l'ensemble des questionnaires). Ces répondants ne perdent donc a priori pas plus de temps que les autres malgré leur bonne utilisation des supports à leur disposition.

Une consultation dédiée à ce dépistage spécifique paraîtrait encourager le dépistage car 65,47% des répondants disent qu'ils dépisteraient plus le mésusage d'alcool chez leurs jeunes patients s'il existait une consultation dédiée et revalorisée ; à condition d'une revalorisation et de pouvoir voir le jeune seul durant la consultation.

Le gouvernement prévoit qu'entre 11 et 16 ans, un jeune peut bénéficier de seulement deux consultations prises en charge à 100%, cotées à 25 euros pour le médecin généraliste (une entre 11 et 13 ans, une entre 15 et 16 ans) puis d'une consultation annuelle gratuite entre 16 et 25 ans. L'intégration actuelle de tous les problèmes posés à l'adolescence au sein de ces deux consultations semble illusoire.

L'instauration de formations, plutôt effectuées en présentiel, semble utile aux médecins interrogés pour améliorer le dépistage, à condition d'être adaptées et spécifiques au sujet.

Notre étude explore le paradoxe suivant :

Les médecins interrogés pensent que les formations sont utiles au dépistage mais en pratique celles-ci ne semblent pas avoir l'effet escompté : elles ne facilitent pas le dépistage, n'améliorent pas l'indice de confiance des médecins pour aborder la problématique alcool et ne permettent pas aux médecins une utilisation adaptée des tests de dépistage.

On peut émettre l'hypothèse que les formations existantes ne sont pas adaptées soit dans le fond, soit dans la forme à ce sujet précis et n'améliorent donc pas la pratique. Sur le fond, il est difficile de comparer les formations existantes entre elles mais nous ne pouvons exclure la possibilité de leur hétérogénéité en terme de qualité que ce soit par le temps passé, les modalités pédagogiques employées ou bien encore par l'organisme finançant ou proposant la formation. Sur la forme, un cours magistral aura moins de valeur dans une pratique médicale qu'un apprentissage sous forme de jeu de rôle où l'apprenant met directement en action ce qui lui est enseigné.

Plusieurs hypothèses peuvent être formulées : les jeunes médecins, majoritaires dans notre étude, sont plus enclins à noter l'utilité des formations, cela probablement en lien avec le fait qu'ils sortent d'un système « scolaire » dans lequel ils n'ont bénéficié en majorité que de cours magistraux.

Le système de DPC actuel est basé sur des inscriptions à des formations sur la base du volontariat : on n'incite pas les médecins à se former dans des domaines variés. Les systèmes d'autoformation pourraient être intéressants car nous voyons que parmi les cinq répondants utilisant les tests adaptés pour dépister, quatre n'avaient pas bénéficié de formation complémentaire.

Conclusion : Les médecins généralistes d'Alsace interrogés semblent avoir intégré la problématique de l'alcool chez les jeunes dans leur pratique et ont la volonté de mieux dépister. Le dépistage en lui-même ainsi que le suivi ne sont en revanche que très peu ou mal réalisés probablement du fait d'une méconnaissance des moyens de dépistage et de leur utilisation. Notre étude retrouve des freins au dépistage qui sont bien connus, à savoir la présence parentale et le manque de temps, posant la question des conditions de consultation de l'adolescent.

Les médecins interrogés estiment à 25 min et 40 euros le temps et l'argent nécessaires au dépistage de la seule problématique alcool. Actuellement, il n'est prévu qu'un total de deux consultations entre 11 et 16 ans pour effectuer le bilan complet bio-psycho-social de l'adolescent, démontrant la nécessité d'interpeller les instances gouvernementales pour permettre un dépistage plus adapté. De manière plus réaliste, nous ne pouvons qu'encourager les médecins généralistes à utiliser leur principal atout : suivre leurs patients sur le long terme sans tout attendre d'une consultation dédiée.

Un dépistage poussé à chaque consultation semble peu réalisable en pratique. Une des pistes envisageables pourrait être la mise en place d'une trame de consultation, à appliquer systématiquement lors de toute rencontre avec l'adolescent, que l'on pourra répéter au fil des consultations. Ceci pourrait permettre la mise en évidence de facteurs de risque de consommation et le dépistage par l'utilisation d'un questionnaire, bien ancré dans la pratique du médecin généraliste.

Rappelons que les trois tests validés dans la population jeune sont l'AUDIT, le DEP-ADO et le CRAFFT-Test. C'est au médecin généraliste de choisir celui qui lui sera le plus adapté et de se l'approprier pour peut être s'en détacher plus après. Cela nécessite également que le jeune soit vu seul au moins durant une partie de la consultation, comme le préconise la HAS. Le manque de temps ressenti dans la consultation-même ou les difficultés que les médecins anticipent en cas de dépistage positif, pourraient être surestimés par la méconnaissance d'outils de dépistage courts ou le sentiment de ne pas être à l'aise dans ce domaine.

La réalisation de formations, bien que jugées utiles par les médecins, n'a pas d'impact significatif sur l'indice de confiance des médecins dans le domaine, la fréquence de dépistage ou encore sur l'utilisation de tests adaptés. Il semble donc nécessaire de revoir les modalités de formation du médecin généraliste. Elles devront être ancrées dans la pratique, partant de situations réelles et utilisant des techniques de pédagogie active. Notons que l'autoformation apparaît, dans notre étude, comme une solution intéressante et permettrait d'acquérir une compétence solide dans l'utilisation d'un seul test préférentiel de dépistage et dans l'abord des consommations d'alcool du jeune.

Des études supplémentaires sont nécessaires pour déterminer les modalités spécifiques de telles mesures ainsi que l'évaluation de leurs bénéfices.

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire

18/02/2021 Dépistage du mésusage d'alcool chez les jeunes (10-24 ans) en médecine générale :Vers une amélioration des pratiques actuelles...

Quelques définitions pour la suite:

-seuils OMS : Pas plus de 3 verres/j pour les hommes et pas plus de 2/j pour les femmes. Pas plus de 4 verres par occasion. Au moins 1 jour d'abstinence dans la semaine.

-Usage simple: consommation à la fois : asymptomatique et inférieure aux seuils recommandés en France.

-usage à risque : consommation supérieure aux normes OMS sans dommage physique-psychique-social OU consommation inférieure ou égale aux normes associée à une situation à risque (prise rapide, grossesse, conduite automobile, consommations associées,...)

-usage nocif : usage à risque entraînant des dommages somatiques, psycho-affectifs ou sociaux, en l'absence de dépendance

-dépendance : perte de la maîtrise des consommations (tolérance, craving,...)

-trouble lié à l'usage d'alcool : ensemble regroupant usage nocif et dépendance.

-Mésusage: ensemble regroupant l'usage à risque et le trouble lié à l'usage d'alcool.

-binge drinking = Alcoolisation Ponctuelle Importante (API) : >5 verres en 2h chez l'homme et >4 chez la femme.



I/ Données socio-professionnelles

Quel âge avez-vous? *

Vous êtes: *

- ☐ un homme
- ☐ une femme
- ☐ autre

Combien d'enfants avez-vous? *

Quel âge a / ont-ils?

Quel est votre type d'activité?

- ☐ Salarié
- ☐ Installé
- ☐ Mixte
- ☐ Remplaçant
- ☐ Autre

Quelle est votre zone d'activité? *

- ☐ Rurale
☐ Semi-rurale
☐ Semi-urbaine
☐ Urbaine

Combien de jeunes entre 10 et 24 ans environ voyez vous en consultation par semaine environ? *

avez vous réalisé une ou plusieurs formations : en pédiatrie/ médecine de l'adolescent/addictologie (DESC, Capacité, DU, EPU, DPC)? *

- ☐ Pédiatrie
☐ Médecine de l'adolescent
☐ Addictologie
☐ Psychiatrie
☐ Aucune



II/ Dépistage des consommations alcooliques en consultation

Pensez-vous être l'acteur de santé le mieux placé pour dépister un mésusage d'alcool ? (1 complètement non / 10 complètement oui) *

- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Si vous avez répondu plutôt non à la question précédente, qui serait pour vous, le plus à même de les dépister?

