



HAL
open science

Utilisation du réseau de soins en alcoologie d'Amiens par les médecins généralistes du Grand Amiénois : étude statistique quantitative

Séverine Ternisien

► **To cite this version:**

Séverine Ternisien. Utilisation du réseau de soins en alcoologie d'Amiens par les médecins généralistes du Grand Amiénois : étude statistique quantitative. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01364768

HAL Id: dumas-01364768

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01364768>

Submitted on 12 Sep 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**Utilisation du réseau de soins en alcoologie d'Amiens
par les médecins généralistes du Grand Amiénois : étude
statistique quantitative**

THESE D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE
SPECIALITE MEDECINE GENERALE

Présentée et soutenue publiquement le 28 Avril 2016 par

Séverine TERNISIEN

Président du Jury	M. le Professeur	Olivier GANRY
Juge	M. le Professeur	Eric NGUYEN-KHAC
Juge	M. le Professeur	Mickaël NAASSILA
Juge	M. le Docteur	Maxime GIGNON
Directeur de thèse	M. le Docteur	Gabriel FRANCOIS
Co-directeur	M. le Docteur	Hakim HOUCHI

A mon Président de Jury

Monsieur le Professeur Olivier GANRY

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
(Epidémiologie, économie de la santé et Prévention)
Responsable du service d'Epidémiologie, hygiène hospitalière et santé publique
Pôle "Biologie, pharmacie et santé des populations"

Je suis très sensible à l'honneur que vous me faites d'assurer la présidence de mon jury de thèse.

Soyez assuré de ma sincère reconnaissance et de l'expression de mon profond respect.

Aux membres de notre Jury :

Monsieur le Professeur Eric NGUYEN-KHAC :

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
(Hépto-Gastroentérologue)
Chef du Service d'Hépto-Gastroentérologie
Pôle "Médico-chirurgical digestif, rénal, infectieux, médecine interne et endocrinologie"
(D.R.I.M.E)

Monsieur Le Professeur Mickaël NAASSILA

Professeur de Physiologie UFR de Pharmacie
Directeur de l'unité INSERM Eri24-GRAP
Directeur de la Société Française d'Alcoologie (SFA)

Monsieur le Docteur Maxime GIGNON

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier
Epidémiologie, économie de la santé et prévention

Vous me faites l'honneur de juger mon travail. Recevez ici le témoignage de mon infinie gratitude et de mon profond respect.

A mon Directeur de Thèse

Monsieur le Docteur Gabriel FRANCOIS

Médecin généraliste
PRECY-SUR-OISE

Je vous remercie d'avoir accepté de diriger ce travail et de la confiance que vous m'avez témoignée.

Je vous remercie également d'avoir partagé avec moi vos connaissances et votre expérience au cours de mon stage dans votre cabinet médical d'autant plus qu'il s'agissait de mon premier stage en médecine générale.

Veillez trouver ici mon éternelle reconnaissance.

A mon Co-Directeur de Thèse

Monsieur le Docteur Hakim Houchi

Attaché de recherche clinique et Interne de médecine générale

Je te remercie d'avoir accepté de co-diriger ce travail et de m'avoir orienté tout au long de celui-ci.

Reçois ici le témoignage de ma profonde gratitude et ma sincère reconnaissance.

A ma famille et à mes amis

Merci à mes parents, mon frère et ma sœur qui m'ont toujours soutenu tout au long de ma vie et qui m'ont supporté pendant mes études de médecine.

Merci tout particulièrement à mon petit-frère tout au long de ce travail.

Merci à mes amis Juju, Marion, Camille, Ludo et leurs moitiés pour tous les bons moments que nous avons partagés durant toutes ces années en espérant en avoir encore pleins d'autres à venir.

ABREVIATIONS

ANPAA : Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie

API: Alcoolisations Ponctuelles Importantes

AUDIT: Alcohol Use Disorders Test

CAARUD : Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues

CDT: Carbohydate Deficient Transferrin

CIWA-AR: Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol

DETA: Diminuer Entourage Trop Alcool

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

DSM : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux

ELSA : Equipe de liaison et soins en addictologie

ESPS: Enquête Santé et Protection Sociale

FACE : Fast Alcohol Consumption Evaluation

GGT: Gamma glutamyl transférase

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

IRDES: Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé

OMS: Organisation Mondiale de la Santé

SESAME : Centre médico-psychologique d'alcoologie / Centre de sevrage complexe

SFA: Société Française d'Alcoologie

SSR : Soins de suite et de réadaptation

Sommaire

I. INTRODUCTION.....	6
A : LES TROUBLES LIES A LA CONSOMMATION D'ALCOOL : GENERALITES	6
1. <i>L' alcoolodépendance</i>	6
2. <i>Les seuils de recommandations [4]</i>	9
3. <i>Le repérage en médecine générale</i>	11
4. <i>Prise en charge médicamenteuse d'un trouble lié à l'usage de l'alcool [5]</i>	14
5. <i>Le sevrage alcoolique</i>	16
B. EPIDEMIOLOGIE ET MORBI-MORTALITE.....	18
1. <i>Epidémiologie</i>	18
2. <i>Morbi-Mortalité et alcool</i>	20
C. LA PRISE EN CHARGE EN ALCOOLOGIE : UN ACCOMPAGNEMENT MULTIDISCIPLINAIRE	20
1. <i>Généralités</i>	20
2. <i>Objectifs des Réseaux de santé</i>	21
3. <i>La place du Médecin Généraliste dans la prise en charge de la maladie alcoolique</i>	21
4. <i>Les structures de soins en alcoologie</i>	23
D. PROBLEMES SOULEVES PAR NOTRE ETUDE.....	26
II. METHODOLOGIE	27
A. QUESTIONS DE RECHERCHE.....	27
B. METHODES STATISTIQUES.....	28
1. <i>L'échantillon</i>	28
2. <i>Le Questionnaire (annexe 1)</i>	28
C. DEROULEMENT DE L'ETUDE	29
D. TRAITEMENT DES DONNEES.....	29
III. RESULTATS.....	30
A. PARTIE DESCRIPTIVE	30
B. PARTIE ANALYTIQUE	33
IV. DISCUSSION	39
A. GENERALITES.....	39
B. BIAIS DE L'ETUDE.....	39
C. LES POINTS FORTS DE L'ETUDE.....	40
D. DISCUSSION DES RESULTATS.....	40
1) <i>Les caractéristiques des Médecins interrogés</i>	40
2) <i>L'adressage des patients dans les centres de soins d'Amiens Métropole</i>	40
3) <i>Avis du médecin sur la problématique</i>	44
E. ANALYSE GENERALE	45
F. PERSPECTIVES.....	46
V. CONCLUSION	46
VI. ANNEXES	48
ANNEXE 1 : LE QUESTIONNAIRE ADRESSE AUX MEDECINS GENERALISTES DU GRAND AMIENOIS	48
ANNEXE 2 : LETTRE DE PRZESENTATION DU QUESTIONNAIRE.....	51
ANNEXE 3 : ECHELLE CIWA-AR.....	52
ANNEXE 4 : QUESTIONNAIRE FACE	53
ANNEXE 5 : LES PATHOLOGIES ENGENDREES PAR UN TROUBLE LIE A L'USAGE D'ALCOOL	54
ANNEXE 6 : EXPLICATION DES DIFFERENTES VARIABLES CREEES POUR LA PARTIE DESCRIPTIVE DU CHAPITRE « RESULTATS ».....	59
VII. BIBLIOGRAPHIE.....	67

I. INTRODUCTION

Les troubles liés à la consommation d'alcool représentent un enjeu majeur de santé publique.

Au niveau mondial, l'alcool est considéré comme étant le troisième facteur de risque de morbidité, après l'hypertension artérielle et le tabac. Seconde cause de mortalité évitable après le tabac. [1]

La consommation d'alcool est responsable de 49 000 décès en France par cancer, cirrhose, psychose et dépendance alcoolique. [2]

La consommation excessive d'alcool entraîne des dommages importants par la gravité des morbidités liées, mais aussi par son impact dans la sphère publique, privée et professionnelle : passages à l'acte violent, accidents domestiques, accidents de la route – Il s'agit de la première cause d'accident de la route – et du travail, précarisation.

En France, sachant que près de 80% de la population générale consulte en médecine de ville au moins une fois par an, il a été montré que près d'un patient sur cinq présente un risque d'alcoolisation excessive et dépasse les seuils de recommandation définis par les instances sanitaires (OMS, INPES...). [3]

A. Les troubles liés à la consommation d'alcool : Généralités

1. L'alcoolodépendance

Pierre Fouquet, fondateur de l'alcoologie, la définit comme « *une perte de la liberté de s'abstenir de boire* » [6].

Cette catégorie ne se définit donc :

- Ni par un seuil ou une fréquence de consommation ;
- Ni par l'existence de dommages qui lui sont néanmoins souvent associés.

Physiopathologie de la dépendance [7]

Il existe au niveau central, un système de la récompense, le système limbique. Ce dernier va s'activer de façon anormale et excessive via la transmission dopaminergique dans l'aire tegmentale ventrale activée par la consommation d'alcool. Il n'existe pas de récepteur spécifique à l'alcool dans ce système contrairement aux autres substances psycho-actives.

Les neurones dopaminergiques activés vont se projeter dans le noyau accumbens.

On constate, de ce fait, une élévation durable et massive de dopamine. L'activation de ce système produit les mêmes processus de récompense que les apprentissages : la sensation de

plaisir dans l'archéocortex, l'euphorie dans le cerveau émotionnel, la mémorisation de l'expérience dans l'hippocampe et l'amygdale et sensation de détente dans le préfrontal.

La répétition des prises entraîne :

- Une diminution de la sensibilité due à la neuroadaptation, d'où la nécessité d'augmenter les doses pour avoir les mêmes effets ;
- On assiste à une augmentation compensatrice de la production de molécules anxiogènes dont l'effet se manifesterà lors du sevrage ;
- Découplage de la régulation noradrénaline / sérotonine ;
- Un puissant et durable conditionnement au contexte sensoriel accompagnant l'absorption ;
- Apparition de troubles du jugement et désintérêt pour toutes les autres activités par débordement du contrôle préfrontal lié à l'activation excessive du limbique ;
- Une consolidation des synapses installant une allostasie durable (mécanisme d'adaptation de l'homéostasie).

L'arrêt des drogues, au niveau central, détermine :

- Au niveau du noyau accumbens, la sensation automatique « *je suis mal* » ;
- Au niveau du limbique analogique, la causalité « *je souffre de manque de produit* » ;
- Au niveau du préfrontal « *je dois trouver ce produit* ».

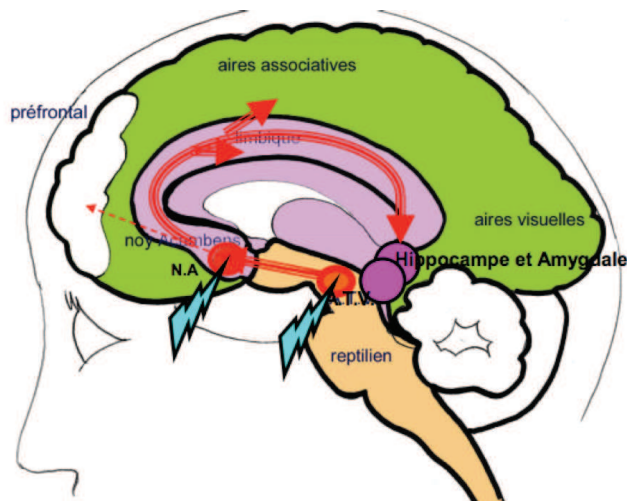


Figure 1 : Le cortex préfrontal

L'alcoolodépendance : maladie multifactorielle

Elle se caractérise par l'interaction de plusieurs facteurs qu'il faut prendre en compte :

- L'individu ;
- Le produit ;

- Le contexte.

Selon Olivenstein, il s'agit d'un trouble du comportement. Ce n'est pas le produit en lui-même qui induit une dépendance, mais la rencontre d'un sujet avec un produit donné dans un environnement particulier. [8]

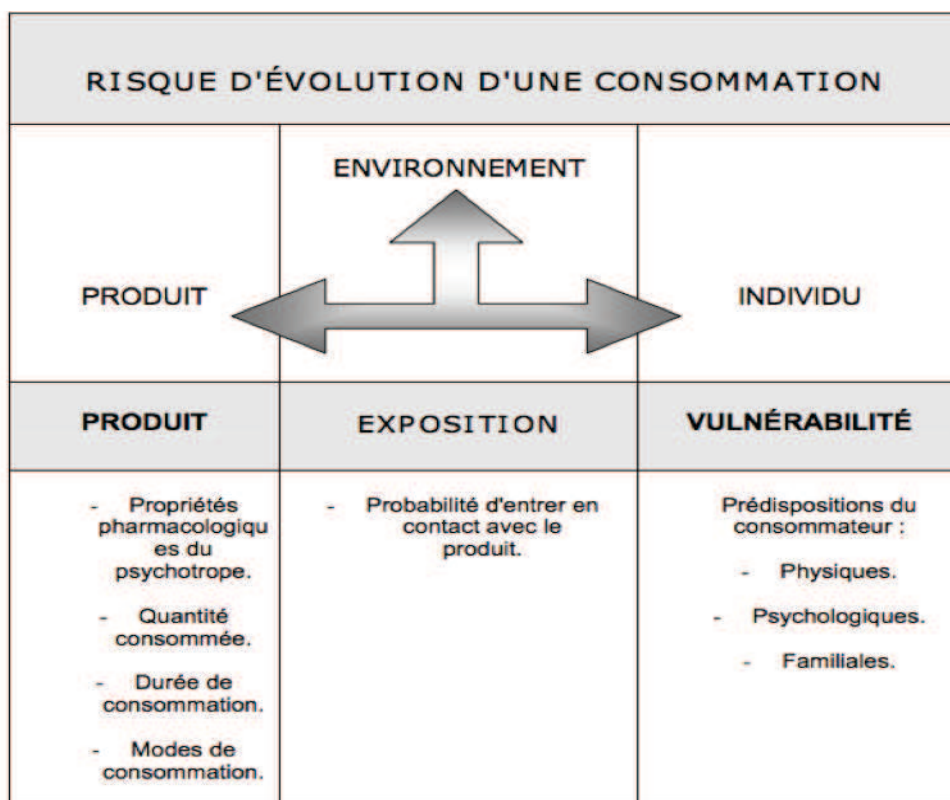


Figure 2 Les facteurs de risque liés à la consommation d'un produit psychotropes [8]

Il a été démontré que la dépendance à l'alcool n'est pas uniquement physique. Ainsi, on peut distinguer trois grands types de dépendance :

- **Dépendance Psychique** : Besoin de maintenir ou de retrouver les sensations de plaisir, de bien-être, ou d'éviter la sensation de mal-être lié au manque du produit. Elle se traduit par le « *Craving* » ou recherche compulsive de la substance contre la raison et la volonté.
- **Dépendance Physique**: Besoin irrésistible obligeant le sujet à consommer le produit pour éviter le syndrome de « *manque* » lié à la privation de produit. Cette dépendance physique n'est pas indispensable pour porter le diagnostic de Dépendance.
- **Dépendance Comportementale**

Avant de commencer notre étude, il nous a semblé important de refaire un point sur les différentes définitions et classification (CIM10 F10-F19 / DSM5 vs DSM-IV) rencontrées en addictologie.