A partir de quel âge commenceriez vous à dépister un mésusage d'alcool chez un jeune homme ? *

A partir de quel âge commenceriez vous à dépister un mésusage d'alcool chez une jeune femme? *

Interrogez-vous les adolescents sur leur consommation d'alcool? *

- ☐ Jamais
☐ Rarement
☐ Dans un contexte particulier
☐ Une fois par patient

- ☐ A chaque consultation
- ☐ Autre

Même question à l'attention des parents vus en consultation : les interrogez vous sur la consommation de leurs enfants ? *

- ☐ Jamais
- ☐ Rarement
- ☐ Dans un contexte particulier
- ☐ Une fois par patient
- ☐ A chaque consultation
- ☐ Autre

A partir de combien d'épisodes de binge-drinking mensuels seriez-vous alarmé chez un de vos jeunes patients (Hommes)? *

Même question pour des jeunes patientes (Femmes) *



III/ Facilités et freins au dépistage

Comment vous sentez-vous à l'idée d'aborder les consommations d'alcool avec vos patients jeunes de 10 à 24 ans ? (1 pas du tout à l'aise / 10 très à l'aise) *



Vous arrive-t-il d'avoir le sentiment d'éviter la problématique de l'alcool alors que vous suspectez fortement une consommation problématique d'alcool ? (1 Jamais / 10 toujours) *



Quelles sont les difficultés que vous éprouvez pour aborder ces questions ? (Aucune difficulté 0 ; difficulté majeure voire empêchant le dépistage : 10)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Abord de la sphère intime *	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Présence parentale *	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Peur de nuire à la relation *	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Abord de conduites non légales *	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Mise mal à l'aise du patient *	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Peur de dépister un mésusage *	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Peur d'aborder des questions sans l'autorisation parentale si	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

mineur *

Manque de formation personnelle/ sentiment de ne pas être compétent *

Absence de support (questionnaires/fiches d'information) *

Différence de culture ou de religion *

Manque de temps *

Manque d'intérêt pour la question *

Autre *

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Si vous avez répondu "Autre", quel autre frein détectez-vous à ce dépistage?

Quels sont les facteurs qui, selon vous, favorisent l'abord des problèmes d'alcool ? (facteur non favorisant : 1 ; Facteur favorisant/enjoignant au dépistage :10)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Initiative du patient *	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Initiative de l'entourage *	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Patient masculin *	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Patient féminin *	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Examens complémentaires en faveur *	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Complication somatique *	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Complication psychologique *	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Complication légale *	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Niveau socio-économique bas *	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Niveau socio-économique élevé *	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Association à la question du tabagisme *	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Questionnaires validés *	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Formation spécifique *	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Être le médecin traitant *	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ne pas être le médecin traitant *	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Utilisation de médias (flyers, affiches, brochures,...) *	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐



IV/ Utilisation de supports de dépistage dédiés

Pour dépister un mésusage d'alcool chez vos jeunes patients, connaissez-vous des supports ?

*

18/02/2021 Dépistage du mésusage d'alcool chez les jeunes (10-24 ans) en médecine générale :Vers une amélioration des pratiques actuelles...

- ☐ Questionnaire AUDIT
- ☐ Questionnaire FACE
- ☐ Questionnaire DEP-ADO
- ☐ Questionnaire DETA
- ☐ Crafft Test
- ☐ VGM
- ☐ ASAT>ALAT
- ☐ Gamma GT
- ☐ CDT (Carboxy Deficient Transferrin)
- ☐ Fiche d'information en salle d'attente
- ☐ Aucun
- ☐ Autre

Pour dépister un mésusage d'alcool chez vos jeunes patients, avez-vous recours à des supports ? *

- ☐ Questionnaire AUDIT
- ☐ Questionnaire FACE
- ☐ Questionnaire DEP-ADO
- ☐ Questionnaire DETA
- ☐ Crafft-Test
- ☐ VGM
- ☐ ASAT>ALAT
- ☐ Gamma GT
- ☐ CDT
- ☐ Fiche d'information en salle d'attente
- ☐ Aucun
- ☐ Autre

Pour le suivi d'un mésusage d'alcool dépisté chez vos jeunes patients, utilisez-vous ? (plusieurs réponses possibles) *

- ☐ Questionnaire AUDIT
- ☐ Questionnaire FACE
- ☐ Questionnaire DEP-ADO
- ☐ Questionnaire DETA
- ☐ VGM
- ☐ Gamma GT
- ☐ Enzymes hépatiques
- ☐ CDT
- ☐ interrogatoire simple avec CDA (consommation déclarée d'alcool)
- ☐ Consultation dédiée reprogrammée

☐ Aucun

☐ Je n'ai encore jamais dépisté de consommation problématique d'alcool


V/ Pistes pour améliorer le dépistage

S'il existait une consultation dédiée, rémunérée et gratuite pour le patient, dépisteriez-vous plus un mésusage d'alcool chez vos patients jeunes ? (1 totalement non / 10 totalement oui)

*

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Combien de temps accepteriez-vous de passer sur une telle consultation ? (temps en minutes) *

Pour quelle rémunération ? (valeur en euros) *

Concernant une telle consultation *

- ☐ Il serait souhaitable de voir l'adolescent avec ses parents
- ☐ Il serait souhaitable de voir l'adolescent seul, même si mineur
- ☐ Il serait souhaitable de voir l'adolescent mineur accompagné du majeur
- ☐ Autre

Pensez-vous qu'il serait intéressant de rendre obligatoire une telle consultation chez cette population? (Par exemple à un âge fixe/ avant l'entrée en lycée ou avant,...) (il existe ce principe lors de la première inscription d'université) *

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Que pensez-vous de l'intérêt d'une fiche d'information (poster, flyer, auto questionnaire) sur la consommation d'alcool chez les jeunes en salle d'attente ? (1 totalement inutile / 10 totalement utile) *

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Que pensez-vous de l'intérêt d'une formation destinée aux professionnels de santé dans ce domaine ?

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Utilité (1 complètement inutile / 10 complètement utile) *	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Envie d'y participer (1 aucune envie / 10 très envie) *	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

18/02/2021 Dépistage du mésusage d'alcool chez les jeunes (10-24 ans) en médecine générale :Vers une amélioration des pratiques actuelles...

Combien de temps accepteriez-vous de passer pour une telle formation ? (heures de 1 à 16 soit 4 demies journées) *

Pour quel format? *

- ☐ E-learning
☐ Présentiel
☐ Autre



Merci d'avoir répondu à ce questionnaire!

Pour toute demande supplémentaire ou commentaire, il vous est possible de laisser un commentaire ci-après.

Commentaires

VALIDER

Attention au vol de données : ne saisissez jamais de mots de passe dans un questionnaire.

[Signaler un cas d'utilisation abusive](#)

Annexe 2 : Questionnaire AUDIT, issu de l'article original consultable sur

<https://www.who.int/publications/i/item/audit-the-alcohol-use-disorders-identification-test-guidelines-for-use-in-primary-health-care>

AUDIT

Madame, Monsieur,

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

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

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

Un verre standard représente une de ces boissons :



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

Photocopier autant que nécessaire.

Mode d'emploi : calculez votre score

Date : ____ / ____ / ____

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

Annexe 3 : DETA test, issu du site web de la HAS.

Questionnaire CAGE-DETA (Alcool)

1. Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ?
2. Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ?
3. Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop ?
4. Avez-vous déjà eu besoin d'alcool dès le matin ?

→ Une réponse positive à deux questions sur quatre est un bon critère prédictif d'un problème de consommation d'alcool.

Annexe 4 : FACE Test

FACE

Repérage des consommations problématiques d'alcool en médecine générale

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

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

Les deux premières questions portent sur les douze derniers mois.

	Score
① A quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ? Jamais ☐ 0 une fois par mois ou moins ☐ 1 2 à 4 fois par mois ☐ 2 2 à 3 fois par semaine ☐ 3 4 fois ou plus par semaine ☐ 4	
② Combien de verres standard buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ? Un ou deux ☐ 0 trois ou quatre ☐ 1 cinq ou six ☐ 2 sept à neuf ☐ 3 dix ou plus ☐ 4	
③ Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation d'alcool ? Non ☐ 0 oui ☐ 4	
④ Avez-vous déjà eu besoin d'alcool le matin pour vous sentir en forme ? Non ☐ 0 oui ☐ 4	
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	
TOTAL	

Interprétation :

Date : / /

⊗ Pour les femmes, un score supérieur ou égal à 4 indique une consommation à risque.

⊗ Pour les hommes, un score supérieur ou égal à 5 indique une consommation à risque.

⊗ Un score supérieur ou égal à 9 est, dans les deux sexes, en faveur d'une dépendance.

Entre ces deux seuils, une « intervention brève » (conseil structuré de réduction de la consommation) est indiquée.

Photocopier autant que nécessaire.

Annexe 5 : Questionnaire DEP-ADO

8293400927

RISQ

DEP-ADO

GRILLE DE DÉPISTAGE DE CONSOMMATION PROBLÉMATIQUE D'ALCOOL ET DE DROGUES CHEZ LES ADOLESCENTS ET LES ADOLESCENTES

Version 3.1 - octobre 2003

No. dossier

Quel est ton niveau scolaire actuel?

○ Secondaire I

○ Secondaire II

○ Secondaire III

○ Secondaire IV

Date :

Année

Mois

Jour

Nom:

Prénom:

1927400924

RISQ

DEP-ADO

Version 3.1 - octobre 2003

No. dossier

5. a) Garçon

Au cours des 12 derniers mois, combien de fois as-tu pris 8 consommations d'alcool ou plus dans une même occasion ?

Fois

5. b) Fille

Au cours des 12 derniers mois, combien de fois as-tu pris 5 consommations d'alcool ou plus dans une même occasion ?

Fois

6. Au cours des 12 derniers mois, cela t'est-il arrivé ?

Oui

Non

a) ta consommation d'alcool ou de drogue a nui à ta santé physique (ex.: problèmes digestifs, overdose, infection, irritation nasale, tu as été blessé(e), etc.)

○

○

b) tu as eu des difficultés psychologiques à cause de ta consommation d'alcool ou de drogue (ex.: anxiété, dépression, problèmes de concentration, pensées suicidaires, etc.)

○

○

c) ta consommation d'alcool ou de drogue a nui à tes relations avec ta famille

○

○

d) ta consommation d'alcool ou de drogue a nui à une de tes amitiés ou à ta relation amoureuse

○

○

e) tu as eu des difficultés à l'école à cause de ta consommation d'alcool ou de drogue (ex.: absence, suspension, baisse des notes, baisse de motivation, etc.)

○

○

f) tu as dépensé trop d'argent ou tu en as perdu beaucoup à cause de ta consommation d'alcool ou de drogue

○

○

g) tu as commis un geste délinquant alors que tu avais consommé de l'alcool ou de la drogue, même si la police ne t'a pas arrêté (ex.: vol, avoir blessé quelqu'un, vandalisme, vente de drogues, conduite avec facultés affaiblies, etc.)

○

○

h) tu as pris des risques alors que tu avais consommé de l'alcool ou de la drogue (ex.: relations sexuelles non protégées ou invraisemblables à jeûn, conduite d'un vélo ou activités sportives sous intoxication, etc.)

○

○

i) tu as l'impression que les mêmes quantités d'alcool ou de drogues avaient maintenant moins d'effet sur toi

○

○

j) tu as parlé de ta consommation d'alcool ou de drogues à un intervenant

○

○

7. Quelle a été ta consommation de tabac au cours des 12 derniers mois ? (noircir la réponse)

○ Pas consommé

○ À l'occasion

○ Une fois par mois environ

○ La fin de semaine ou une à deux fois par semaine

○ 3 fois et + par semaine mais pas tous les jours

○ Tous les jours

SCORES BRUTS FACTORIELS

SCORE TOTAL

Entoure le FEU correspondant

V

J

R

Entretien de dépistage CRAFFT (version 2.1)

Ces questions seront posées oralement par le personnel clinique

Commencez ainsi : « Je vais vous poser quelques questions que je pose à tous mes patients. Veuillez être honnête. Vos réponses resteront confidentielles. »

Partie A

Au cours des 12 DERNIERS MOIS, avec quelle fréquence (en jours) avez-vous :

- | | |
|---|----------------------|
| 1. Bu plus que quelques gorgées de bière, de vin ou de boisson alcoolisée? Dites « 0 » si c'est le cas. | <input type="text"/> |
| | Nb de jours |
| 2. Consommez-vous de la marijuana (par exemple, de l'herbe, de l'huile ou du hachisch [fumé, vapoté ou incorporé dans la nourriture]) ou de la « marijuana synthétique » (par exemple, le « K2 » ou le « Spice »)? Dites « 0 » si c'est le cas. | <input type="text"/> |
| | Nb de jours |
| 3. Utilisez-vous d'autres substances pour planer (par exemple, d'autres drogues illégales, des médicaments en vente libre et des produits à « sniffer » ou à vapoter)? Dites « 0 » si c'est le cas. | <input type="text"/> |
| | Nb de jours |

Le/la patient(e) a-t-il/elle répondu « 0 » pour toutes les questions de la Partie A?

Oui ☐



Non ☐



Posez uniquement la question sur la VOITURE, puis arrêtez-vous

Posez les 6 questions CRAFFT ci-après.

Partie B		Non	Oui
C	Êtes-vous déjà monté(e) dans une VOITURE dont le conducteur (y compris vous-même) conduisait sous l'effet de l'alcool ou de drogues?	☐	☐
R	Prenez-vous de l'alcool ou de la drogue pour vous DÉTENDRE, pour être mieux dans votre peau, ou pour vous sentir mieux accepté(e)?	☐	☐
A	Prenez-vous de l'alcool ou de la drogue lorsque vous êtes SEUL(E)?	☐	☐
F	Vous arrive-t-il d'OUBLIER des choses que vous avez faites sous l'emprise de l'alcool ou de drogues?	☐	☐
F	Est-ce que votre FAMILLE ou vos AMIS vous disent que vous devriez réduire votre consommation d'alcool ou de drogue?	☐	☐
T	Avez-vous déjà eu des ENNUIS lorsque vous étiez sous l'emprise de l'alcool ou de drogues?	☐	☐

***Un score total de deux réponses affirmatives ou plus indique un dépistage positif et qu'une évaluation supplémentaire est requise. Consultez le verso pour plus de détails. →**

AVIS AU PERSONNEL DE LA CLINIQUE ET AUX ARCHIVES MÉDICALES :

TABLE DES FIGURES ET TABLEAUX

FIGURES

Figure 1 : volumes de différents types de boissons alcoolisées équivalant à 10g d'alcool pur.....	31
Figure 2 : Évolution du mésusage de l'alcool (SFA).....	34
Figure 3 : Distribution des moyennes du nombre de verres d'alcool consommés et du nombre de jours de consommation d'alcool selon l'âge, parmi les 18-75 ans ayant consommé de l'alcool au cours des 12 derniers mois.....	38
Figure 4 : Prévalences régionales standardisées de la consommation quotidienne d'alcool chez les adultes de 18 à 75 ans en France métropolitaine en 2017 et dans les départements d'outre-mer en 2014 (moyenne française 10,0%).....	39
Figure 5 : Cadre conceptuel de la santé de l'adolescent.....	43
Figure 6:Caractéristiques du développement des adolescents et jeunes adultes.....	45
Figure 7 : Usages d'alcool, de tabac et de cannabis selon le niveau scolaire en 2018.....	49
Figure 8: Métabolisme de l'alcool au niveau moléculaire.....	53
Figure 9 : Périodes de développement des différents organes et sensibilité correspondant aux effets d'une exposition à l'alcool.....	54
Figure 10 : Comparaison de la nocivité des substances psychoactives en fonction de leur action sur le consommateur et sur autrui.....	69
Figure 11 : Répartition des médecins répondants selon leur âge et leur sexe.....	113
Figure 12 : Répartition du nombre d'enfants par tranche d'âge de médecin répondant, tous sexes confondus.....	114
Figure 14 : Type d'activité exercée par les répondants.....	115
Figure 15 : Moyenne d'âge par type d'activité.....	115
Figure 16 : Répartition du lieu d'activité professionnelle.....	116
Figure 17 : Répartition du lieu d'activité selon le sexe.....	116
Figure 18 :Conviction d'être le meilleur acteur de dépistage du mésusage d'alcool.....	118
Figure 19 : Âge du jeune (homme à gauche et femme à droite) pour lequel un dépistage du mésusage d'alcool est initié.....	119
Figure 20 : Nombre d'API alertant un praticien sur un potentiel mésusage de son jeune	

patient (patient garçon à gauche et patient fille à droite).....	120
Figure 21 :Fréquence de l'interrogatoire des consommations auprès des jeunes patients.....	121
Figure 22 : Fréquence de l'interrogatoire des consommations d'alcool des jeunes auprès de leurs parents (en effectif).....	121
Figure 23 : Capacité du praticien à être à l'aise pour aborder la problématique alcool chez un jeune patient.....	122
Figure 24 : Tendance à éviter la problématique alcool en consultation chez un jeune patient lorsqu'une suspicion de mésusage existe.....	123
Figure 25 : Freins au dépistage du mésusage d'alcool chez les jeunes ; cotation de 0 à 10.....	124
Figure 26 : Facteurs facilitant le dépistage du mésusage d'alcool chez les jeunes, cotation de 0 à 10.....	126
Figure 27 : Connaissance de supports pour le dépistage du mésusage d'alcool chez les jeunes.....	128
Figure 28 : Utilisation de supports pour le dépistage du mésusage d'alcool chez les jeunes.....	129
Figure 29 : Utilisation de supports pour le suivi des jeunes patients ayant un mésusage d'alcool.....	130
Figure 30 : Bénéfice attendu d'une consultation dédiée sur le dépistage du mésusage...	132
Figure 31 : Durée souhaitable d'une consultation de prévention spécifique sur le risque alcool chez les jeunes.....	132
Figure 32 : Rémunération souhaitable d'une consultation de prévention spécifique sur le risque alcool chez les jeunes.....	133
Figure 33 : Modalités souhaitables d'une consultation sur le risque alcool du jeune.....	134
Figure 34 : Intérêt de rendre obligatoire une consultation dédiée au mésusage d'alcool chez les jeunes.....	135
Figure 35 : Utilité ressentie d'une fiche d'information au service du dépistage du mésusage d'alcool chez les jeunes.....	135
Figure 36 : Utilité ressentie d'une formation spécifique au service du dépistage du mésusage d'alcool chez les jeunes.....	136
Figure 37 : Volonté de participation à une formation spécifique sur le risque alcool chez	

les jeunes, s'il en existait une.....137

Figure 38 : Préférence en terme de lieu de formation.....138

TABLEAUX

Tableau I : Caractéristiques de la population étudiée.....112

Tableau II : État des lieux du dépistage du mésusage d'alcool par les médecins
généralistes chez les jeunes.....170