En effet, la bonne connaissance des différents troubles liés à l'usage de l'alcool permettra d'orienter le patient vers une structure la plus adaptée pour lui.

2. Les seuils de recommandations [4]

Dans ce travail, nous nous appuyerons sur les seuils de risque définis par l'OMS. En effet, pour une consommation ponctuelle, il est conseillé de ne pas prendre plus de 4 verres par occasion. En ce qui concerne l'usage régulier, pas plus de 21 verres par semaine chez l'homme (3 verres/jour en moyenne) et 14 verres chez la femme (soit 2 verres/jour en moyenne).

L'OMS recommande également de s'abstenir au moins un jour par semaine de toute consommation d'alcool.

L'abstinence complète est de rigueur dans certains cas :

- La grossesse ou chez la femme allaitant,
- Chez les enfants et les adolescents,
- Lors de maladies chroniques,
- Lors de travail sur des postes à responsabilité qui nécessitent une vigilance particulière.

Les différentes conduites d'alcoolisation

La Société Française d'Alcoologie définit trois grandes catégories d'usage : le non-usage, l'usage simple et le mésusage. Ce dernier se compose de trois catégories de consommation : l'usage à risque, l'usage nocif et l'usage avec dépendance. Elle s'appuie pour les notions de risque, sur les seuils définis par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Seuils différents pour la femme et pour l'homme mentionnés ci-dessus [4]

Les conduites d'alcoolisation aiguë ou ivresse rentrent dans une catégorie particulière de mésusage. En fonction de la gravité de leur expression et de leurs conséquences, ces conduites nécessitent une prise en charge spécifique pouvant aller jusqu'à l'hospitalisation [5].

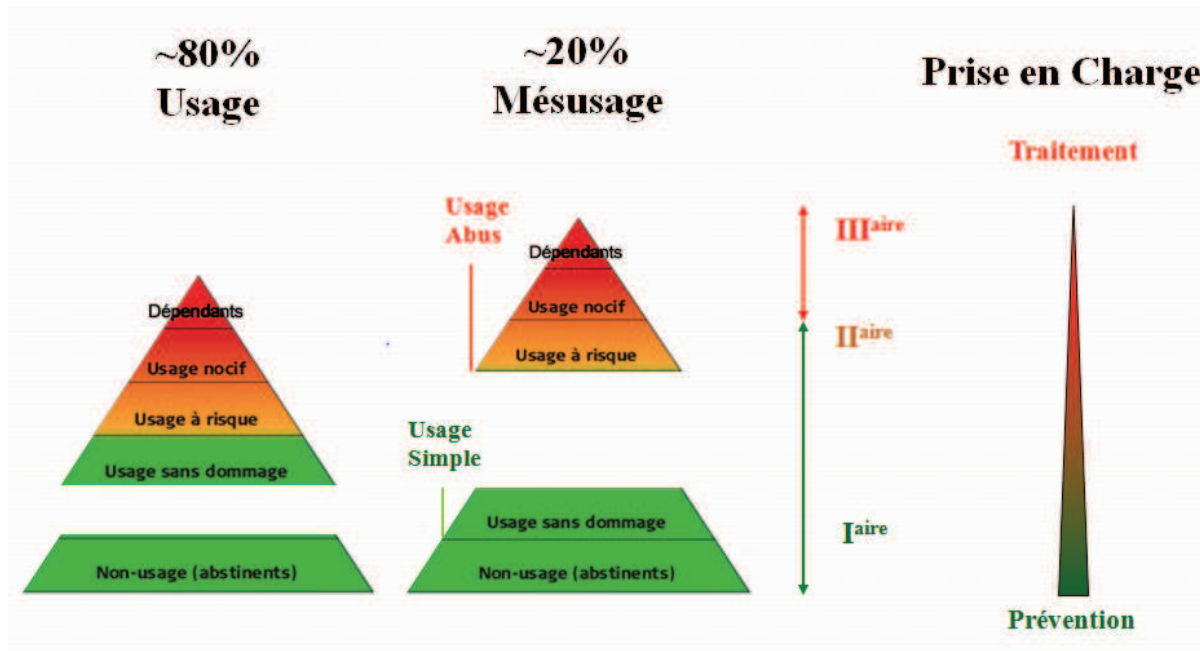


Figure 3 : La pyramide de Skinner : les différents seuils d'alcoolisation.

Les Troubles liés à l'usage d'alcool – critères du DSM-V [9]

Contrairement à la quatrième édition du Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux de l'American Psychiatric Association (DSM-IV), le DSM-V, paru en 2013, ne distingue plus les notions d'Abus et de Dépendance et les combine en un seul diagnostic qui est « *les troubles liés à l'usage d'une substance* ». Le critère de problèmes judiciaires pour l'abus de substance a également été retiré alors que la notion de Craving a fait son apparition et compte dorénavant dans les critères à prendre en compte.

La sévérité du trouble est classée dorénavant en trois grandes entités :

- Faible : 2-3 critères ;
- Modéré : 4-6 critères. ;
- Sévère : 7-11 critères.

Ainsi, les troubles liés à l'usage d'alcool correspondent à un mode d'utilisation inadapté de l'alcool conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance, cliniquement significative, caractérisée par la présence de deux (ou plus) des manifestations suivantes, à un moment quelconque d'une période continue de 12 mois.

critères	DSM-IV <i>dépendance</i>	DSM-IV <i>abus</i>	DSM5 <i>Trouble lié à l'usage d'alcool</i>
Désir persistant	X		X
Perte de contrôle	X		X
Temps passé	X		X
Tolérance	X		X
Syndrome de sevrage	X		X
Abandon des activités	X		X
Poursuite malgré les conséquences physiques et psychologiques	X		X
Incapacité à remplir obligations majeures		X	X
Situations dangereuses		X	X
Problèmes judiciaires		X	
Utilisation répétée malgré les problèmes sociaux		X	X
Craving			X

Figure 4 : Les critères du DSM5 *versus* les critères du DSM-IV [10]

3. Le repérage en médecine générale

Le médecin généraliste dispose d'un panel d'outils permettant le repérage des patients présentant un trouble lié à la consommation d'alcool. Ses différents outils se répartissent en plusieurs catégories qui sont les suivantes:

La consommation déclarée d'alcool :

Elle est évaluée par le nombre de « *verres standards* ». Cette évaluation porte généralement sur les jours ou les semaines précédant l'entretien. Le « *Verre Standard* » correspond à l'unité internationale d'alcool. Il s'agit de la quantité « *normalisée* » délivrée pour chaque catégorie de boisson alcoolique dans les lieux de consommation publics. On considère que cette quantité correspond en moyenne à environ 10 grammes d'alcool pur.



Figure 5 Le verre standard

Les examens biologiques :

Trois marqueurs peuvent être utilisés du fait de leur sensibilité et de leur spécificité :

- Le Volume globulaire moyen ;
- La gamma glutamyl transférase (GGT) ;
- La carbohydate deficient transferrin (CDT) est considérée comme étant le meilleur marqueur biologique pour objectiver une consommation abusive d'alcool [11] ;
- À noter que l'absence de perturbation de ces tests ne permet en aucun cas de récuser le diagnostic de mésusage.

Les questionnaires :

Plus de 25 questionnaires différents ont été décrits à ce jour et proposés pour le dépistage des problèmes liés à l'alcool [12]. Trois questionnaires sont majoritairement utilisés, le questionnaire DETA, le test AUDIT-C et le questionnaire FACE :

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 pour vous sentir en forme ?

Une alcoolisation dommageable est probable si le sujet répond affirmativement à deux questions ou plus.

Figure 6 Le questionnaire DETA (CAGE questionnaire) [13]

- Le questionnaire DETA se compose de 4 questions. Il concerne la vie entière et permet de repérer un trouble lié à l'usage de l'alcool. En revanche, le caractère récent ou ancien du trouble ne peut pas être déterminé par ce questionnaire (figure 6).
 - Le test AUDIT-C, créé par Bush et Alii (1998) permet d'évaluer l'usage à risque. Il reprend les trois premières questions du test AUDIT développé par l'OMS (Saunders et al, 1993) et est plus pertinent que le DETA pour le dépistage précoce car il explore les douze derniers mois de la vie du patient. Il prend en compte à la fois :
 - la fréquence de consommation par semaine,
 - le nombre de verres bus un jour de consommation type,
 - la fréquence des situations où l'individu boit 6 verres ou plus au cours d'une même occasion.
- De ces trois items découlent 6 profils d'alcoolisation : les non-consommateurs, les consommateurs sans risque (occasionnels / réguliers) et les consommateurs à risque (ponctuel / chronique / avec dépendance).

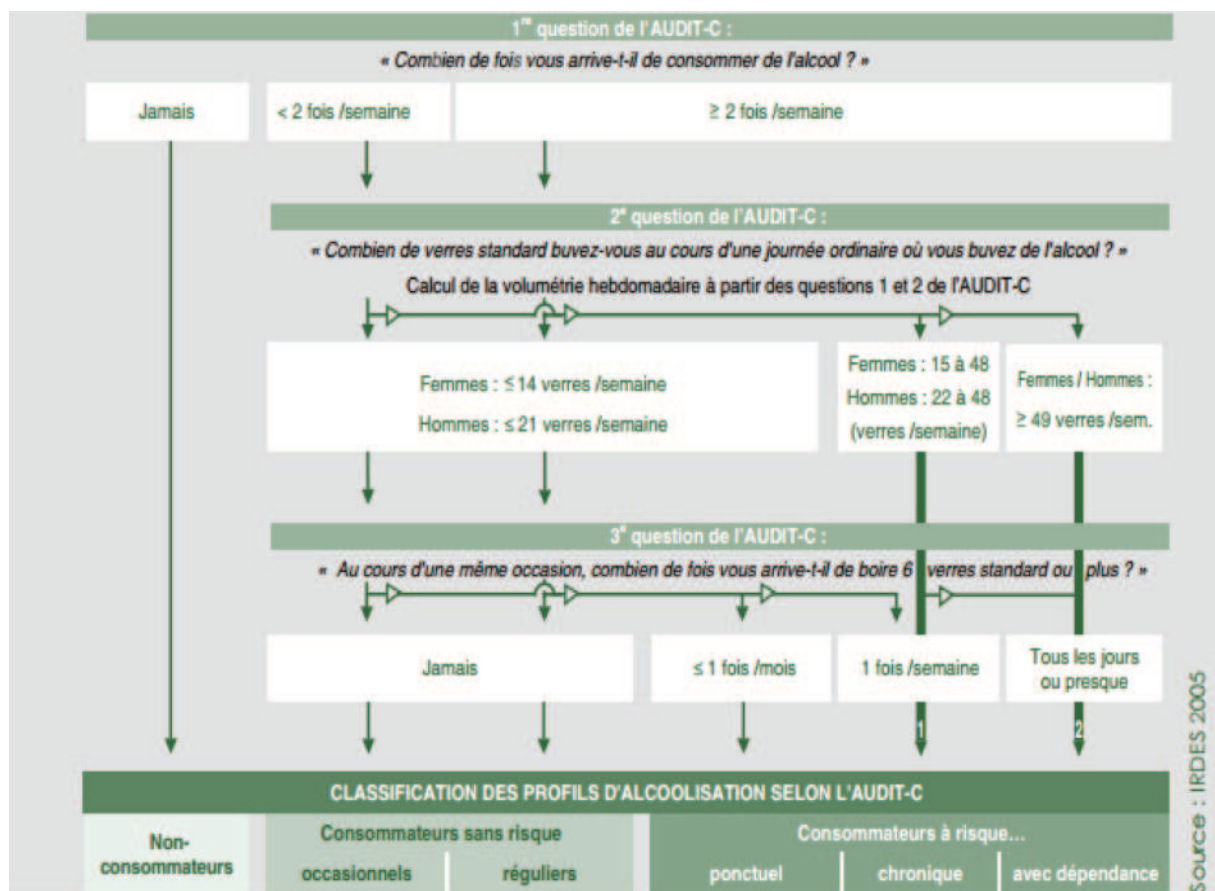


Figure 7 Les profils d'alcoolisation selon l'AUDIT-C [14]

- Le questionnaire FACE correspond à une version simplifiée du test AUDIT-C. Il se compose de cinq questions dont les deux premières reposent sur les douze derniers mois. (Annexe 4)

Un score supérieur ou égal à 4 indique une consommation dangereuse pour les femmes, supérieur ou égal à 5 pour les hommes.

Dans les deux sexes, un score supérieur ou égal à 9 est en faveur d'une dépendance.

4. Prise en charge médicamenteuse d'un trouble lié à l'usage de l'alcool [5]

Selon le profil du patient et de son niveau de dépendance, un traitement médicamenteux sera instauré.

Le but de ce traitement, dans un premier temps, est de prévenir un éventuel syndrome de sevrage et ses complications.

Dans un second temps, il aidera au maintien de l'abstinence, à la réduction des consommations.

Il faut également tenir compte des différentes comorbidités psychiatriques et somatiques développées dans l'annexe 6 de ce travail.

Les benzodiazépines

Le traitement de première intention repose sur la mise en place de benzodiazépines à demi-vie longue tel que le diazepam qui a également une action rapide.

En revanche, ce traitement n'a aucune indication dans l'aide au maintien de l'abstinence.

Le traitement par benzodiazépine doit être instauré à dose d'attaque puis selon la tolérance et les symptômes du syndrome de sevrage, ils pourront être diminués progressivement sur une durée de 5 à 10 jours. Le traitement doit être pris à heure fixe.

En 2006, le référentiel de bonnes pratiques cliniques proposé par la Société Française d'Alcoologie suggérait deux schémas de prescription dans le cadre d'un sevrage ambulatoire :

- Deux à quatre comprimés de diazepam 10mg par jour pendant deux à trois jours, puis réduction en quatre à sept jours puis arrêt.
- Six comprimés de 10mg de diazepam le premier jour puis diminution de un comprimé par jour jusqu'à arrêt.