Tableau III : Impact de l'instauration d'une consultation dédiée et/ou d'une formation
adaptée, dans le dépistage du mésusage d'alcool chez les jeunes.....172

Bibliographie :

1. Johnsonn H. Une histoire mondiale du vin : De l'Antiquité à nos jours. Edition Babelio.
Disponible sur: <https://www.babelio.com/livres/Johnson-Une-histoire-mondiale-du-vin--De-lAntiquite-a-no/414699>
2. JOVELIN E. De l'alcoolisme à l'abstinence. Paris: Editions ASH; 2002. 166 p. (ASH professionnels).
3. Association alcool assistance. ORIGINE DE L'ALCOOL, L'alcool, qu'est-ce que c'est.
Disponible sur: <https://www.alcoolassistance.net/lalcool-quest-ce-que-cest>
4. Thomas M. Histoire et alcoolisme; 2007. Disponible sur: <http://hepatoweb.com/Alcoolisme-historique.php>
5. Caro F. Chapitre 42. Alcoolisme. Manuel de psychiatrie clinique et psychopathologique de l'adulte. Presses Universitaires de France; 2012. Disponible sur:
<https://www.cairn.info/manuel-de-psychiatrie-clinique-et-psychopathologi--9782130572107-page-769.htm>
6. Santé publique France. Consommation d'alcool en France : où en sont les Français ?; 2020.
Disponible sur: [/les-actualites/2020/consommation-d-alcool-en-france-ou-en-sont-les-francais](https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2020/consommation-d-alcool-en-france-ou-en-sont-les-francais)
7. Demossier M. Wine Drinking Culture in France: A National Myth or a Modern Passion? University of Wales Press; 2010. 248 p.
8. Besson D. Boissons alcoolisées : 40 ans de baisse de consommation ; Edition Paris : INSEE ; 2004
9. Dupuy G, Vorspan F, Lépine J-P. Épidémiologie des usages de substances addictives : résultats d'études réalisées en France et perspectives internationales. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. 1 sept 2009;167(7):498-503.
10. INSEE. Consommation des ménages – Tableaux de l'économie française | INSEE; 2017.
Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2569364?sommaire=2587886#consulter-sommaire>
11. Cour des comptes. Les politiques de lutte contre les consommations nocives d'alcool; 2016
Disponible sur: <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/les-politiques-de-lutte-contre-les-consommations-nocives-dalcool>
12. OFDT. OFDT - Drogue et toxicomanie, addiction et dépendance en France - Données, études, enquêtes, observations; 2018. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/>
13. Palle C. Le poids économique de l'alcool. dans OFDT, Drogues et addictions, données essentielles ; 2013. p154-159.
14. Ministère de la culture. Un nouveau réseau pour la Gastronomie; 2013. Disponible sur:

<https://www.culture.gouv.fr/Actualites/Un-nouveau-reseau-pour-la-Gastronomie>

15. La revue du vin de France, AFP. Le ministre de l'Agriculture assume ses propos sur le vin. La Revue du vin de France. Disponible sur: <https://www.larvf.com/le-ministre-de-l-agriculture-assume-ses-propos-sur-le-vin,4607630.asp>
16. Evangelista - Mangeant. Prévention, dépistage et prise en charge des consommations d'alcool chez les adolescents : Facteurs facilitants et freinants, représentations - URPS Médecins AuRA; 2011. Disponible sur: <https://www.urps-med-aura.fr/publications/prevention-depistage-et-prise-en-charge-des-consommations-dalcool-chez-les-adolescents-facteurs-facilitants-et-freinants-representations/>
17. CHOQUET M, MOREAU C. Les jeunes face à l'alcool. Eres; 2019. 296 p.
18. Jaffé PD, Lachat M, Boutrel B, Stephan P, Michaud P-A. Cahier / Institut universitaire Kurt Bösch, [Institut international des droits de l'enfant]. Adolescents et alcool, un cocktail détonant : de l'expérimentation à la désocialisation : actes du 3ème Colloque printanier de l'Institut universitaire Kurt Bösch et de l'institut international des Droits de l'enfant. Sion: Institut universitaire K. Bösch; 2012. 134 p.
19. Vin-vigne.com. Appellations viticoles Françaises : AOC, AOP, IGP ; 2015. Disponible sur: <http://www.vin-vigne.com/appellation/>
20. Viet N-T, Guignard R. BEH Santé Publique France Consommation d'alcool, comportements et conséquences pour la santé // Alcohol consumption, behaviors and consequences on health in France; 2019.
21. Bauchet E, Beck F, Coueron J-P. Jeunes et addictions : évolution des comportements et des pratiques professionnelles. 2014;(429).
22. Joseph M. De l'alcool dans les yeux, le nouveau jeu dangereux. Le Figaro.fr; 2010. Disponible sur: <https://www.lefigaro.fr/actualite-france/2010/09/06/01016-20100906ARTFIG00727-de-l-alcool-dans-les-yeux-le-nouveau-jeu-dangereux.php>
23. Educalcool. le calage d'alcool ; 2019. Disponible sur: https://educalcool.qc.ca/wp-content/uploads/2019/09/Le_calage_d_alcool.pdf
24. Bailly D. Alcool, drogues chez les jeunes : agissons. Odile Jacob; 2009. 292 p.
25. Liberale L, Bonaventura A, Montecucco F, Dallegrì F, Carbone F. Impact of Red Wine Consumption on Cardiovascular Health. Curr Med Chem. 2019;26(19):3542-66.
26. Taschini E, Urdapilleta I, Verlhac J-F, Tavani JL. Représentations sociales de l'alcoolisme féminin et masculin en fonction des pratiques de consommation d'alcool. Cah Int Psychol Soc. 23 oct 2015;Numéro 107(3):435-61.
27. Organization WH. International guide for monitoring alcohol consumption and related harm. 2000; Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/66529>
28. OFDT. Les repères de consommation d'alcool : les standards mis en question - Note de synthèse; 2015. 20p. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/publications/collections/notes/les-reperes-de-consommation-d-alcool-les-standards-mis-en-question/>

29. INCA. Prévention Nutrition & des cancers : des connaissances scientifiques aux recommandations ; 2009.
30. INSERM. Alcool & Santé . Inserm - La science pour la santé; 2017. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/alcool-sante>
31. Griswold MG, Fullman N, Hawley C, Arian N, Zimsen SRM, Tymeson HD, et al. Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet*. 22 sept 2018;392(10152):1015-35.
32. Burton R, Sheron N. No level of alcohol consumption improves health. *The Lancet*. 22 sept 2018;392(10152):987-8.
33. Raphelson S. NPR. No Amount Of Alcohol Is Good For Your Health, Global Study Says; 2018. Disponible sur: <https://www.npr.org/2018/08/24/641618937/no-amount-of-alcohol-is-good-for-your-health-global-study-claims>
34. Santé Publique France. Avis d’experts santé publique France. 2017; Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2017/avis-d-experts-relatif-a-l-evolution-du-discours-public-en-matiere-de-consommation-d-alcool-en-france-organise-par-sante-publique-france-et-l-insti>
35. Assurance maladie. Alcool : repères de consommation; 2021. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/alcool-sante/definition-reperes-consommation>
36. Les nouveaux repères de consommation - Alcool Info Service; 2017. Disponible sur: <https://www.alcool-info-service.fr/Alcool/Home-Professionnels/Alcool-Sante/reperes/nouveaux-reperes-alcool>
37. SFA. Société française d’alcoologie. Les mésusages d’alcool en dehors de la dépendance. Usage à risque-usage nocif; 2003. Disponible sur: <http://www.sfalcoologie.asso.fr/page.php?choix=A10>
38. DSM-5 - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Elsevier Masson; 2015. 1116p. Disponible sur: <https://www.elsevier-masson.fr/dsm-5-manuel-diagnostique-et-statistique-des-troubles-mentaux-9782294743382.html>
39. White AM, Tapert S, Shukla SD. Binge Drinking. *Alcohol Res Curr Rev*. janv 2018;39(1):1-3.
40. World Health Organization. Management of Substance Abuse Team. Global status report on alcohol and health 2018. 2018.
41. Beck F, Richard J-B. La consommation d’alcool en France. *Presse Médicale*. 1 oct 2014;43(10, Part 1):1067-79.
42. OFDT- Saint Denis. ESCAPAD; Tendances N°123, 2018. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/enquetes-et-dispositifs/escapad/>
43. OFDT. Alcool : évolution des quantités consommées par habitant âgé de 15 ans et plus depuis 1961 (en litres équivalents d’alcool pur); 2020. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/statistiques-et-infographie/series-statistiques/alcool-evolution-des->

quantites-consommees-par-habitant-age-de-15-ans-et-plus-depuis-1961-en-litres-equivalents-dalcohol-pur/