Une prescription personnalisée peut également être mise en place. La posologie et la durée du traitement doivent tenir compte du score de sevrage (Index clinique de Cushman ou échelle CIWA-Ar).

La vitaminothérapie

Un traitement par Thiamine (Vitamine B1) a un intérêt dans la prévention et le traitement d'un éventuel syndrome de Gayet-Wernicke.

Sa prescription a fait l'objet de nombreuses études et les recommandations actuelles s'appuient sur des pratiques cliniques empiriques et des avis d'experts.

Pour être efficace, la posologie minimale doit être de 200mg par jour. Elle doit tenir compte de l'état nutritionnel du patient. En effet, en l'absence de malnutrition, il est proposé de commencer par une dose de 500mg par jour pendant cinq jours (voie orale) puis de diminuer à 250mg par jour pendant deux semaines environ.

La voie parentérale est préférée en cas de signes de malnutrition / carenciels ou en cas de consommation importante ayant une répercussion sur la santé. Un relais per os sera ensuite envisagé.

En cas de suspicion d'encéphalopathie de Gayet-Wernicke, un traitement curatif à forte dose de thiamine doit être débuté rapidement. La posologie proposée en France est de 1g par jour pendant cinq jours par voie parentérale puis relais par voie orale.

Chez les patients dénutris, il est conseillé de leur apporter, pendant quelques jours, des oligoéléments et des vitamines tels que la B6, PP, C, Acide folique, zinc et magnésium.

Les autres traitements

(1) L'acamprosate (Aotal®)

Ce traitement aide au maintien de l'abstinence et réduit le risque de rechute à trois et à douze mois après sevrage.

Son mécanisme d'action reste à préciser.

Il est débuté le plus rapidement possible après le sevrage et doit être maintenu pendant un an voire plus selon le profil du patient.

(2) Le disulfirame (Espéral®)

Le disulfirame inhibe l'aldéhyde déshydrogénase et bloque la dégradation de l'acétylaldéhyde entraînant un effet antabuse lors de l'ingestion d'alcool (accumulation d'acétylaldéhyde responsable d'une réaction éthanol-disulfirame).

Ce médicament est donc indiqué chez les patients désireux d'être totalement abstinentes en raison d'une réaction dangereuse en cas de consommation concomitante d'alcool.

(Vomissements, tachycardie, rougeurs, sueurs, risques cardiovasculaires et neurologiques).

Ce médicament est proposé en seconde intention après l'acamprosate et le naltrexone. Il doit être débuté au minimum 24h après la dernière prise d'alcool.

(3) La naltrexone (Révia®)

La naltrexone va entraîner une réduction de l'activation du système de la récompense induite par l'alcool ce qui aura pour conséquence une diminution de la libération de dopamine dans le noyau accumbens. L'envie de consommer diminue. Il s'agit d'un antagoniste des récepteurs opiacés mu (+/- Kappa et Delta).

Ce médicament est donc plus efficace que l'acamprosate sur la réduction du *craving* et les jours de forte consommation. Il diminue les rechutes alcooliques. En revanche, il est moins performant sur le maintien de l'abstinence.

Il est prescrit après le sevrage et doit être poursuivi pendant trois mois.

(4) Le nalméfène (Selincro®)

Comme la naltrexone, le nalméfène est un antagoniste des récepteurs opiacés mu et delta, et un agoniste partiel des récepteurs kappa. Il est moins hépatotoxique que la naltrexone et a une durée d'action plus longue.

Il est indiqué dans la réduction de la consommation des patients alcoolo-dépendants.

Il ne s'agit pas d'un traitement de fond, il doit être pris à la demande en cas d'évènements à risque de consommation d'alcool.

(5) Le baclofène (Lioréal®)

Le baclofène diminue la libération de dopamine et la valeur renforçante de l'alcool. Il va activer les récepteurs inhibiteurs GABA-B. Il induit également des effets sédatifs.

Il est utilisé hors autorisation de mise sur le marché en cas de contre-indication ou échec des autres traitements. Il diminuerait le risque de rechute.

5. Le sevrage alcoolique

Le syndrome de sevrage

Le syndrome de sevrage fait partie intégrante d'une dépendance. Il correspond à l'ensemble des troubles survenant à l'arrêt d'une substance.

Ces derniers disparaissent spontanément en quelques jours dans la majorité des cas mais selon l'ampleur du syndrome de sevrage, une surveillance accrue devra être nécessaire avec introduction de médicaments.

Evaluation du sevrage

De nombreuses échelles ont été mis en place afin d'évaluer la gravité du syndrome de sevrage en complément de la clinique. Deux d'entre elles, traduites en français, sont facilement utilisables aussi bien en ambulatoire qu'en hospitalier. Il s'agit de la CIWA-AR (Annexe 3) et l'index de Cushman..

Sevrage alcoolique ambulatoire vs hospitalier [15]

Le sevrage a pour objectif l'arrêt de la consommation d'alcool dans des conditions de sécurité et de confort pour le patient mais également pour son entourage. Le sevrage est également la première étape au maintien de l'abstinence. Le sevrage ambulatoire est à privilégier sauf contre-indication résumé ci-dessous.

Le choix d'une procédure de prise en charge doit tenir compte de plusieurs critères. En effet, il dépend du degré de sévérité du trouble lié à l'usage de l'alcool mais également du patient et de son contexte socio-économique. Il faut également prendre en compte son choix, ses réticences envers l'une ou l'autre des méthodes, du rapport bénéfices/risques des deux méthodes en fonction du patient ; de l'offre de soins et des habitudes du thérapeute.

(1) Contre-indications au sevrage ambulatoire

- Alcooliques : Dépendance physique sévère ; antécédent de délirium tremens et/ou de crise convulsive généralisée ; échec d'une tentative « *loyale* » de sevrage en ambulatoire ;
- Somatiques aiguës : Affection somatique aiguë ; traitement en cours d'une affection somatique ;
- Psychiatriques : Syndrome dépressif sévère associé ; affections psychiatriques connues évolutives, dépendance à un autre produit psychoactif (en dehors de la cigarette) ;
- Socio-environnementales : Demande pressante de l'entourage familial ou professionnel ; entourage non coopératif ; processus de désocialisation.

(2) Avantages du sevrage ambulatoire

- Compatible avec la poursuite de l'emploi ;
- Plus acceptable pour les femmes ;
- Compatible avec syndrome de sevrage mineur à modéré ;
- Nécessite la participation active du patient ;
- Implication importante de l'entourage ;
- Equipement nécessaire minimal ;
- Coût moindre.

En cas de sevrage ambulatoire, la mise en route d'un traitement médicamenteux est indispensable (vitaminothérapie, hydratation, psychotropes).

(3) Avantages du sevrage résidentiel

- Surveillance continue (personnes isolées) ;
- Malade soustrait de son environnement ;
- Garantie de la réalité du sevrage et de l'observance des prescriptions ;
- Nécessaire en cas de syndrome de sevrage sévère ou de pathologies associées.

Dans les deux cas, le sevrage thérapeutique nécessite une prise en charge pluridisciplinaire médicale et psychosociale qui s'inscrit dans un travail en réseau. De nombreuses études ont démontré qu'une hospitalisation supérieure à 10 jours n'apportait pas de bénéfice sauf en cas de complications somatiques ou psychiatriques.

B. Epidémiologie et Morbi-mortalité

1. Epidémiologie

Etat des lieux de la consommation d'alcool en France

Depuis une quarantaine d'années, la consommation d'alcool a diminué comme en témoigne le tableau établi par la World Drink Trends en 2000. En effet, en prenant en compte les différentes déclinaisons des boissons alcooliques, on peut voir que la tendance est à la baisse : de 17,7 litres d'alcool pur par habitant et par an en 1961, elle est passée à 10,7 litres quarante ans plus tard.

Malgré cette tendance, l'alcool reste la substance psychoactive la plus consommée en France [16]. En 2010, la France se classait en 11ème position des pays membres de l'Union Européenne consommateurs d'alcool [17].

	Alcools forts (litres d'alcool pur)	Bière (litres de boisson alcoolique)	Vin (litres de boisson alcoolique)	Total (litres d'alcool pur)
1960	2,10	37,20	126,10	17,7
1970	2,30	41,25	109,13	16,2
1980	2,52	44,31	91,00	14,9
1990	2,49	41,50	72,70	12,6
1999	2,40	38,70	57,20	10,7

Figure 8 : Evolution de la consommation d'alcool en France au cours des quarante dernières années (d'après le World drink trends 2000) [16]

Beck et al. (2014) ont recensé dans leur enquête que 87% des personnes parmi les 18-75 ans déclarent avoir bu de l'alcool au moins une fois dans l'année 2014. A l'intérieur de cette population consommatrice d'alcool, ils ont pu constater que :

- 38% en consomment seulement occasionnellement (moins d'une fois par semaine).
- 39% au moins une fois par semaine mais pas quotidiennement ;
- 10% des personnes interrogées déclarent boire quotidiennement de l'alcool. Cette dernière sous-population concerne presque exclusivement des personnes de plus de 50 ans [18].

Etat des lieux de la consommation d'alcool en Picardie

Avec ses 1,9 millions d'habitants, la Picardie se situe au 12^{ème} rang des régions métropolitaines démographiques (5,4% de l'ensemble du territoire français métropolitain). La ville d'Amiens arrive au 35^{ème} rang des agglomérations. La Picardie se distingue des autres régions surtout par les conséquences sociales et sanitaires engendrées par la consommation d'alcool. Elle est située au 3^{ème} rang pour les décès par alcoolisme et cirrhose du foie [20]. Elle se situe également au 3^{ème} rang des régions les mieux équipées en centres de cure en ambulatoire en alcoologie (15 centres ouverts au moins 20h par mois). Le taux de consultants pour 100 000 habitants qui sont âgés de 15 ans et plus est égal à 472,1 contre 245,2 en moyenne française [20].

Le baromètre santé pour les 15-34 ans, en 2010 (données OR2S), fait apparaître que la consommation d'alcool quotidienne ou hebdomadaire au cours de l'année concerne 48% des jeunes hommes et 18% des jeunes femmes. Trois hommes sur dix, âgés de 15 à 19 ans, indiquent consommer de l'alcool de manière quotidienne ou hebdomadaire contre une femme sur dix. En ce qui concerne les consommations régulières et les ivresses, les taux sont plus faibles en Picardie que dans le reste de la France.

La région est classée au 8^{ème} rang en ce qui concerne les interpellations pour ivresse sur la voie publique pour 10 000 habitants de 20 à 70 ans en 2004 (18,5/16,7). Elle n'est qu'au 15^{ème} rang pour la part des accidents mortels (26,5% en Picardie) inférieure à la moyenne française (28,1% en moyenne).

2. Morbi-Mortalité et alcool

Généralités

Actuellement, on recense chaque année en France 49 000 morts secondaires à une consommation d'alcool, ce qui représente près de 10% de la mortalité toutes causes confondues. En 2009, il a été recensé 36 500 décès dans la population masculine en lien direct ou indirect avec l'alcool (soit 13% de la mortalité totale), 12 500 chez les femmes (5% de la mortalité totale).

Parmi ces 49 000 décès, l'alcool est responsable de 8000 décès en rapport avec une cause extérieure (suicide, accident de la route), 9000 décès par pathologies digestives (cirrhose, autres maladies du foie et du pancréas), 12 000 décès par maladies cardio-vasculaires (infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral), 15 000 décès par cancer, et environ 3000 décès par des troubles mentaux ou du comportement [19].

Les différentes pathologies pouvant être engendrées par un trouble lié à la consommation d'alcool se trouvent en annexe 5 [21].

Du fait des nombreuses conséquences que peut entraîner un trouble lié à l'usage d'alcool, il est important que le patient soit considéré dans sa globalité.

Une prise en charge spécifique doit donc être mise en place faisant appel à plusieurs intervenants médicaux, paramédicaux...

Cette pluridisciplinarité forme alors un réseau de soins centré sur le patient.

C. La prise en charge en alcoologie : Un accompagnement multidisciplinaire

1. Généralités

La maladie alcoolique présente un caractère multifactoriel, ce qui impose une prise en charge multidisciplinaire médico-psycho-sociale centrée avant tout sur la personne en difficulté.

Cette multidisciplinarité implique une prise en charge qui fait appel aux médecins généralistes. Ces derniers vont s'entourer de plusieurs acteurs médicaux tels que les médecins

spécialistes : addictologues, psychiatres mais aussi psychologues, assistantes sociales, infirmières. Des acteurs non-médicaux vont également entrer en jeu dans la prise en charge tels que les associations d'anciens buveurs et de travailleurs sociaux. Enfin, l'entourage du patient, souvent oublié, fait également partie intégrante de cette prise en charge.

L'ensemble de ces personnes se regroupe au sein de structures hospitalières ou ambulatoires et constitue alors les « réseaux de santé » [23].

2. Objectifs des Réseaux de santé

Ces réseaux ont pour objectif d'apporter un soutien aux patients et de l'orienter vers différents intervenants. Ils constituent un outil de coordination, de formation, de communication et de savoir pour les professionnels [24].

Selon la loi du 4 mars 2002, les réseaux de santé ont pour rôle « *de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaire, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils sont constitués entre les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des centres de santé, des institutions sociales ou médico-sociales et des organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi qu'avec des représentants des usagers* » [24].

La Coordination Nationale des Réseaux définit le réseau de santé comme « *une réponse organisée d'un ensemble de professionnels et/ou de structures à un ou des problèmes de santé précis, prenant en compte les besoins des individus et les possibilités de la communauté* » [25].

3. La place du Médecin Généraliste dans la prise en charge de la maladie alcoolique

Entre 75 et 90% de la population française consulte le généraliste au moins une fois par an (Raynaud et Parquet, 1999). Celui-ci tient une place centrale dans la prise en charge du patient qui présente un trouble lié à l'usage d'alcool. Le médecin généraliste a la possibilité d'intervenir dans les différentes étapes de la prise en charge, c'est à dire qu'il peut agir sur la prévention, le traitement, le dépistage et le maintien de l'abstinence.

Par sa proximité humaine, le médecin généraliste a l'opportunité d'observer l'évolution de ses patients dans leur cadre de vie familial, professionnel et social.

Cette proximité avec le patient lui permet de comprendre les difficultés que peuvent rencontrer certaines personnes tout au long de leur vie.

Il est également le premier interlocuteur et aborde le patient dans son ensemble. Par la connaissance de son patient et par l'écoute qu'il lui confère, il peut faire émerger chez le malade une prise de conscience de son problème, de sa dépendance à l'alcool. Du fait qu'il soit confronté à tous types de pathologies, le médecin généraliste se doit d'être polyvalent [26].

« *Le médecin de famille est le thérapeute du temps de la continuité et de la globalité* » [27].

En 2000, la DREES a réalisé une enquête auprès des médecins généralistes libéraux et des établissements de santé. Cette enquête a permis de pointer du doigt l'ampleur du problème lié à l'alcool en médecine générale. En effet, 1/5ème des patients, ayant consulté pour quelque raison que ce soit, a un risque d'alcoolisation excessive (18% en médecine de ville et 20% en établissement de santé). Il est important de souligner que 5% des patients en médecine générale ont un risque de développer une dépendance à l'alcool [28].

Il a également été constaté dans la littérature l'existence de freins à une prise en charge optimale du patient ayant un trouble lié à l'usage d'alcool.

Dans ce contexte, la France a participé à une enquête dont le but était d'établir un bilan de la formation initiale mais également du comportement des médecins généralistes face à la maladie alcoolique. Cette enquête s'est inscrite dans une étude dénommée « *strand1* », étape d'un projet international créé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Cette enquête a recruté 200 médecins généralistes tirés au sort. Les résultats à l'issue de cette enquête nous permettent d'établir que la majorité des médecins généralistes ayant répondu a insisté sur le manque de formation, de qualification et d'aide dans la prise en charge des patients. Ils attestent aussi d'un manque de motivation à l'élaboration d'un traitement au cas par cas des patients malgré leurs savoirs qu'ils ont d'ores et déjà en alcoologie.

De plus, les résultats nous révèlent que 75% des interrogés souffrent de difficultés lorsqu'il s'agit d'évoquer le thème « *alcool* » avec le patient.

Effectivement, environ 80% des médecins généralistes qui ont répondu à l'étude estiment que leurs conseils ne sont pas respectés par leurs patients.

La valorisation des consultations est aussi un sujet controversé car plus de 80% des médecins généralistes déplorent le manque de rémunérations dédiées à la prévention [29].

Bien qu'étant le pilier central dans la prise en charge des patients ayant un problème avec l'alcool, le médecin généraliste se retrouve souvent démuni face à cette maladie.

Les réseaux de soins constituent donc un outil précieux pour le généraliste mais ils restent souvent peu exploités.

4. Les structures de soins en alcoologie

Description des différentes structures de soins en alcoologie présentes à Amiens Métropole [31]

1) Le SESAME : Centre Médico-psychologique d'alcoologie / Centre de sevrage complexe

Créé en 1984-1985, le SESAME a pour objectif de prendre en charge toutes personnes majeures ayant des problèmes d'alcool. Cette structure peut prendre en charge les poly-consommations liées à l'alcool. Elle dispose de 20 lits pour les patients effectuant une cure.

Plusieurs types de prises en charge sont proposées :

- Des consultations ambulatoires ;
- Une hospitalisation en hôpital de jour ;
- Une hospitalisation en sevrage complexe : une cure dure 4 semaines. Des ateliers de groupe mais également individuel ont lieu au cours de ces semaines : ateliers physiques, diététiques, informations, expressions thérapeutiques. Une évaluation par le psychologue / psychiatre est effectuée en début, milieu et fin de séjour.
- Une réorientation vers d'autres structures spécialisées.

La prise en charge des patients est pluridisciplinaire. L'équipe du SESAME est composée d'un cadre de santé, de plusieurs infirmières, de 2 aides-soignantes la nuit, d'une secrétaire, de deux médecins (psychiatre et addictologue), d'une ASH et d'un éducateur.

Le SESAME prend également en charge l'entourage des patients. Des entretiens individuels et des groupes de paroles sont mis en place. Les délais d'attente pour un premier rendez-vous peuvent aller de 1 à 3 semaines. Après cette première consultation, il faut environ 15 jours – 1 mois pour débiter le sevrage.

2) Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie (L'ANPAA80)

L'ANPAA est un centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA).

Il prend en charge toutes les personnes ayant des problèmes d'addiction (alcool, tabac, cannabis, médicaments, jeux et autres addictions sans produits). Elle prend en charge les patients présentant une dépendance mais également des personnes ayant une consommation nocive du produit ainsi que leur entourage (famille, amis, collègues, employeur, médecin du travail ou médecin traitant). Il se compose d'une équipe pluridisciplinaire et est en lien avec les autres structures d'addictologie.

Cette association a plusieurs missions :

- Elle accueille et informe tous les patients en difficulté avec leur pratique addictive. Elle l'évalue sur le plan médico-psycho-social et l'oriente en fonction de ses besoins.
- Elle assure plusieurs types de consultations : repérage précoce des usages nocifs, consultations de prise en charge individuelles et collectives, consultations de réduction des risques associés à la consommation de substances psychoactives.
- Elle prend en charge les jeunes ainsi que leur entourage.
- Des équipes de prévention interviennent dans des lycées et des universités mais également dans des entreprises afin de sensibiliser, d'informer la population, elles sensibilisent également les femmes enceintes.

L'ANPAA est une structure ambulatoire qui reçoit les patients uniquement sur rendez-vous (environ 30 minutes par consultation). Les consultations sont financées par l'assurance maladie, le patient n'a pas à avancer les frais. L'établissement informe, de façon anonyme, l'assurance maladie du nombre d'usagers accueillis, en précisant leur régime d'affiliation.

3) Centre de Soins, d'Accompagnements et de Prévention en Addictologie - L'association «Le Mail»

Le Mail, est à la base une structure prenant en charge les patients toxicomanes et leur entourage. Depuis peu, elle prend en charge tous types d'addiction et notamment l'alcool. Elle assure la réduction des risques liés à l'usage des drogues et la prévention. Elle possède une structure ambulatoire (rue Delpéch) et des structures adaptées à certains publics (structure pour les jeunes femmes enceintes ou avec enfant, structure pour les personnes en situation de grande précarité).

L'association se compose d'une équipe de prévention et de trois autres équipes. Il s'agit d'équipes pluridisciplinaires avec des médecins, infirmières, psychologue, éducatrice, assistante sociale.

Les consultations sont gratuites et anonymes, financées par les pouvoirs publics. L'ensemble des soins et traitements est gratuit. Le Mail s'occupe de la prévention vers les jeunes en milieu rural et ceux en centre de formation des apprentis.

4) Consultations Jeunes Consommateurs

Il s'agit d'une antenne du Mail. Elle concerne les jeunes âgés de 15 à 25 ans ayant un problème de dépendance ou une consommation à risque d'un produit (alcool, cannabis, médicaments, jeux).

Elle se compose d'une équipe pluridisciplinaire qui prend en charge le jeune, propose un sevrage ambulatoire, un soutien individuel et aide les familles.

5) Le Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (La Parenthèse) : CAARUD

Il s'agit d'un centre d'accueil convivial. En 2012, 153 centres ont été recensés en France (30). Les patients ont la possibilité de boire un café, se doucher, de discuter ensemble mais également avec l'équipe de la structure. Cette équipe a pour mission d'écouter, orienter, effectuer les premiers soins infirmiers. Elle récupère les seringues, propose un kit ou un stéribox. Elle aide les patients dans leurs démarches sociales et diverses. Elle participe à des événements festifs en mettant à disposition des brochures de réduction des risques, du matériel (préservatifs, kits d'injection, des bouchons d'oreilles).

Le CAARUD est également une antenne du Mail.

6) Equipe de liaison et de soins en Alcoologie – ELSA

L'équipe de l'ELSA a pour objectif de faciliter l'accès aux soins aux patients présentant des problèmes d'addictions ou de consommations à risque.

Il s'agit d'une équipe mobile qui se rend également dans des structures hospitalières. Elle informe et sensibilise le personnel soignant de ces structures.

7) Unité mobile D'alcoologie – Consultation Hospitalière

L'Unité mobile d'Alcoologie s'occupe des patients hospitalisés présentant un problème avec l'alcool. Elle sensibilise et éduque les patients. Elle repère les personnes en difficulté, tente de leur faire prendre conscience de leur problème et les accompagne vers des soins spécifiques.

8) Unité de Soins de Suite et de Réadaptation des affections
liées aux conduites addictives (USSR-Addicto) - Centre
Hospitalier de ROYE [30]

Il n'existe pas de SSR prenant en charge des patients présentant une conduite addictive à Amiens. Il nous a semblé important de le mentionner car il s'agit du seul SSR répertorié dans toute la Somme qui accueille des personnes présentant des problèmes d'addiction à tous types de produits mais également les addictions sans produits tels que les jeux...

Ce service comporte 42 lits dont 20 sont dédiés à la prise en charge de ce type de patients. Ce centre propose une prise en charge de post-cure d'une durée de deux mois. Un contrat de séjour et un contrat thérapeutique sont remis au patient lors de son admission.

Il est composé d'une équipe pluridisciplinaire comprenant une équipe de l'ELSA, des médecins pouvant prescrire des traitements de substitution, des psychologues, des infirmières et aides-soignantes, des assistantes sociales, un coach sportif, des psychomotriciens et des ergothérapeutes. Il travaille en relation avec les autres associations d'Amiens. Ce centre hospitalier est relié au centre hospitalier de MONTDIDIER.

Pour information et sans développer, parallèlement à ce SSR, il existe à Amiens un Centre résidentiel thérapeutique spécialisé pour les toxicomanes. Il s'agit d'un centre post-cure.

Il existe également à Amiens Métropole une Unité Mère-Nourrisson qui accueille des femmes majeures, en fin de grossesse ou avec leur nouveau-né, présentant des difficultés liées à la consommation de substances psychoactives associées à des difficultés de santé, sociales, familiales, économiques ou judiciaires.

D. Problèmes soulevés par notre étude

Dans ce contexte, nous avons pu constater que le médecin généraliste tient une place centrale dans les programmes de prévention primaire et secondaire en alcoologie. Notamment, le dépistage précoce d'un trouble lié à l'usage d'alcool est une étape clé de la politique sanitaire en alcoologie.

D'après le baromètre santé de 2009, 70% des médecins déclarent n'aborder la question de l'alcool que pour certains patients jugés « à risque ». Seuls 13% ont recours à des questionnaires standardisés de consommation.

Souvent méconnu par les médecins généralistes, le réseau d'alcoologie peut être une réponse aux obstacles rencontrés dans la prise en charge des patients présentant un trouble lié à la consommation d'alcool.

Le but principal du traitement de ces patients est d'améliorer leur qualité de vie globale, physique, psychique et sociale. Il s'agit donc d'une prise en charge pluridisciplinaire faisant intervenir à des degrés différents médecins généralistes, addictologues, assistante sociale, psychiatre et psychologue. Ces professionnels créent alors une coordination autour du patient pour une prise en charge optimale et adaptée à chaque patient.

Notre étude a pour objectif de répondre à diverses problématiques telles que :

- Les médecins généralistes du grand Amiénois connaissent-ils le réseau d'alcoologie de cette région ?
- Quels sont les freins à une prise en charge optimale d'un patient présentant des difficultés avec l'alcool ?
- Comment peut-on améliorer cette coordination médecin généraliste – réseau d'alcoologie ?

II. Méthodologie

a. Questions de recherche

Au regard de la problématique posée qui est la suivante: comment les médecins généralistes de la région du grand Amiénois perçoivent et utilisent-ils le réseau de soins en alcoologie de cette région ? Nous avons souhaité réaliser une enquête auprès des médecins généralistes du grand Amiénois afin de pouvoir évaluer l'efficacité de ce réseau au travers de méthodes statistiques descriptives.

L'objectif secondaire de ce travail est d'étudier également les freins à la bonne utilisation de ce réseau et de faire un état des lieux des outils permettant d'améliorer cette utilisation.

b. Méthodes statistiques

1. L'échantillon

Les cibles de cette étude sont les médecins généralistes installés en secteur libéral dans la région du grand Amiénois.

Les villes que nous avons choisies pour notre étude sont Amiens, Dury, Rivery, Pont de Metz, Cagny, Salouël, Longueau.

L'échantillon comprend 94 médecins: 74 médecins généralistes exerçant à Amiens, 4 à Longueau, 8 à Camon, 2 à Dury, 2 à Rivery, 1 à Cagny, 1 à Salouël, et 2 à Pont-de-Metz.

Les médecins généralistes spécialisés dans la médecine du sport et la médecine esthétique ont été exclus de l'échantillon afin de se concentrer sur les médecins directement concernés par des problèmes de troubles liés à l'usage d'alcool auprès de leurs patientèles.

La liste et les adresses des médecins généralistes ont été regroupées sur un tableur Excel d'après les Pages Jaunes.

2. Le Questionnaire (annexe 1)

Nous avons élaboré un questionnaire en fonction de la revue de la littérature réalisée précédemment.

Il s'agit d'un questionnaire court comprenant 12 questions fermées avec possibilités de choix multiples et 6 questions ouvertes.

Le questionnaire est réalisé sur une feuille de papier, format 21 × 29,7 cm, recto-verso afin de limiter le nombre de questions et d'éviter, *de facto*, des biais de participation.

Le questionnaire a été séparé en trois parties, réparties de la manière suivante:

- La première partie concerne la connaissance des médecins généralistes sur ce réseau de soins, leurs moyens utilisés afin d'adresser les patients dans ces centres et les retours qu'ils peuvent en avoir. Une question aborde la façon de prendre en charge un patient présentant un trouble de l'usage de l'alcool au cabinet et les moyens que peut mettre en œuvre le médecin pour l'aider dans sa démarche de soins. Cette partie cherche également à identifier les facteurs pouvant freiner l'utilisation de ce réseau par les médecins.
- La seconde partie s'attache à étudier les différents moyens permettant d'exploiter au mieux ce réseau de soins et de permettre une prise en charge optimale du patient.
- La troisième et dernière partie se concentre sur le médecin généraliste interrogé: son âge, sa situation géographique et une estimation en pourcentage

du nombre de patients présentant un problème avec l'alcool dans leur patientèle.

c. Déroulement de l'étude

Les questionnaires ont été envoyés aux médecins le 26 juin 2015. Ils ont été expédiés par courrier postal accompagnés d'une lettre de présentation (Annexe 2) expliquant l'objectif et l'intention de cette étude. Une enveloppe timbrée pour le retour était également fournie.

Le retour des questionnaires s'est effectué sur une période de 2 mois. Nous avons reçu les premières réponses au bout de 5 jours. Une relance téléphonique a été réalisée dans un second temps de manière aléatoire.