44. Richard J-B, Groupe Baromètre de Santé publique France 2017. La consommation d'alcool chez les adultes en France en 2017. Alcohol consumption in adults in France in 2017 ; 2019
45. OFDT. Les drogues à 17 ans : analyse régionale - Enquête ESCAPAD 2017. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/publications/collections/rapports/rapports-d-etudes/rapports-detudes-ofdt-parus-en-2018/les-drogues-17-ans-analyse-regionale-enquete-escapad-2017/>
46. Beck F, Guillemont J, Santé Publique France. La consommation d'alcool des jeunes : ce que nous apprennent les enquêtes ; 2008. Disponible sur: <http://santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/alcool/documents/article/la-consommation-d-alcool-des-jeunes-ce-que-nous-apprennent-les-enquetes>
47. OFDT. Enquête HBSC 2014: Les comportements de santé des collégiens (11-15 ans) parisiens et séquanais-dionysiens; 2018. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/publications/collections/rapports/rapports-d-etudes/rapports-detudes-ofdt-parus-en-2018/les-comportements-de-sante-des-collegiens-11-15-ans-parisiens-et-sequanais-dionysiens-enquete-hbsc-2014/>
48. OFDT. Drogues : perceptions des produits, des politiques publiques et des usagers - Tendances 131 - avril 2019. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/publications/collections/periodiques/lettre-tendances/drogues-perceptions-des-produits-des-politiques-publiques-et-des-usagers-tendances-131-avril-2019/>
49. Keyes KM, Li G, Hasin DS. Birth cohort effects and gender differences in alcohol epidemiology: a review and synthesis. *Alcohol Clin Exp Res.* déc 2011;35(12):2101-12.
50. Slade T, Chapman C, Swift W, Keyes K, Tonks Z, Teesson M. Birth cohort trends in the global epidemiology of alcohol use and alcohol-related harms in men and women: systematic review and metaregression. *BMJ Open.* oct 2016;6(10):e011827.
51. santé publique france. Déterminants de santé [Internet]. [cité 9 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/alcool/documents/article/la-mortalite-attribuable-a-l-alcool-en-france-en-2015>
52. Naimi TS, Brewer RD, Miller JW, Okoro C, Mehrotra C. What do binge drinkers drink? Implications for alcohol control policy. *Am J Prev Med.* sept 2007;33(3):188-93.
53. Alsace vins. Histoire du vignoble alsacien - Vins d'Alsace; 2003-2015. Disponible sur: <http://www.alsace-vins.net/vignoble-alsacien/article/histoire-du-vignoble-alsacien>
54. Muller C. Les vins d'Alsace : histoire d'un vignoble. Strasbourg: Coprur; 1999. 192 p.
55. Bischoff G. Muller (Claude), Alsace. Une civilisation de la vigne du VIII^e siècle à nos jours. Editions Place Stanislas, 350p ; 2010. *Rev d'Alsace.* 1 sept 2011;(137):566-7.
56. Voluer P. Le grand livre de la bière en Alsace ; deux mille ans de tradition et de savoir-faire. Editions Place Stanislas. Disponible sur: <https://halldulivre.com/livre/9782355780110-le-grand-livre-de-la-biere-en-alsace-deux-mille-ans-de-tradition-et-de-savoir-faire-philippe-voluer/>

57. brasseurs d'Alsace ADT. L'histoire | Au gré des bières. Disponible sur:
<https://www.augredesbieres.com/histoire>
58. Santé Publique France. Bulletin de santé publique alcool en région Grand-Est ;2020.
Disponible sur: /regions/grand-est/documents/bulletin-regional/2020/bulletin-de-sante-publique-alcool-en-region-grand-est.-janvier-2020
59. Dictionnaire de français Larousse. Définitions : adolescence. Disponible sur:
<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/adolescence/1156>
60. Chassagnon, Marty.F. Identité et identification à l'adolescence. Editions Masson; 2006.
Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/56004/identite-et-identification-a-l-adolescence>
61. Sawyer SM, Afifi RA, Bearinger LH, Blakemore S-J, Dick B, Ezech AC, et al. Adolescence: a foundation for future health. *The Lancet*. avr 2012;379(9826):1630-40.
62. Blakemore S-J, Burnett S, Dahl RE. The role of puberty in the developing adolescent brain. *Hum Brain Mapp*. juin 2010;31(6):926-33.
63. Giedd JN, Blumenthal J, Jeffries NO, Castellanos FX, Liu H, Zijdenbos A, et al. Brain development during childhood and adolescence: a longitudinal MRI study. *Nat Neurosci*. oct 1999;2(10):861-3.
64. Giedd JN. The Teen Brain: Insights from Neuroimaging. *J Adolesc Health*. 1 avr 2008;42(4):335-43.
65. Tau GZ, Peterson BS. Normal Development of Brain Circuits. *Neuropsychopharmacology*. janv 2010;35(1):147-68.
66. Martin CA, Kelly TH, Rayens MK, Brogli BR, Brenzel A, Smith WJ, et al. Sensation Seeking, Puberty, and Nicotine, Alcohol, and Marijuana Use in Adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. déc 2002;41(12):1495-502.
67. Guerri C, Pascual M. Mechanisms involved in the neurotoxic, cognitive, and neurobehavioral effects of alcohol consumption during adolescence. *Alcohol Fayettev N*. févr 2010;44(1):15-26.
68. Casey BJ, Getz S, Galvan A. The adolescent brain. *Dev Rev DR*. 2008;28(1):62-77.
69. Gilligan C, Kuntsche E, Gmel G. Adolescent drinking patterns across countries: associations with alcohol policies. *Alcohol Alcohol Oxf Oxf*. déc 2012;47(6):732-7.
70. OFDT. Usages d'alcool, de tabac et de cannabis chez les adolescents du secondaire en 2018 - Tendances 132; 2019. Disponible sur:
<https://www.ofdt.fr/publications/collections/periodiques/lettre-tendances/usages-dalcool-de-tabac-et-de-cannabis-chez-les-adolescents-du-secondaire-en-2018-tendances-132-juin-2019/>
71. Ministère des Solidarités et de la Santé. L'état de santé de la population en France : publication du rapport 2017; 2017. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/communiqués-de-presse/article/l-etat-de-sante-de-la-population-en-france-publication-du-rapport-2017>

72. Hingson R, Heeren T, Winter M. Age at drinking onset and alcohol dependence: age at onset, duration, and severity. *Archive of pediatric and adolescent medicine*; 2006. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16818840>
73. Tavoracci M-P, Boerg E, Richard L, Meyrignac G, Dechelotte P, Ladner J. Prevalence of binge drinking and associated behaviours among 3286 college students in France. *BMC Public Health*. 23 févr 2016;16:178.
74. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. juin 2005;62(6):593-602.
75. Chung T, Martin CS, Winters KC. Diagnosis, course, and assessment of alcohol abuse and dependence in adolescents. *Recent Dev Alcohol Off Publ Am Med Soc Alcohol Res Soc Alcohol Natl Counc Alcohol*. 2005;17:5-27.
76. OFDT. Représentations, motivations et trajectoires d'usage de drogues à l'adolescence - Tendances 122 - janvier 2018. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/publications/collections/periodiques/lettre-tendances/representations-motivations-et-trajectoires-dusage-de-drogues-ladolescence-tendances-122-janvier-2018/>
77. Chassevent A, Bronnec M. Alcool et adolescence. *Alcool Adolesc*. 2013;9(2):50-5.
78. Jones CM. Prescription Opioid Misuse and Use of Alcohol and Other Substances Among High School Students — Youth Risk Behavior Survey, United States; 2019. Disponible sur: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/su/su6901a5.htm>
79. Chung T, Creswell KG, Bachrach R, Clark DB, Martin CS. Adolescent Binge Drinking. *Alcohol Res Curr Rev*. janv 2018;39(1):5-15.
80. Nutt DJ, King LA, Phillips LD. Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. *The Lancet*. 6 nov 2010;376(9752):1558-65.
81. Molina PE, Gardner JD, Souza-Smith FM, Whitaker AM. Alcohol Abuse: Critical Pathophysiological Processes and Contribution to Disease Burden. *Physiology*. mai 2014;29(3):203-15.
82. Binge Drinking's Effects on the Body [Internet]. [cité 1 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6104963/>
83. Rehm J, Gmel GE, Gmel G, Hasan OSM, Imtiaz S, Popova S, et al. The relationship between different dimensions of alcohol use and the burden of disease—an update. *Addict Abingdon Engl*. juin 2017;112(6):968-1001.
84. Leeman RF, Toll BA, Taylor LA, Volpicelli JR. Alcohol-Induced Disinhibition Expectancies and Impaired Control as Prospective Predictors of Problem Drinking in Undergraduates. *Psychol Addict Behav J Soc Psychol Addict Behav*. déc 2009;23(4):553-63.
85. Erol A, Karpyak VM. Sex and gender-related differences in alcohol use and its consequences: Contemporary knowledge and future research considerations. *Drug Alcohol Depend*. 1 nov 2015;156:1-13.