Au total, nous avons pu récupérer 49 réponses sur les 94 questionnaires envoyés.

Parallèlement à l'envoi des questionnaires, nous avons eu l'opportunité de rencontrer une déléguée en santé-prévention de l'ANPAA80, madame MORAGE Laura qui nous a expliqué les différentes missions des centres d'addictologie répertoriés à Amiens.

d. Traitement des données

Afin de pouvoir analyser les résultats obtenus grâce aux questionnaires, nous nous appuyons sur une méthodologie de type statistique. Nous avons employé principalement des variables indicatrices dans la partie descriptive de notre chapitre « Résultats ».

Chaque variable a été définie en fonction des réponses possibles présentes dans le questionnaire.

Pour les questions à choix multiples, chaque choix est considéré comme une variable qui prend la valeur 1 si le médecin l'a coché et 0 sinon.

Les questions binaires sont comptées comme des variables qui prennent la valeur 1 si le médecin a répondu «*Oui*» et 0 s'il a répondu «*Non*».

Cette manière de procéder nous permet de relever et de constituer une base de données comprenant 57 variables et 49 observations.

La base de donnée a été créée dans un tableur Excel. Puis, Excel a été employé une nouvelle fois afin d'obtenir les résultats analytiques de la partie « Résultats » de notre étude. Dans cette partie analytique, nous avons utilisé des tests de Khi-2 et de Fisher exact afin de déterminer si la connaissance d'au moins 3 structures d'addictologie influençait les autres items de notre questionnaire. Un $p < 0,05$ était considéré comme statistiquement significatif.

Les calculs de Khi-2, de Fisher Exact et de p-valeurs ont été réalisés par nos soins au moyen de tables statistiques de référence.

Pour l'obtention de nos résultats de la partie descriptive, nous avons exporté le tableur Excel sur le logiciel Stata.

L'explication des différentes variables créées pour la partie descriptive, se trouve en annexe 6.

III. Résultats

a. Partie Descriptive

En amont des différents enseignements que nous allons tirer des questionnaires, il est important de souligner les différentes caractéristiques des interrogés. Pour ce faire, nous traitons dans un premier temps, les données correspondant à la troisième partie du questionnaire. La table 1 prend en compte les moyennes des différentes variables qui ont été répertoriées dans cette partie.

Table 1 – Caractéristiques des médecins ayant participé à l'enquête

Variable	Moyenne (%)	Observations
Âge	49.458	48
Sexe	0.592	49
Expérience	20.061	49
Urbain	0.673	49
Semi-rural	0.306	49
Rural	0.02	49
Nombre de patients vus par semaine	133.556	45

Le nombre d'observations ne correspond pas au nombre total de médecins interrogés pour toutes les variables. Cela est dû au fait que certains médecins n'ont pas répondu entièrement aux questionnaires, générant de ce fait des valeurs manquantes.

La table 2 correspond aux variables créées par rapport aux réponses répertoriées dans la question n°1 de la première partie du questionnaire. Celle-ci a pour objet de déterminer quelles sont les structures de prise en charge les plus connues et les plus sollicitées par les médecins généralistes.

Table 2 – Aperçu de la connaissance des médecins généralistes Amiénois sur les centres de prise en charge en alcoologie

Variable	Moyenne (%)
CAARUD-La Parenthese	0.02
CSAPA-(Ancien CCAA)-ANPAA80	0.143
CSAPA-(Ancien CSST)-ANPAA80	0.122
Consultation Jeunes Consommateurs / Le Mail	0.408
Consultation hospitalière / UMA	0.408
Centre de Sevrage Complexe-SESAME	0.694
ELSA-CH PINEL	0.388
SSR	0.286
Observations	49

En ce qui concerne la manière dont les médecins orientent leurs patients vers les différents centres cités ci-dessus, les résultats sont répertoriés dans la table 3.

Dans un premier temps, cette table nous montre si les médecins ont une tendance à orienter ou non leurs patients vers des centres spécialisés.

Dans un deuxième temps, elle fait ressortir la médiation entre les dits centres et les médecins. Effectivement, afin que le patient puisse avoir un suivi aussi bien du côté de la structure de prise en charge que du côté du médecin, il est essentiel que ces deux acteurs de la santé aient une communication simple et efficace.

Table 3 – Mode d'adressage des patients vers les centres spécialisés et retour de ces dernières

Variable	Moyenne (%)	Observations
Mise en relation avec une structure	0.857	49
Recommandation orale aux patients	0.408	49
Courrier d'adressage	0.776	49
Prise de rendez-vous téléphonique en présence du patient	0.224	49
Retour de la structure	0.604	48
Par courrier	0.51	49
Par téléphone	0.082	49
Par le patient lui-même	0.265	49

La table 4 nous permet de voir si l'adressage des patients vers une structure spécialisée représente le comportement principal du médecin généraliste. Cette table nous permet donc d'observer comment se comportent les médecins lorsqu'ils se retrouvent face à un patient qui admet un trouble lié à l'usage de l'alcool en consultation.

Table 4 – Différentes interventions d'un médecin lorsque son patient accepte une prise en charge de son trouble lié à l'usage d'alcool

Variable	Moyenne (%)
Urgences du CHU	0.143
Urgences du centre hospitalier Ph. Pinel	0.265
Contact par téléphone à une des structures ci-dessus	0.469
Prescription d'un traitement et consultation à venir	0.531
Vous lui remettez différentes brochures	0.102
Vous lui donnez le numéro d'un des centres d'addictologie	0.469
Observations	49

Afin de pallier les différents freins à l'adressage des patients vers les centres d'addictologie, il nous faut d'abord observer ceux-ci.

La table 5 rend compte de ces différents problèmes afin que nous puissions en retirer plusieurs enseignements.

Table 5 – Différents freins à l'adressage des patients vers les différents centres d'addictologie

Variable	Moyenne (%)
Manque de temps en consultation	0.245
Difficulté à évoquer le thème "alcool" avec le patient	0.286
Méconnaissance des structures d'addictologie	0.327
Manque de connaissance en addictologie	0.122
Refus du patient	0.755
Difficulté de communication avec ces centres	0.224
Délai de prise en charge	0.571
Observations	49

Dans la deuxième partie du questionnaire, nous cherchons à déterminer les différentes solutions à mettre en place afin de contrer ses différents freins.

Dans la table 6, nous reportons l'opinion des médecins sur la visibilité des centres d'addictologie. Si les médecins considèrent qu'ils ne sont pas assez visibles alors nous leur demandons quels seraient les moyens à mettre en place pour améliorer cette transparence.

Table 6 – Transparence des centres d'addictologie, comment l'améliorer ?

Variable	Moyenne (%)
Visibilité des centres d'addictologie	0.102
Création d'un annuaire	0.306
Création d'un organigramme	0.204
Brochures envoyées dans les cabinets	0.49
Stands de sensibilisation de la ville	0.306
Formation-rencontre entre addictologues et généralistes	0.388
Observations	49

Même si le manque de connaissance en addictologie n'est pas un des freins les plus importants au bon adressage des patients dans les centres spécialisés, il nous a paru important de questionner le médecin généraliste sur la formation initiale qu'il reçoit, ce qui nous renvoi à la table 7

Table 7 – Qualité de la formation dans la prévention contre les troubles liés à l'alcool

Variable	Moyenne (%)
Qualité de la formation initiale pour lutter contre ces troubles	0.184
Inclure un optionnel d'addictologie dès le 2e cycle des études	0.347
Une formation médicale continue	0.551
Une tarification revalorisée de ces consultations au cabinet	0.204
Passage de «délégué en addictologie» au cabinet	0.143
Observations	49

b. Partie analytique

Dans cette partie, nous avons cherché à déterminer si la connaissance des structures par les médecins généralistes pouvait influencer la prise en charge des patients.

Nombre d'organismes connus cumulés	Nombre de médecins généralistes connaissant les organismes	Pourcentage de médecins généralistes
1	46	93,9
2	33	67,3
3	24	49
4	13	26,5
5	5	10,2
6	1	2
7	0	0

Tableau 1 : Proportion de médecins généralistes ayant connaissance des différentes structures

D'ores et déjà, nous constatons qu'aucun médecin généraliste ayant répondu au questionnaire n'atteste connaître la totalité des structures mentionnées et que 6,1% d'entre eux n'en connaissent aucune. Enfin, nous avons choisi un critère permettant de définir 2 effectifs comparables. Ainsi, le critère connaissance d'au moins 3 structures sur les 7 citées permet d'obtenir 2 groupes de 51% et 49% connaissant moins de 3 ou au moins 3 des structures respectivement. L'ensemble de notre analyse est basé sur ce critère.

Par ailleurs, il n'existe pas de différence significative dans l'âge moyen entre les médecins connaissant ou non moins de 3 structures, respectivement 49,8 ans +/- 1,9 et 49,1 ans +/- 2,3, Test Student F (48 ;1)=1,36 ; p=0,404).

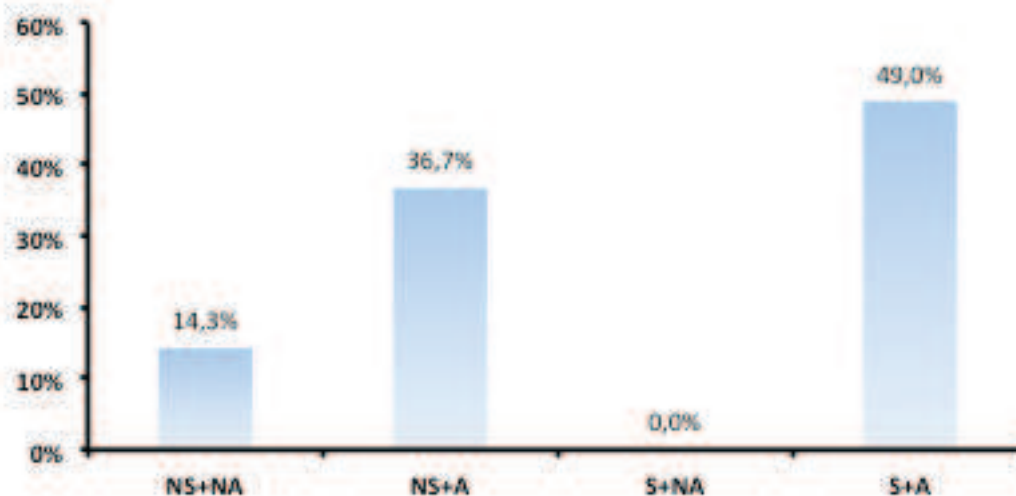


Figure 1 : Adressage des patients en fonction de la connaissance des médecins généralistes concernant les structures de soins. (NA : non-adressage des patients aux structures; A : adressage des patients aux structures; NS : non-connaissance des structures (moins de 3 structures connues); S : connaissance des structures (au moins 3 des structures connues).

Dans notre échantillon, 100% des médecins connaissant au moins 3 structures y ont déjà adressé des patients, alors que seuls 71,9% des médecins connaissant moins de 3 structures y ont déjà adressé leurs patients (Test de Fisher exact N=49,ddl=1, p=0,01).

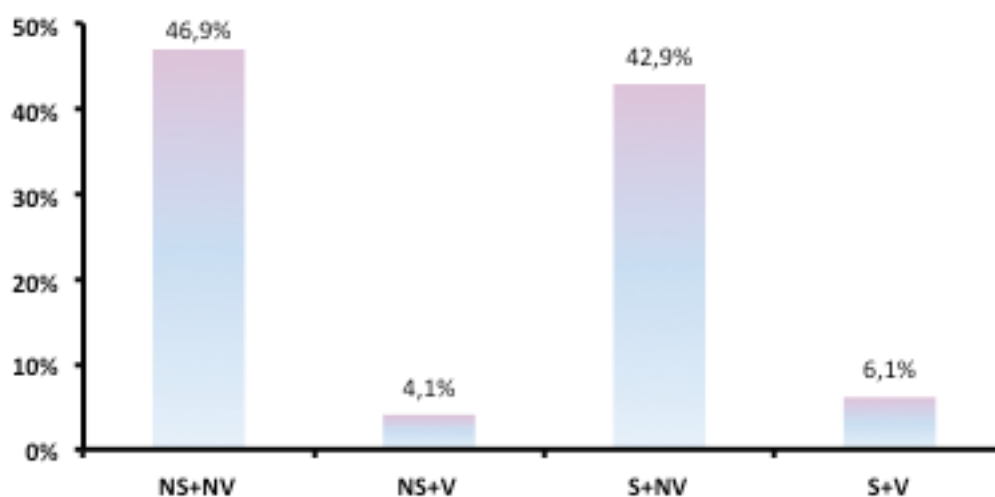


Figure 2 : Visibilité des structures selon les connaissances des médecins généralistes. (V : Visibilité des structures; NV : Non visibilité des structures; NS : non-connaissance des structure; S : connaissance des structures (au moins 3 des structures connues).

Sur l'ensemble de notre échantillon, près de 89,8% des médecins ayant répondu estiment que les structures d'alcoologie ne sont pas suffisamment visibles, et la connaissance de plus ou moins de 3 structures n'influence pas ce constat (Test de Fisher exact : $N=49$, $ddl=1$, $p=0,667$).

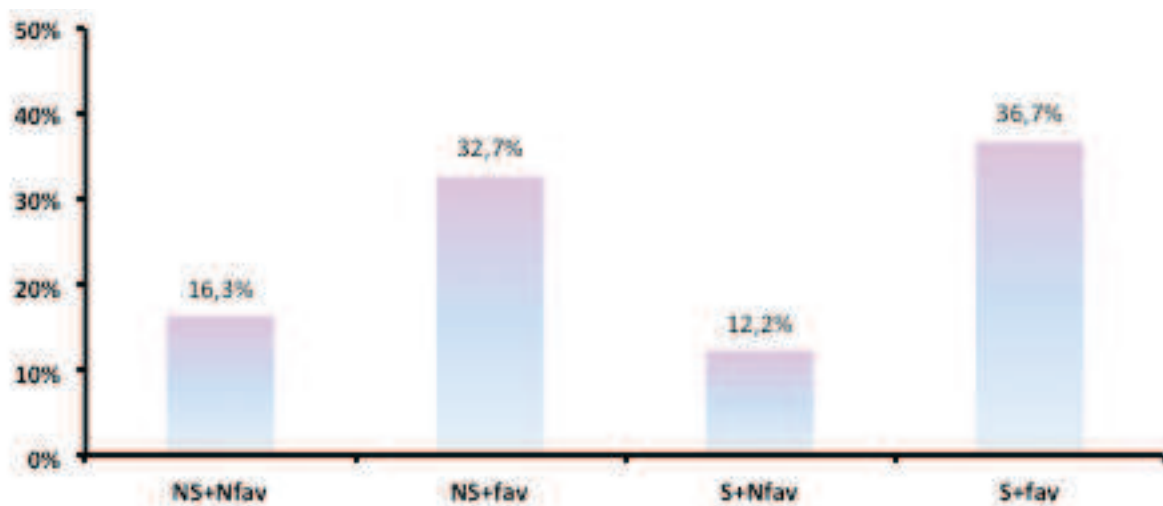


Figure 3 : Mise en place d'une structure d'urgence selon les connaissances des structures par les médecins généralistes. (Fav : Médecins généralistes favorables à la mise en place d'une structure d'urgence; Nfav : Médecins généralistes non favorables à la mise en place d'une structure d'urgence; NS : non-connaissance des structures; S : connaissance des structures (au moins 3 des structures connues).

Bien que la majorité de notre échantillon estime être favorable à la création d'une structure d'urgence (69,4%), la connaissance de plus ou moins 3 des structures d'alcoologie ne semble pas influencer ce choix (Test de Chi2(48)=0,101 ; $ddl=1$; $p=0,75$).

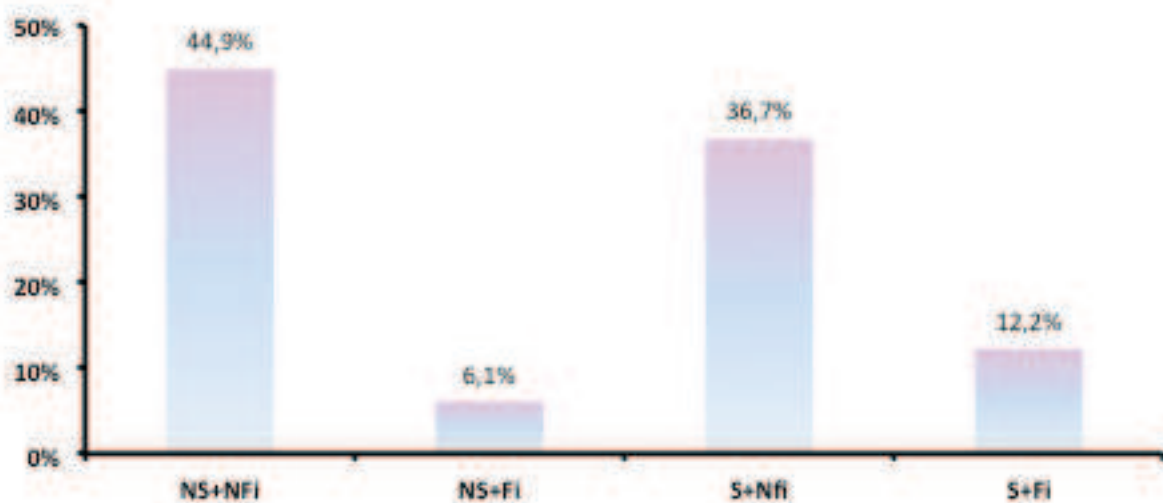


Figure 4 : Apport de la formation initiale en addictologie dans la prise en charge des patients selon les connaissances des médecins généralistes concernant les structures. Fi : Le contenu

de la formation initiale est suffisante; NFi : Le contenu de la formation initiale n'est pas suffisante; NS : non-connaissance des structure; S : connaissance des structures (au moins 3 des structures connues).

La connaissance d'au moins 3 structures n'est pas un facteur qui influence l'intérêt de la formation initiale dans la bonne prise en charge du patient (test de Fisher exact : $N=49$; $ddl=1$; $p=0,289$).

Nos données montrent que la formation initiale est estimée comme insuffisante pour près de 81,6% de l'échantillon.

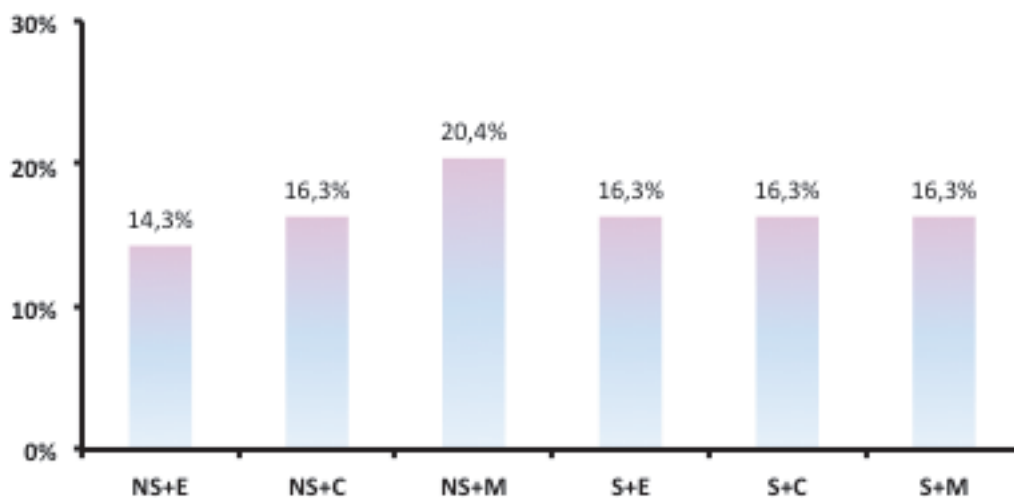


Figure 5 : Attitude des médecins généralistes quand à une éventuelle prise en charge en « urgence » d'un patient présentant un trouble lié à l'usage d'alcool selon leur connaissance des structures. E : Prise en charge par un établissement de soins; C : Prise en charge au cabinet; M : Prise en charge au cabinet et par un établissement de soins, NS : non-connaissance des structure; S : connaissance des structures (au moins 3 des structures connues).

Pour la question n°6, en fonction de la connaissance ou non d'au moins 3 structures d'addictologie, nous avons distingué la prise en charge exclusivement au cabinet (Noté « C »), la prise en charge avec adressage systématique à un établissement de soins (Noté « E ») et la prise en charge mixte « C » et/ou « E » (Noté « M »).

Nous avons cherché à déterminer si la connaissance d'au moins 3 structures conditionnait la prise en charge dans un contexte « d'urgence ». Nos données montrent que le critère « ≥ 3 » n'influe pas significativement sur la prise en charge et que près de 1/3 (32,6%) des médecins répondants prennent en charge au cabinet, le deuxième 1/3 (30,6%) adressent les patients à un

établissement et le dernier 1/3 (36,7%) a une prise en charge mixte. (Test du $\chi^2(49)=0,269$; ddl=2 ; $p=0,874$).

Pour la question n°7, en fonction de la connaissance ou non d'au moins 3 structures d'addictologie, nous avons distingué :

- Les freins liés au patient (difficulté à évoquer le thème « alcool » avec le patient / Refus du patient). (Figure 6)
- Les freins liés aux médecins eux-mêmes (manque de temps en consultation / Manque de connaissance en addictologie). (Figure 7)
- Les freins liés aux centres d'addictologie (méconnaissance des structures d'alcoologie / Difficulté de communication avec ces centres / Délai de prise en charge). (Figure 8)

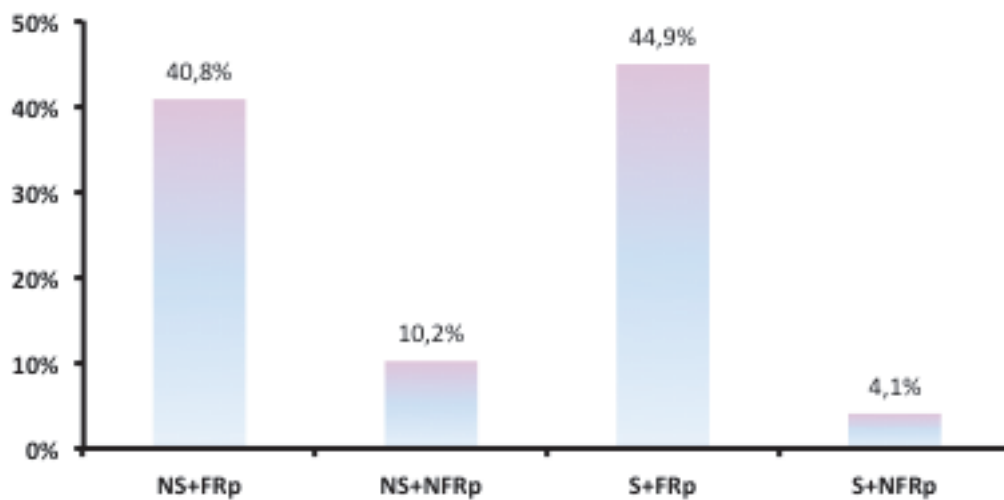


Figure 6 : Influence de la connaissance des structures par les médecins généralistes sur les freins à l'adressage liés au patient lui-même. (FRp : Les freins liés au patient; NFRp : Absence de frein lié au patient; NS : non-connaissance des structures; S : connaissance des structures (au moins 3 des structures connues)).

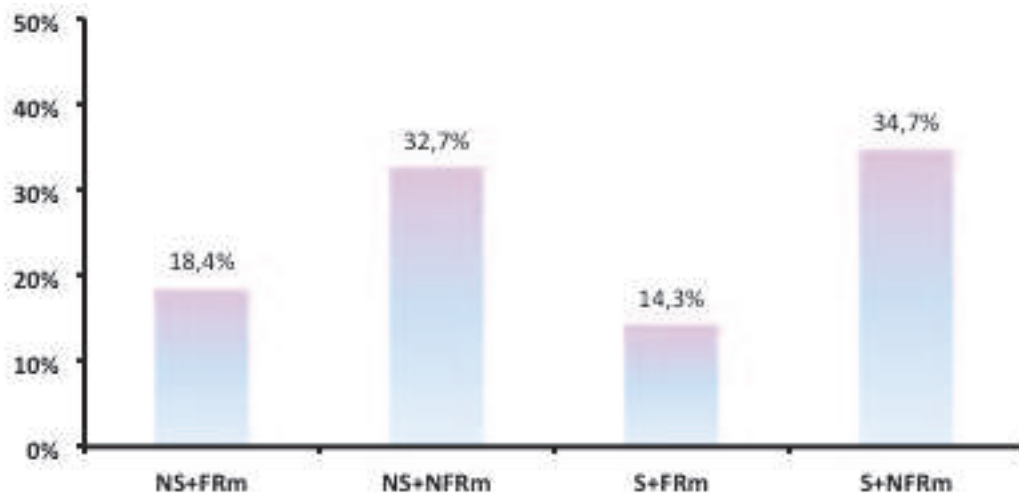


Figure 7 : Influence de la connaissance des structures par les médecins généralistes sur les freins à l'adressage liés aux médecins eux-mêmes (FRm : Freins liés aux médecins; NFRm : Absence de frein lié aux médecins; NS : non-connaissance des structure; S : connaissance des structures (au moins 3 des structures connues)).

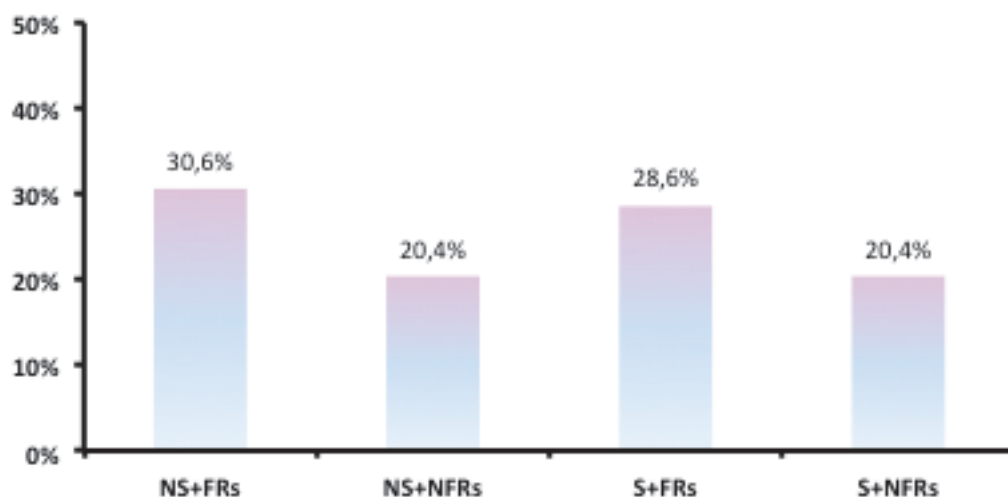


Figure 8 : Influence de la connaissance des structures par les médecins généralistes sur les freins à l'adressage liés aux structures; FRs : Freins liés aux structures; NFRs : Absence de frein lié aux structures; NS : non-connaissance des structure; S : connaissance des structures (au moins 3 des structures connues).

Concernant les freins liés aux médecins, aux structures et aux patients pour l'adressage en structure d'addictologie, nos données montrent que selon notre échantillon de répondant et quelle que soit la connaissance ou non d'au moins 3 structures, il n'existe pas de différence

statistiquement significative (Respectivement Freins médecins, structures et patients $\chi^2(49)= 0,0421$; ddl 1; $p=0,837$, $\chi^2(49)= 0,0296$; ddl 1; $p\text{-value}=0,863$, Test de Fisher exact : $N=49$; ddl 1 ; $p=0.999$).

IV. Discussion

a. Généralités

À travers cette étude, nous avons étudié la relation entre les médecins généralistes du grand Amiénois et les centres de soins d'addictologie d'Amiens Métropole, plus particulièrement, les centres axés sur l'alcoologie.

Elle sert également à mettre en avant les freins à la prise en charge optimale du patient et comment, d'après les médecins généralistes, nous pourrions améliorer cette situation.

Sur les 171 médecins répertoriés, nous avons pris un échantillon de 94 médecins. Plus de la moitié des médecins de notre échantillon a répondu à notre questionnaire. Ceci peut s'expliquer par le fait que la « *maladie alcoolique* » représente un problème de santé majeur à laquelle, le médecin généraliste est confronté dans sa pratique quotidienne. De plus, nous avons élaboré un questionnaire court afin que le taux de réponse soit maximal.

b. Biais de l'étude

Tout d'abord, le nombre de répondants au questionnaire reste très limité et représente seulement un peu moins d'un tiers des médecins exerçant dans le grand Amiénois.

De ce fait, la robustesse de notre étude reste quantitativement peu significative.

Toutefois, ce faible chiffre est facilement améliorable au regard d'une étude plus approfondie et plus étalée sur l'intervalle de temps laissé aux médecins pour répondre au questionnaire.