86. Hashimoto JG, Wiren KM. Neurotoxic Consequences of Chronic Alcohol Withdrawal: Expression Profiling Reveals Importance of Gender Over Withdrawal Severity. *Neuropsychopharmacology*. avr 2008;33(5):1084-96.
87. Djoussé L, Arnett DK, Eckfeldt JH, Province MA, Singer MR, Ellison RC. Alcohol Consumption and Metabolic Syndrome: Does the Type of Beverage Matter? *Obes Res*. sept 2004;12(9):1375-85.
88. Squeglia LM, Rinker DA, Bartsch H, Castro N, Chung Y, Dale AM, et al. Brain volume reductions in adolescent heavy drinkers. *Dev Cogn Neurosci*. juill 2014;9:117-25.
89. Crews FT, Braun CJ, Hoplight B, Switzer RC, Knapp DJ. Binge ethanol consumption causes differential brain damage in young adolescent rats compared with adult rats. *Alcohol Clin Exp Res*. nov 2000;24(11):1712-23.
90. Morris LS, Dowell NG, Cercignani M, Harrison NA, Voon V. Binge drinking differentially affects cortical and subcortical microstructure. *Addict Biol*. 2018;23(1):403-11.
91. Weissenborn R, Duka T. Acute alcohol effects on cognitive function in social drinkers: their relationship to drinking habits. *Psychopharmacology (Berl)*. janv 2003;165(3):306-12.
92. Lamont MG, McCallum P, Head N, Blundell J, Weber JT. Binge drinking in male adolescent rats and its relationship to persistent behavioral impairments and elevated proinflammatory/proapoptotic proteins in the cerebellum. *Psychopharmacology (Berl)*. 27 janv 2020;
93. Schwarzing M, Pollock BG, Hasan OSM, Dufouil C, Rehm J, Baillot S, et al. Contribution of alcohol use disorders to the burden of dementia in France 2008–13: a nationwide retrospective cohort study. *Lancet Public Health*. mars 2018;3(3):e124-32.
94. Kopp O, DGS. Le coût social des drogues en France. 2015;10.
95. OFDT. Synthèse thématique: Alcool [Internet]. 2018. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/alcool/#sd>
96. Patrick ME, Maggs JL, Lefkowitz ES. Daily Associations Between Drinking and Sex Among College Students: A Longitudinal Measurement Burst Design. *J Res Adolesc*. 1 juin 2015;25(2):377-86.
97. Hastings G, Brooks O, Stead M, Angus K, Anker T, Farrell T. Alcohol advertising: the last chance saloon. *BMJ*. 2010;340(23 Jan):184-6.
98. Connor JL, Kydd RM, Dickson NP. Alcohol involvement in sexual behaviour and adverse sexual health outcomes from 26 to 38 years of age. *PLoS ONE*. 2015;10(8).
99. Direction générale de la santé, Apaire E, Costes JM, Begue L, Vamm G. Liens entre alcool et violence : les résultats de la première étude française spécifique. Conférence de presse, 19 septembre 2008. 17 p. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/DPAalcoolViolence.pdf>
100. Insee. Causes de décès des jeunes et des enfants; 2019. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2386052#tableau-figure2>

101. Borges G, Bagge C, Cherpitel CJ, Conner K, Orozco R, Rossow I. A meta-analysis of acute alcohol use and the risk of suicide attempt. *Psychol Med.* avr 2017;47(5):949-57.
102. Délégation de la sécurité routière. L'alcool et la conduite; 2018. Disponible sur: <https://www.securite-routiere.gouv.fr/dangers-de-la-route/lalcool-et-la-conduite>
103. Laumon B, Gadegbeku B, Martin JL. Stupéfiants et accidents mortels (projet SAM). Analyse épidémiologique; 2011. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxblr4.pdf>
104. PEREZ-DIAZ C. Alcool et délinquance : état des lieux. Doc CESAMES. déc 2000; (n°7):104 p.
105. Topiwala A, Allan CL, Valkanova V, Zsoldos E, Filippini N, Sexton C, et al. Moderate alcohol consumption as risk factor for adverse brain outcomes and cognitive decline: longitudinal cohort study. *BMJ.* 6 juin 2017;j2353.
106. Brown SA, Tapert SF. Adolescence and the trajectory of alcohol use: basic to clinical studies. *Ann N Y Acad Sci.* juin 2004;1021:234-44.
107. Masson E. Complications neurologiques liées à l'alcool. EM-Consulte. [cité 14 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/2500/complications-neurologiques-liees-a-l-alcool>
108. Jacobus J, Tapert SF. Neurotoxic Effects of Alcohol in Adolescence. *Annu Rev Clin Psychol*; 2013;9. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3873326/>
109. Hagström H, Hemmingsson T, Discacciati A, Andreasson A. Alcohol consumption in late adolescence is associated with an increased risk of severe liver disease later in life. *J Hepatol.* 1 mars 2018;68(3):505-10.
110. Louvet A, Krag A. Managing excessive alcohol consumption at a population level: The earlier the better. *J Hepatol.* 1 mars 2018;68(3):389-90.
111. INSERM. La susceptibilité individuelle à la toxicité hépatique de l'alcool dépend du microbiote intestinal; 2015. Disponible sur: <https://presse.inserm.fr/la-susceptibilite-individuelle-a-la-toxicite-hepatique-de-lalcool-depend-du-microbiote-intestinal/21753/>
112. Giedd JN, Keshavan M, Paus T. Why do many psychiatric disorders emerge during adolescence? *Nat Rev Neurosci.* déc 2008;9(12):947-57.
113. Rohde P, Lewinsohn PM, Kahler CW, Seeley JR, Brown RA. Natural course of alcohol use disorders from adolescence to young adulthood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* janv 2001;40(1):83-90.
114. Le Berre A-P. Emotional Processing and Social Cognition in Alcohol Use Disorder. *Neuropsychology.* sept 2019;33(6):808-21.
115. Conner K. Suicidal Behavior: Links Between Alcohol Use Disorder and Acute Use of Alcohol. *Alcohol Res Curr Rev.* 1 janv 2019;40.
116. Darvishi N, Farhadi M, Haghtalab T, Poorolajal J. Alcohol-Related Risk of Suicidal