L'utilisation du questionnaire était, dans notre cas, la solution la plus efficace au vu de l'échantillon ciblé. L'usage de questionnaires en ligne aurait permis de recueillir davantage de retours, pour de plus amples recherches et sur un échantillon national il serait très intéressant de s'appuyer sur ces nouveaux outils interactifs.

La question 4 de la partie B de notre questionnaire présente un biais également dans le sens où les médecins interrogés ne pouvaient pas faire la distinction entre la formation initiale qu'ils avaient reçue ou s'il s'agissait de la formation initiale à prévoir.

Enfin, le pourcentage moyen de patients présentant un trouble lié à l'usage d'alcool dans la patientèle des médecins généralistes questionnés ne paraît pas être représentatif de la réalité. En effet, le pourcentage moyen dans notre étude est de l'ordre de 5% *versus* 20% à l'échelle nationale [3].

c. Les points forts de l'étude

Il s'agit de la première étude en Picardie faisant un point sur la relation entre les médecins généralistes et les centres d'addictologie d'Amiens.

Elle permet de mettre en avant ce qui pourrait être envisagé pour faciliter cette relation et de ce fait, améliorer la prise en charge du patient.

d. Discussion des résultats

1) Les caractéristiques des Médecins interrogés

L'âge moyen des médecins généralistes de notre échantillon est de 49,46 ans. Ce qui correspond à l'âge moyen des médecins généralistes de Picardie qui est de 51,7 ans [32].

On peut souligner le fait que les médecins de notre échantillon ont une expérience professionnelle d'environ 20 ans en moyenne. Ce résultat peut nous orienter sur le fait que les médecins interrogés devraient disposer des qualifications nécessaires à la bonne prévention contre l'alcoolisme auprès de leurs patients. De ce fait, un échantillon âgé est un échantillon que l'on va considérer comme qualifié.

Nous avons eu une majorité de réponses de médecins travaillant en milieu urbain (67,3% vs. 2% pour le milieu rural). Cela est dû au fait que nous nous sommes concentrés sur la région du grand Amiénois. Ce résultat n'est donc pas très significatif du mode d'exercice des médecins picards.

Notre population de médecins généralistes se compose majoritairement d'hommes à 59,2%. L'effectif total des médecins généralistes répertorié en France en 2015 s'élève à 102 485 avec 43,5% de femmes [33]. Notre échantillon correspond donc à la tendance nationale en ce qui concerne le sexe des médecins généralistes.

2) L'adressage des patients dans les centres de soins d'Amiens Métropole

Les centres de soin connus par les médecins généralistes

Dans un premier temps, nous avons interrogé les médecins sur leurs connaissances des différents centres de soins d'addictologie.

Nous avons constaté que seuls 2% de notre échantillon connaît le CAARUD. Centre qui accueille en majorité des consommateurs d'opiacés (73%) et d'alcool (66%) [34]. Il est

important de souligner cette information car celle-ci permet de conforter les intentions d'intensifier les mesures de sensibilisation afin que les médecins puissent avoir accès à un éventail plus large de centres dans lesquels ils orienteront leurs patients.

Le SESAME est connu par 69,4% des médecins généralistes interrogés. Il s'agit également du seul centre à Amiens qui propose une cure de 4 semaines parmi tous les centres référencés du grand Amiénois.

Là plupart des autres structures sont connues par environ 1/3 de l'échantillon : 40% des médecins connaissent le Mail / Les consultations jeunes consommateurs, l'unité mobile d'alcoologie et l'ELSA.

Les résultats, de par leurs hétérogénéités, nous forcent à nous interroger sur la capacité du médecin à orienter son patient, non pas en fonction des missions des différents centres, mais en fonction de sa proximité avec le patient.

En effet, il est important pour le médecin de prendre en considération la situation socio-professionnelle mais également démographique de son patient. Ainsi, il orientera ce dernier vers un centre où il lui sera facile de s'y rendre. Notre étude ne cherche pas à répondre à cette question, mais il nous a semblé important de mettre l'accent sur l'adressage des patients dans les centres les mieux adaptés pour eux afin de faciliter leur complaisance.

Dans la partie analytique de notre chapitre « Résultats », nous avons démontré que la connaissance d'au moins 3 structures influe sur l'adressage des patients vers l'un de ces centres quels qu'ils soient ($p=0,01$).

Le mode utilisé par les médecins généralistes pour adresser leur patient

Il a été constaté que 85,7% des médecins interrogés affirment avoir déjà mis en relation leurs patients avec une ou plusieurs structures.

La rédaction d'une lettre est le moyen le plus employé, 77,6%, pour adresser les patients. Elle permet d'énumérer les antécédents du patient et d'expliquer son parcours. De plus, elle peut accélérer le processus de prise en charge par les structures en fonction de son caractère urgent ou non.

La recommandation orale aux patients constitue le deuxième moyen d'adressage.

Seuls 22,4% prennent un rendez-vous téléphonique en présence du patient.

Le retour des structures

En mettant de côté si le patient est oui ou non allé dans la structure que son médecin lui avait conseillée, on observe, à en croire les médecins de notre échantillon, un retour de 60,4% de la part des structures en question.

Ce retour adressé à plus de la moitié de l'échantillon s'est fait majoritairement par courrier, puis par le patient lui-même et enfin par téléphone.

Les différentes possibilités que peuvent avoir le médecin face à un patient demandeur d'une prise en charge immédiate

Il est intéressant de voir avec la table 4 que l'adressage des patients dans des structures spécialisées n'est pas majoritairement représenté. Cette dernière n'est cependant pas marginalisée et constitue quand même un outil utilisé par presque la moitié des médecins qui furent interrogés : 46,9% affirment soit contacter directement la structure (ce qui nous renvoie au 22,4% représentant la part des médecins qui prennent rendez-vous par téléphone en présence du patient), soit transmettent au patient le numéro de téléphone d'une des structures afin que celui-ci se mette en relation avec l'une d'entre elles.

Autrement, le comportement principal qui représente 53,1% des médecins interrogés est de prescrire un traitement directement au patient et de lui programmer un nouveau rendez-vous quelques jours après afin d'évaluer l'évolution de sa prise en charge. Cette consultation permettra d'apprécier l'observance du traitement, s'il y a eu une rechute et si oui quel a été le facteur déclenchant de cette rechute...

Cette approche n'est pas aussi pluridisciplinaire que peut l'être une prise en charge par les centres d'alcoologie. De plus, la durée moyenne d'une consultation en médecine générale est de l'ordre de 15 minutes ce qui fait peu pour aborder le patient d'un point de vue médico-psycho-social.

A contrario, les centres d'addictologies proposent un suivi psychologique mais également social afin de répondre au mieux à la demande du patient et de faciliter une éventuelle réinsertion par la suite.

Il est donc essentiel de souligner que la prise en charge du patient par le médecin est une solution convenable mais celle-ci est imparfaite au vu du suivi et des traitements que peuvent proposer les centres d'addictologie.

Mis à part les différentes prises en charges mentionnées ci-dessus, le médecin généraliste du grand Amiénois a aussi le choix d'orienter le patient directement vers les urgences du CHU (alternative choisie par 14,3% des interrogés) ou celles du centre hospitalier Philippe Pinel (représente 26,5%) lorsque celui-ci présente des symptômes suscitant la nécessité d'une hospitalisation.

L'alternative qui paraît être la moins rigoureuse est sous-représentée dans notre échantillon. En effet, distribuer des brochures aux patients qui présentent des troubles liés à l'usage d'alcool n'est pas la solution la plus intuitivement efficace. Même si cela permet aux patients de prendre connaissance de leur trouble afin de mieux appréhender le traitement qui suivra.

Enfin, la connaissance des structures dans notre étude n'influence pas la prise en charge immédiate d'un patient présentant un trouble lié à l'usage de l'alcool.

Les freins à l'adressage des patients vers les différents centres

Contrairement aux réponses de l'étude « *Strand 1* », les médecins généralistes de notre échantillon considèrent que le frein le plus important à une prise en charge optimale du patient est, non pas le manque de formation (représenté par 12,2% de notre échantillon) mais le refus du patient lui-même à être pris en charge (75,5%).

Cette forte moyenne est importante car elle rend compte de la difficulté rencontrée par les médecins généralistes à convaincre leur patient de se faire prendre en charge.

Les médecins ne peuvent pas forcer leurs patients à se faire soigner (sauf s'ils mettent leur vie ou la vie d'autrui en danger) mais il est essentiel que le flux d'informations transmis aux patients puisse convaincre ces derniers de se faire aider. Cela met l'accent sur l'importance d'une bonne formation en addictologie.

La difficulté à évoquer le thème « *alcool* » avec le patient représente 28,6% des médecins interrogés (75% dans l'étude strand1.).

Ensuite, les délais de prise en charge des structures sont pointés du doigt par les médecins généralistes, ce qui montre que pour renforcer l'adressage des patients vers ces structures, il faut améliorer la gestion et l'organisation de ces centres d'addictologie afin que ces délais puissent être réduits.

On peut aussi voir que près d'un tiers des médecins généralistes ont une méconnaissance des différentes structures d'addictologie. Ce résultat renforce le fait qu'il faut améliorer la transparence des centres d'addictologie auprès des médecins généralistes du grand Amiénois. De-même, en plus de la transparence, la communication entre les médecins et les centres représentent aussi un problème d'après 22,4% des médecins.

Le manque de temps en consultation représente un frein pour 24,5% des médecins interrogés. Ce résultat nous renvoie au 53,1% des médecins qui prennent en charge au cabinet leur patient présentant un problème lié à leur consommation d'alcool.

Mis à part le refus du patient, toutes les variables énoncées ci-dessus peuvent être améliorées facilement par l'intégration de nouveaux outils organisationnels qui faciliteraient la communication entre les médecins et les centres et réduiraient les délais de prise en charge.

De même que pour la question précédente, ces différents freins ne sont pas influencés dans un sens comme dans l'autre par la connaissance que peut avoir les médecins généralistes concernant les structures d'alcoologie d'Amiens.

3) Avis du médecin sur la problématique

Cette partie cherche à déterminer les différentes solutions à mettre en place afin de contrer les différents freins vus précédemment et de ce fait améliorer la prise en charge des patients.

La visibilité des centres d'addictologie, comment l'améliorer ?

Les médecins généralistes questionnés connaissant ou non les structures sont d'accord à 89,8% sur le fait que les centres d'addictologie ne sont pas suffisamment visibles.

Pour améliorer cette visibilité, nous proposons aux médecins, différents moyens susceptibles d'être mis en place.

Aux yeux des médecins qui ont répondu à notre questionnaire, augmenter le nombre de brochures à envoyer dans les cabinets paraît être un moyen efficace pour 49% d'entre eux. Effectivement, ce moyen permettrait de tenir au courant les médecins sur les centres présents dans leur environnement respectif. En plus de cela, les médecins pourraient mettre à disposition ces différentes brochures dans leurs salles d'attente afin de sensibiliser les patients.

38,8% considèrent qu'organiser des formations ou des rencontres entre les médecins généralistes et les médecins addictologues serait un moyen efficace pour améliorer leur relation. En effet, au delà de l'aspect informationnel, l'aspect relationnel est aussi mis en jeu dans cette mesure.

La création d'un annuaire ou la mise en place de stands de sensibilisation dans les villes suscitent le même enthousiasme auprès des médecins généralistes qui représentent tout deux 30,6%.

La création d'un organigramme est la solution qui obtient le moins d'approbations (20,4%). Concernant les solutions à mettre en place, en plus de celles déjà citées, nous avons sondé les médecins sur la mise en place d'une structure d'urgence qui orienterait le patient dans le centre le plus adapté pour lui. La mise en place de ce type de structure est largement acceptée auprès des médecins généralistes (71,40%). Ainsi, on peut voir une volonté collective d'agir afin de réduire les troubles liés à l'usage d'alcool chez les patients amiénois. Même si cette volonté n'est pas générale, il est préférable de voir une tendance à majorité positive plutôt que négative.

La qualité de la formation médicale dans la prévention contre les troubles liés à l'alcool

81,6% des médecins interrogés, considèrent que notre formation initiale en médecine générale n'est pas suffisante pour prendre en charge ce genre de patients.

Variable non influencée par la connaissance ou non d'au moins trois structures.

Ce résultat paraît contradictoire avec celui cité plus haut mais si l'on considère que les médecins se documentent en dehors de leurs formations alors on peut ne pas relier ces deux résultats.

Pour combler ce manque de formation, nous leur proposons différentes solutions à mettre en place.

La solution qui prévaut sur les autres (55,1% de l'échantillon) est l'intégration d'une formation médicale continue en plus de notre formation initiale. Cette formation continue constituerait un vrai bagage aux médecins généralistes qui le souhaiteraient.

Ensuite, 34,7% de l'échantillon est d'accord sur l'utilité d'inclure un optionnel d'addictologie dès le 2ème cycle des études en complément de la formation initiale. Dans la même optique que la formation continue, cette option permettrait une remise à niveau concrète dans les différents champs de l'addictologie et notamment ceux liés à l'alcool.

Nous avons décidé de valoriser les incitations financières des médecins généralistes afin de voir si cet argument est important dans la prise en compte de l'amélioration de la prise en charge des patients. Cet argument est partagé par 20,4% des médecins généralistes interrogés (83% dans l'étude « *Strand1* »). Il représente une faible part de l'échantillon ce qui signifie que jouer sur la tarification n'aurait pas ou peu d'impact.

Enfin, un système de passage de « *délégué en addictologie* » dans les cabinets est accepté par 14,3% de l'échantillon. Encore une fois, ce système ne paraît pas être la solution à privilégier si l'on souhaite améliorer la formation des médecins.

L'intervention des délégués et médecins addictologues lors d'un enseignement post-universitaire centré sur l'addictologie pourrait être proposé parallèlement au passage des délégués au cabinet.

e. Analyse générale

Cette étude permet de montrer que les médecins généralistes du Grand Amiénois connaissent et utilisent pour la plupart le réseau de soins en alcoologie d'Amiens, mais ce dernier reste encore sous-utilisé et arrive au second plan dans les situations « *d'urgence* ».

Le principal problème rencontré dans la prise en charge du patient présentant un trouble lié à l'usage d'alcool restent le patient lui-même. Le manque d'informations et de visibilité de ces structures reste également un obstacle aussi bien pour le médecin que pour le patient lui-même.

f. Perspectives

Il est ressorti de cette étude que les médecins généralistes sont impliqués dans la prise en charge des patients présentant un trouble lié à l'usage d'alcool.