- Ideation, Suicide Attempt, and Completed Suicide: A Meta-Analysis. PLoS ONE [Internet]. 20 mai 2015 [cité 23 nov 2020];10(5). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4439031/>
117. Britton A, Bell S. The protective effects of moderate drinking: lies, damned lies, and... selection biases? *Addict Abingdon Engl.* 2017;112(2):218-9.
 118. Chikritzhs T, Fillmore K, Stockwell T. A healthy dose of scepticism: four good reasons to think again about protective effects of alcohol on coronary heart disease. *Drug Alcohol Rev.* juill 2009;28(4):441-4.
 119. Rehm J, Shield KD, Roerecke M, Gmel G. Modelling the impact of alcohol consumption on cardiovascular disease mortality for comparative risk assessments: an overview. *BMC Public Health.* 28 avr 2016;16(1):363.
 120. Bonaldi C. La mortalité attribuable à l'alcool en France en 2015. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire* ; 2019.
 121. Organisation mondiale de la Santé: bureau régional de l'Europe. Alcool et cancer dans la Région européenne de l'OMS : Appel à une meilleure prévention; 2020. Disponible sur: <https://www.euro.who.int/fr/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/publications/2020/alcohol-and-cancer-in-the-who-european-region-an-appeal-for-better-prevention-2020>
 122. Klingemann H. L'alcool et ses conséquences sociales : la dimension oubliée. :16.
 123. ANPAA. Alcool et grossesse: comment en parler? ; 2009. Disponible sur: https://www.anpaa-hdf.fr/_docs/Fichier/2014/6-140711033020.pdf
 124. Bailey BA, Sokol RJ. Prenatal Alcohol Exposure and Miscarriage, Stillbirth, Preterm Delivery, and Sudden Infant Death Syndrome. *Alcohol Res Health.* 2011;34(1):86-91.
 125. Kelly YJ, Sacker A, Gray R, Kelly J, Wolke D, Head J, et al. Light drinking during pregnancy: still no increased risk for socioemotional difficulties or cognitive deficits at 5 years of age? *J Epidemiol Community Health.* janv 2012;66(1):41-8.
 126. Toutain S, Santé Publique France. Ce que les femmes disent de l'abstinence d'alcool pendant la grossesse en France. Numéro thématique : Femmes et addictions ; 2009. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/alcool/documents/article/ce-que-les-femmes-disent-de-l-abstinence-d-alcool-pendant-la-grossesse-en-france>
 127. Olievenstein C. La drogue ou la vie. Robert Lafont. Paris; 1983.
 128. Newton-Howes G, Foulds J. Personality Disorder and Alcohol Use Disorder: An Overview. *Psychopathology.* 2018;51(2):130-6.
 129. Helle AC, Watts AL, Trull TJ, Sher KJ. Alcohol Use Disorder and Antisocial and Borderline Personality Disorders. *Alcohol Res Curr Rev.* 30 déc 2019;40(1). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6927749/>
 130. Rosenström T, Torvik FA, Ystrom E, Czajkowski NO, Gillespie NA, Aggen SH, et al.

- Prediction of alcohol use disorder using personality disorder traits: a twin study. *Addict Abingdon Engl.* janv 2018;113(1):15-24.
131. Cloninger CR, Sigvardsson S, Bohman M. Childhood Personality Predicts Alcohol Abuse in Young Adults. *Alcohol Clin Exp Res.* août 1988;12(4):494-505.
 132. INSERM. Conduites addictives chez les adolescents – Une expertise collective de l’Inserm; 2014. Disponible sur: <https://presse.inserm.fr/conduites-addictives-chez-les-adolescents-une-expertise-collective-de-linserm/11035/>
 133. Sartor CE, Jackson KM, McCutcheon VV, Duncan AE, Grant JD, Werner KB, et al. Progression from First Drink, First Intoxication and Regular Drinking to Alcohol Use Disorder: A Comparison of African American and European American Youth. *Alcohol Clin Exp Res.* juill 2016;40(7):1515-23.
 134. Spatz-Widom C, Raskin-White H, Czaja S, Marmorstein N. Long-term effects of child abuse and neglect on alcohol use and excessive drinking in middle adulthood. *Journal of studies on alcohol and drugs*; 2007. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17446970>
 135. Karriker-Jaffe KJ, Lönn SL, Cook WK, Kendler KS, Sundquist K. Chains of Risk for Alcohol Use Disorder: Mediators of Exposure to Neighborhood Deprivation in Early and Middle Childhood. *Health Place.* mars 2018;50:16-26.
 136. Zaorska J, Kopera M, Trucco EM, Suszek H, Kobylński P, Jakubczyk A. Childhood Trauma, Emotion Regulation, and Pain in Individuals With Alcohol Use Disorder. *Front Psychiatry.* 30 oct 2020. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7661433/>
 137. Heinrich A, Schumann G, Flor H, Nees F, IMAGEN consortium. Identification of Key Items Regarding Personality, Environment, and Life Events to Assess Risk and Resilience Factors for Harmful Alcohol Drinking in Adolescents. *Alcohol Alcohol Oxf Oxf.* Nov 2016.
 138. Goldstick JE, Walton MA, Bohnert ASB, Heinze JE, Cunningham RM. Predictors of alcohol use transitions among drug-using youth presenting to an urban emergency department. *Journal PLOS One*; 31 déc 2019. Disponible sur: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0227140>
 139. Assailly J-P. Jeunes en danger. Les familles face aux conduites. Editions Imago.; 2007. Disponible sur: <https://www.lien-social.com/Jeunes-en-danger-Les-familles-face-aux-conduites-a-risques>
 140. Werner KB, Grant JD, McCutcheon VV, Madden PAF, Heath AC, Bucholz KK, et al. Differences in childhood physical abuse reporting and the association between CPA and alcohol use disorder in European American and African American women. *Psychol Addict Behav J Soc Psychol Addict Behav.* juin 2016;30(4):423-33.
 141. Carpenter RW, Padovano HT, Emery NN, Miranda R. Rate of Alcohol Consumption in the Daily Life of Adolescents and Emerging Adults. *Psychopharmacology (Berl).* nov 2019;236(11):3111-24.
 142. Maggs JL, Patrick ME, Feinstein L. Childhood and adolescent predictors of alcohol use and

- problems in adolescence and adulthood in the National Child Development Study. *Addiction*. mai 2008;103(s1):7-22.
143. Merrill JE, Carey KB. Drinking Over the Lifespan; revue *Alcohol Research*; 2016; 38(1): 103–114. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4872605/>
 144. Scott S, Shucksmith J, Baker R, Kaner E. ‘Hidden Habitus’: A Qualitative Study of Socio-Ecological Influences on Drinking Practices and Social Identity in Mid-Adolescence. *International Journal of Environmental Research and Public Health*; 2017. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5486297/>
 145. Jernigan D, Noel J, Landon J, Thornton N, Lobstein T. Alcohol marketing and youth alcohol consumption: a systematic review of longitudinal studies published since 2008. *Addict Abingdon Engl*. 2017;112 Suppl 1:7-20.
 146. Lobstein T, Landon J, Thornton N, Jernigan D. The commercial use of digital media to market alcohol products: a narrative review. *Addiction*. 2017;112(S1):21-7.
 147. Gallopel-Morvan K, Spilka S, Mutatayi C, Rigaud A, Lecas F, Beck F. France’s Évin Law on the control of alcohol advertising: content, effectiveness and limitations. *Addict Abingdon Engl*. 2017;112 Suppl 1:86-93.
 148. OMS | Consommation d’alcool. WHO. World Health Organization; 2018. Disponible sur: https://www.who.int/topics/alcohol_drinking/fr/
 149. MILDECA. Plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022; 2019. Disponible sur: <https://www.drogues.gouv.fr/la-mildeca/le-plan-gouvernemental/mobilisation-2018-2022>
 150. Céline.M. Fonds de lutte contre les addictions; 2020. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/addictions/article/fonds-de-lutte-contre-les-addictions>
 151. Ministère des Solidarités et de la Santé. Rapport sur la perspective d’organisation d’États généraux de la lutte contre l’alcoolisme; 2005. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/054004445.pdf>
 152. Moutte M. Alcool : des Etats généraux bien confidentiels. *Revue SWAPS* n°45; 2006. Disponible sur: https://www.pistes.fr/swaps/45_76.htm
 153. Ministère des Solidarités et de la sante, INPES. Etats généraux de l’alcool. Rapport de synthèse; 2006. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_etatsgeneraux.pdf
 154. OFDT. Enquêtes et dispositifs dans le champ des drogues et des addictions; 2015. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/enquetes-et-dispositifs/>
 155. OFDT. Les niveaux d’usages des drogues illicites en France en 2017 - Tendances 128 - novembre 2018. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/publications/collections/periodiques/lettre-tendances/les-niveaux-dusages-des-drogues-illicites-en-france-en-2017-tendances-128-novembre-2018/>
 156. OFDT. Observation des phénomènes émergents TREND/ SINTES - Objet de l’observation;

2014. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/enquetes-et-dispositifs/trend/>
157. OFDT. Nouveaux modes de socialisation des jeunes publics adultes en espaces ouverts autour de consommations d'alcool; Mars 2014. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/publications/collections/rapports/rapports-d-etudes/rapports-detudes-ofdt-parus-en-2014/nouveaux-modes-de-socialisation-des-jeunes-publics-adultes-en-espaces-ouverts-autour-de-consommations-dalcool-mars-2014/>
158. OFDT. Enquête ESCAPAD (Enquête sur la Santé et les Consommations lors de l'Appel de Préparation À la Défense); 2014. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/enquetes-et-dispositifs/escapad/>
159. OFDT. Enquête ESPAD - Consolidation du dispositif d'enquête depuis 2011. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/enquetes-et-dispositifs/espac/consolidation-du-dispositif-d-enquete-depuis-2011/>
160. OFDT. Enquête ESPAD - Le projet ESPAD 2015. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/enquetes-et-dispositifs/espac/le-projet-espac-2015/>
161. OFDT. Enquête HBSC (Health Behaviour in School-Aged Children. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/enquetes-et-dispositifs/hbsc/>
162. Ministère de l'Intérieur, Ministère des Solidarités et de la Santé. Guide des débits de boissons :les principales dispositions de la législation et de la réglementation sur les débits de boissons; 2018. Disponible sur : <https://www.interieur.gouv.fr/Archives/Archives-des-actualites/2018-Actualites/Parution-du-Guide-des-debits-de-boissons>
163. Paille F, Aubin H-J, SFA. Mésusage de l'alcool dépistage, diagnostic et traitement Recommandation de bonne pratique. 2015;(37):5-84.
164. Santé Publique France. Alcool et médecine générale : Recommandations cliniques pour le repérage précoce et les interventions brèves; 2008. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/alcool/documents/referentiel/alcool-et-medecine-generale-recommandations-cliniques-pour-le-reperage-precoce-et-les-interventions-breves>
165. Depinoy D. 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. Tome 18 ; avril 2004.
166. INSERM. Alcool – Dommages sociaux, abus et dépendance. Questionnaires et marqueurs biologiques d'alcoolisation. 2003.
167. Gicquel T, Lepage S, Morel I, INSERM. Ethylglucuronide et éthylsulfate, marqueurs biologiques de la consommation d'alcool; Revue francophone des laboratoires; 2016. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1034784/ethylglucuronide-et-ethylsulfate-marqueurs-biologi>
168. Harasymiw J, Forster I, Bean P. Using the EDAC test to monitor abstinence and relapses during outpatient treatment. J Addict ; 2005;24(3):101-13.
169. Haute Autorité de Santé. Outil d'aide au repérage précoce et intervention brève : alcool,

- cannabis, tabac chez l'adulte; 2021. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1795221/fr/outil-d-aide-au-reperage-precoc-et-intervention-breve-alcool-cannabis-tabac-chez-l-adulte
170. Ewing JA. Detecting Alcoholism: The CAGE Questionnaire. JAMA. 12 oct 1984;252(14):1905-7.
 171. Santis R, Garmendia ML, Acuña G, Alvarado ME, Arteaga O. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) as a screening instrument for adolescents. Drug Alcohol Depend. 1 août 2009;103(3):155-8.
 172. Gallois P, Vallée J-P, Noc YL. L'adolescent et son médecin. Des attentes très spécifiques. Médecine. 1 mars 2010;6(3):111-7.
 173. M.C Mouquet, Gérard Badeyan, Hervé Villet. Les risques d'alcoolisation excessive des patients ayant recours aux soins un jour donné. 2002;adsp(40):12.
 174. Michaud P, Fouilland P, Gremy I, Klein P. Alcool, tabac, drogue : le public fait confiance aux médecins. Résultats d'un sondage téléphonique en population générale. 2003. 605-608 p.
 175. Miller WR, Wilbourne PL. Mesa Grande: A methodological analysis of clinical trials of treatment for alcohol use disorders. Addiction. 2002;97(3):265-77.
 176. SFA. Mésusage de l'alcool dépistage, diagnostic et traitement Recommandation de bonne pratique. Alcoologie et addictologie. 2015;80.
 177. Kristenson H, Öhlin H, Hultén-Nosslin M-B, Trell E, Hood B. Identification and Intervention of Heavy Drinking in Middle-Aged Men: Results and Follow-up of 24–60 Months of Long-Term Study with Randomized Controls. Alcohol Clin Exp Res. 1983;7(2):203-9.
 178. Huas D, Rueff B. Le repérage précoce et l'intervention brève sur les consommateurs excessifs d'alcool en médecine générale ont-ils un intérêt ? Exercer. 1 janv 2010;90:20-3.
 179. Miller WR, Rollnick S, Michaud P, Lécallier D. L'entretien motivationnel aider la personne à engager le changement. Paris: InterÉditions; 2013.
 180. Haute Autorité de Santé. Abus, dépendances et polyconsommations : stratégies de soins; 2008. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_615021/fr/abus-dependances-et-polyconsommations-strategies-de-soins
 181. Association Addictions France. Réduction des risques et des dommages (RdRD) : rapport d'orientation; 2020. Disponible sur: <https://addictions-france.org/la-prevention/reduction-risques-dommages/>
 182. Guillemont J, Clément J, Cogordan C, Lamboy B. Interventions validées ou prometteuses en prévention de la consommation d'alcool chez les jeunes : synthèse de la littérature. Sante Publique (Bucur). 20 juin 2013;S1(HS1):37-45.
 183. Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports. Le plan « Santé des jeunes » - Le site du CNLE; 2010. Disponible sur: <https://www.cnle.gouv.fr/le-plan-sante-des-jeunes.html>

184. Binder P, Chabaud F. Accueil des adolescents en médecine générale : validation de l'usage d'un référentiel. *La Revue du Praticien*; 2005. Disponible sur: <https://www.semanticscholar.org/paper/Accueil-des-adolescents-en-m%C3%A9decine-g%C3%A9n%C3%A9rale-%3A-de-Binder-Chabaud/5681c93534f9cd5a3d8482c8d5190f2fb03d48ad>
185. Rouzic ML. Formation des professionnels médico-sociaux scolaires de la Gironde au « RPIB jeunes »: impact sur leurs perceptions et attitudes. Étude longitudinale prospective de type « avant/après ». Université de Bordeaux ; 2014.
186. Castéra P, Maurat F, Fleury B, Demeaux J-L. Peut-on repérer « en routine » les mésusages d'alcool ? *Médecine*. 1 sept 2007;3(7):330-4.
187. Coutrix C. La perception d'une pratique rurale, semi-rurale ou urbaine selon les médecins généralistes d'Aquitaine ; Université de Bordeaux ; 7 juin 2018;123.
188. INSEE. Les zonages d'étude de l'Insee. Insee Méthodes n° 129 ; mars 2015 Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/information/2571258>
189. OECD Health Statistics 2021. Women make up most of the health sector workers but they are under-represented in high-skilled jobs; 2021. Disponible sur: <http://www.oecd.org/gender/data/women-make-up-most-of-the-health-sector-workers-but-they-are-under-represented-in-high-skilled-jobs.htm>
190. Champagne M. Dépistage des conduites à risque chez les jeunes par les médecins généralistes: enquête descriptive en région Dauphiné-Savoie ;Thèse d'exercice: Université Joseph Fourier; 2015.
191. Roy GL. Les troubles de l'usage de l'alcool en médecine générale : obstacles au repérage et représentations des médecins généralistes de la Somme. Thèse d'exercice : Université de Picardie Jules Verne ; 4 oct 2017.
192. Dauthel S, Atlasanté pour le compte de toutes les Agences Régionales de Santé. CartoSanté - Rapports et portraits de territoires; 2020. Disponible sur: <http://cartosante.atlasante.fr/#c=report&chapter=omni&report=r01&selgeo1=dep.67&selgeo2=dep.68>
193. Mazuy M, Barbieri M, Breton D, d'Albis H, Reeve P. The Demographic Situation in France: Recent Developments and Trends over the Last 70 Years. *Population*. 2015;Vol. 70(3):393-460.
194. Jander A, Mercken L, Crutzen R, de Vries H. Determinants of binge drinking in a permissive environment: focus group interviews with Dutch adolescents and parents. *BMC Public Health*. 24 sept 2013;13(1):882.
195. Lenoir A-L, Giet D. La consommation d'alcool dans le milieu médical. *Rev Médicale Liège*; 2019. Disponible sur: <https://orbi.uliege.be/handle/2268/249693>
196. Roche S. Freins et attentes des adolescents sur le repérage et la prise en charge de leurs consommations de substances psychoactives par leur médecin généraliste. Thèse d'exercice: Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2018. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/2238/>

197. Carrus-Deneef L. Prévention et dépistage du risque alcool chez l'adolescent. Enquête menée auprès des médecins généralistes haut normands. Thèse d'exercice : Université de Rouen ; 2016
198. Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture, l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime. Réponses du secteur de l'éducation à la consommation d'alcool, de tabac et de drogues. Politiques rationnelles et bonnes pratiques en matière d'éducation pour la santé, brochure n° 10, 2018, 69 p. Disponible sur: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000262941>
199. Joubert B. Repérage des consommations d'alcool chez les adolescents en médecine générale : une étude qualitative réalisée chez les médecins généralistes du Nord Pas de Calais. Thèse d'exercice; 2017; Disponible sur: <http://pepite.univ-lille2.fr/notice/view/UDSL2-workflow-8751>
200. Jacquin P. Les parents de l'adolescent en consultation de pédiatrie : « deux temps, trois mouvements ». Arch Pediatr - Arch Pediatr. 1 juin 2006;13:743-5.
201. Haute Autorité de Santé. Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 7 à 18 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres et médecins scolaires; Recommandations de bonne pratique; 2005. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_451142/fr/propositions-portant-sur-le-depistage-individuel-chez-l-enfant-de-7-a-18-ans-destinees-aux-medecins-generalistes-pediatres-et-medecins-scolaires