Ils sont désireux d'améliorer cette prise en charge par le développement d'une structure d'urgence permettant d'orienter au mieux leur patient.

Organiser des rencontres entre médecins généralistes et addictologues serait un point à développer pour améliorer la visibilité de ces centres. On pourrait inclure ces rencontres dans une formation médicale continue ce qui augmenterait également notre connaissance en matière d'addictologie.

La distribution de brochures dans les différents cabinets existe déjà mais reste très peu utilisée et semble être important aux yeux des médecins.

Se pose également la question de valoriser ces consultations par une augmentation de la tarification.

Même si les médecins interrogés considèrent être peu intéressés par cette proposition. Il n'en est pas moins qu'une consultation optimale avec un patient présentant ce genre de problème est très chronophage.

V. Conclusion

La maladie alcoolique requiert une prise en charge pluridisciplinaire de part sa complexité. Le médecin généraliste reste le pivot de cette prise en charge. Il peut cependant s'entourer d'autres professionnels et créer un véritable réseau autour du patient.

L'utilisation du réseau de soins en alcoologie d'Amiens constitue un véritable outil dont le but est d'améliorer la qualité globale de la prise en charge du patient.

Ce réseau permet également d'alléger la charge de travail du médecin généraliste sans pour autant le démunir de son patient. Le but est d'obtenir une certaine fluidité et harmonie entre les médecins généralistes d'Amiens et les professionnels du réseau de soins afin de faciliter la compliance et l'observance du patient dans cette démarche de soins.

Cette étude a permis de montrer que les médecins généralistes du grand amiénois se sentent impliqués dans la prise en charge de cette pathologie.

Ils s'appuient, pour la plupart, sur le réseau de soins mais l'utilisation de ce dernier reste encore trop marginalisée.

Le manque de transparence de ces structures induit un manque d'informations et de communication avec les médecins généralistes.

La prescription de traitements aux cabinets reste le comportement principal des médecins du grand Amiénois cela est dû au fait que le délai de prise en charge par ces structures peut être long. Pour contrer cette situation, la mise en place d'une structure d'urgence pourrait être une alternative à la prise en charge au cabinet du patient par le médecin seul.

Les principaux obstacles à la prise en charge optimale du patient restent dans un premier temps le refus du patient à se faire prendre en charge. La difficulté à aborder le thème « *alcool* » avec le patient constitue le deuxième frein rapporté par les médecins de notre étude. Cela permet de pointer du doigt notre manque de formation en addictologie. Il serait aisé de l'enrichir par la mise en place d'un optionnel d'addictologie dès le 2ème cycle des études médicales et/ou par la création de formations médicales continues. La distribution de brochures et le passage de délégués spécialisés en addictologie seraient également un point à développer par la suite tout comme la valorisation des consultations d'alcoologie au cabinet.

La mise en place de ce réseau est un atout majeur qu'on se doit de développer pour le bien du patient. Des améliorations pourraient être apportées et il serait intéressant d'élargir notre champ de recherche et de questionner également les différentes structures d'alcoologie d'Amiens sur leur ressenti par rapport aux médecins généralistes du grand Amiénois.

VI. Annexes

Annexe 1 : Le Questionnaire adressé aux Médecins généralistes du grand Amiénois

Questionnaire adressé aux Médecins Généralistes

A) L'adressage des patients à Amiens Métropole :

1. Parmi les centres de prise en charge en alcoologie à Amiens, lesquels connaissez-vous ?
 - CAARUD-La Parenthèse
 - CSAPA-(Ancien CCAA)-ANPAA80
 - CSAPA-(Ancien CSST)-ANPAA80
 - Consultation Jeune Consommateur - Le Mail
 - Consultation Hospitalière - UMA
 - Centre de Sevrage Complexe - SESAM
 - ELSA - CH Pinel
 - SSR
 - Autre : veuillez préciser :

2. Avez-vous déjà adressé des patients dans l'une de ces structures ?
 - Oui
 - Non

3. Si oui, quel moyen avez-vous utilisé ?
 - Recommandation orale aux patients
 - Courrier d'adressage
 - Prise de rendez-vous téléphonique en présence du patient
 - Autre : veuillez préciser :

4. Avez-vous des retours des structures que vous avez sollicitées pour vos patients?
 - Oui
 - Non

5. Si oui, quel moyen ont elles utilisé pour les retours?
 - Par courrier
 - Par téléphone
 - Par le patient lui-même.
 - Autre : veuillez préciser :

6. Contre toute attente, un patient que vous suivez depuis longtemps pour ses problèmes d'alcool se montre réceptif quand à une éventuelle prise en charge de son mésusage, que faites vous dans l'urgence ?

- Vous adressez votre patient aux urgences du CHU.
- Vous adressez votre patient aux urgences du Centre hospitalier Ph. Pinel.
- Vous essayez de joindre par téléphone une des structures d'addictologie en vue d'une éventuelle consultation voir d'une hospitalisation.
- Vous lui prescrivez un traitement et vous lui reprogrammez une consultation au cabinet.
- Vous lui remettez différentes brochures.
- Vous lui donnez le numéro d'un des centres d'addictologie.
- Autres : veuillez préciser

7. Selon vous, quels sont les freins à l'adressage de vos patients dans des centres d'alcoologie ?

- Manque de temps en consultation.
- Difficulté à évoquer le thème « alcool » avec le patient.
- Méconnaissance des structures d'alcoologie.
- Manque de connaissance en addictologie.
- Refus du patient
- Difficulté de communication avec ces centres.
- Délai de prise en charge.
- Autres : veuillez préciser.....

B) Avis du Médecin sur la problématique :

1. Pensez-vous que les structures de prise en charge en alcoologie sont suffisamment visibles?

- Oui
- Non

2. Si non, quel serait le meilleur moyen selon vous pour les rendre visibles ?

- Création d'un annuaire
- Création d'un organigramme
- Brochures envoyées dans les cabinets
- Stands de sensibilisation dans la ville
- Formation – rencontre entre les médecins addictologues et les médecins généralistes
- Autre : veuillez préciser

3. Seriez vous favorable à la mise en place d'une structure d'urgence qui orienterait le patient dans celle la plus adaptée pour lui ?

- Oui
- Non

4. Pensez-vous que la formation initiale en médecine générale permette une prise en charge optimale au cabinet d'un patient présentant des problèmes de mésusage ?

- Oui
- Non

5. Si non, quel serait le meilleur moyen pour améliorer cette situation ?

- Inclure un optionnel d'addictologie dès le 2^{ème} cycle des études médicales.
- Une formation médicale continue
- Une tarification revalorisée de ces consultations au cabinet.
- Passage de « délégué en addictologie » au cabinet.
- Autre : veuillez préciser.....

C/ Pour mieux vous connaître :

1. Age

2. Genre : Homme Femme

3. Depuis combien de temps exercez-vous dans la région?.....

4. Lieu d'exercice :

- Urbain
- Semi-rural
- Rural

5. Nombre moyen de patients vus par semaine ?.....

6. D'après vous, quelle proportion de vos patients a un problème avec l'alcool ?

.....

Annexe 2 : Lettre de présentation du questionnaire

Utilisation du réseau de soins en alcoologie d'Amiens par les médecins généralistes du grand Amiénois

Bonjour,

Actuellement en 5^{ème} semestre de Médecine Générale, j'ai choisi de prendre comme sujet de thèse « l'utilisation du réseau de soins en alcoologie d'Amiens par les Médecins Généralistes de Picardie ».

Les troubles liés au mésusage d'alcool représentent un enjeu majeur de santé publique.

Deuxième cause de mortalité évitable après le tabac.

La consommation d'alcool est responsable de 49 000 décès par cancer, cirrhose, psychose et dépendance alcoolique.

Le mésusage d'alcool correspond à une catégorie générique rassemblant toutes les conduites d'alcoolisation caractérisées par l'existence d'un ou plusieurs risques potentiels, ou par la survenue de dommages induits, alcoolodépendance incluse. (*Définition de la Société Française d'alcoologie. 2001.*)

Le médecin généraliste tient une place centrale dans la prise en charge de ces troubles. Il peut être aidé par un ensemble de structures souvent mal connu par ce dernier par défaut de communication, de visibilité ...

L'objectif de ce travail est de savoir comment les médecins généralistes de Picardie utilisent le réseau de soins en alcoologie d'Amiens.

Il s'agit d'un questionnaire court composé de 18 questions réparties en 3 grandes parties.

Nous aborderons dans un premier temps vos connaissances sur les différentes structures existantes, vos relations avec ces dernières et les freins à la bonne utilisation de ce réseau.

Dans un second temps, nous évoquerons les différents moyens pouvant améliorer la prise en charge des patients souffrant de mésusage.

Pour terminer, quelques questions afin de mieux vous connaître.

La finalité de cette thèse est de faire connaître aux médecins généralistes de Picardie les différentes spécificités de ce réseau de soins ; améliorer l'orientation et la prise en charge des patients concernés.

Annexe 3 : Echelle CIWA-Ar

Nausées et vomissements : Demander : « Avez-vous des nausées ? Avez-vous vomi ? » Observer.

0	Ni nausée, ni vomissement
4	Nausées intermittentes avec haut-le-cœur
7	Nausées constantes, fréquents haut-le-cœur et vomissements

Tremblements : Evaluer bras tendus et doigts en face de l'examineur. Observer.

0	Pas de tremblement
1	Invisibles, mais sentis du bout des doigts
4	Modérés, lorsque les bras sont tendus
7	Sévères, même avec les bras non tendus

Sueurs paroxystiques : Observer.

0	Pas de sueur visible
1	Sueur à peine perceptible, paumes moites
4	Front perlé de sueur
7	Sueurs profuses

Anxiété : Demander : « Vous sentez-vous nerveux ? » Observer.

0	Pas d'anxiété. Détendu.
1	Légèrement anxieux
4	Modérément anxieux, sur ses gardes, on devine une anxiété
7	Equivalent d'état de panique aiguë, tel que l'on peut le voir dans les états délirants sévères ou les réactions schizophréniques aiguës.

Agitation : Observer.

0	Activité normale
1	Activité légèrement accrue par rapport à la normale
4	S'agite et gigote, modérément
7	Marche de long en large pendant l'évaluation, ou s'agite violemment

Troubles des perceptions tactiles : Demander : « Avez-vous des démangeaisons, des sensations de fourmillements, de brûlures ? Des engourdissements ? Ou avez-vous l'impression que des insectes grouillent sur ou sous votre peau ? »

0	Aucun trouble de ce registre
1	Très peu de démangeaisons, de sensations de fourmillements, de brûlures ou d'engourdissements
2	Peu de troubles cités ci-dessus
3	Troubles cités ci-dessus modérés
4	Hallucinations modérées
5	Hallucinations sévères
6	Hallucinations extrêmement sévères
7	Hallucinations continues

Troubles des perceptions auditives : Demander : « Etes-vous plus sensibles aux sons qui vous entourent ? Sont-ils plus stridents ? Vous font-ils peur ? Entendez-vous un son qui vous perturbe ? Entendez-vous des choses que vous savez ne pas être réellement là ? »

0	Aucun son troublant
1	Sons très peu stridents ou effrayants
2	Sons peu stridents ou effrayants
3	Sons modérément stridents ou effrayants
4	Hallucinations modérées
5	Hallucinations sévères
6	Hallucinations extrêmement sévères
7	Hallucinations continues

Troubles de perceptions visuelles : Demander : « La lumière vous paraît-elle trop vive ? Sa couleur est-elle différente ? Vous fait-elle mal aux yeux ? Voyez-vous des choses qui vous perturbent ? Voyez-vous des choses que vous savez ne pas être réellement là ? »

0	Aucun trouble de ce registre
1	Troubles très peu sensibles
2	Peu sensibles
3	Modérément sensibles
4	Hallucinations modérées
5	Hallucinations sévères
6	Hallucinations extrêmement sévères
7	Hallucinations continues

Céphalées : Demander : « Avez-vous des sensations anormales au niveau de la tête ? Avez-vous l'impression d'avoir la tête serrée dans un étai ? » Ne pas évaluer les étourdissements, ni les sensations de tête vide. S'attacher plutôt à la sévérité.

0	Céphalée absente
1	Très légère
2	Légère
3	Modérée
4	Modérément sévère
5	Sévère
6	Très sévère
7	Extrêmement sévère

Troubles de l'orientation : Demander : « Quel jour sommes-nous ? Où êtes-vous ? Qui suis-je ? »

0	Orienté(e) et peut faire des additions en série
1	Ne peut faire des additions en série ou est incertain(e) de la date
2	Erreur sur la date de moins de 2 jours
3	Erreur sur la date de plus de 2 jours
4	Désorienté(e) dans l'espace et/ou par rapport aux personnes

Annexe 4 : Questionnaire FACE

Repérage des consommations problématiques d'alcool en médecine générale

Le Questionnaire FACE issu du programme Boire moins c'est mieux

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 <input type="checkbox"/> 0 une fois par mois <input type="checkbox"/> ou moins 1 2 à 4 fois <input type="checkbox"/> par mois 2 2 à 3 fois <input type="checkbox"/> par semaine 3 4 fois ou plus <input type="checkbox"/> par semaine 4	
2/ Combien de verres standards buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ? Un ou deux <input type="checkbox"/> 0 trois ou quatre <input type="checkbox"/> 1 cinq ou six <input type="checkbox"/> 2 sept à neuf <input type="checkbox"/> 3 dix ou plus <input type="checkbox"/> 4	
3/ Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation d'alcool ? Non <input type="checkbox"/> 0 oui <input type="checkbox"/> 4	
4/ Avez-vous déjà eu besoin d'alcool le matin pour vous sentir en forme ? Non <input type="checkbox"/> 0 oui <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 0 oui <input type="checkbox"/> 4	
TOTAL	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>

Interprétation :

- Pour les femmes, un score supérieur ou égal à 4 indique une consommation dangereuse ;
- Pour les hommes, c'est un score supérieur ou égal à 5.
- 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.

Annexe 5: Les pathologies engendrées par un trouble lié à l'usage d'alcool

Les maladies hépatiques dues à l'alcool [21]

En 2000, la cirrhose alcoolique a entraîné 8603 décès en France. La population la plus touchée concerne les 45-64 ans. On note également une disparité Nord-Sud avec un taux de mortalité beaucoup plus élevé dans la région Nord-Pas-de-Calais par rapport à la région Midi-Pyrénées (5 fois supérieur chez les femmes / 3 fois supérieur chez les hommes). Le taux de mortalité plus élevé chez les femmes peut s'expliquer par le fait qu'elles peuvent développer une cirrhose pour des niveaux de consommation plus faible que les hommes.

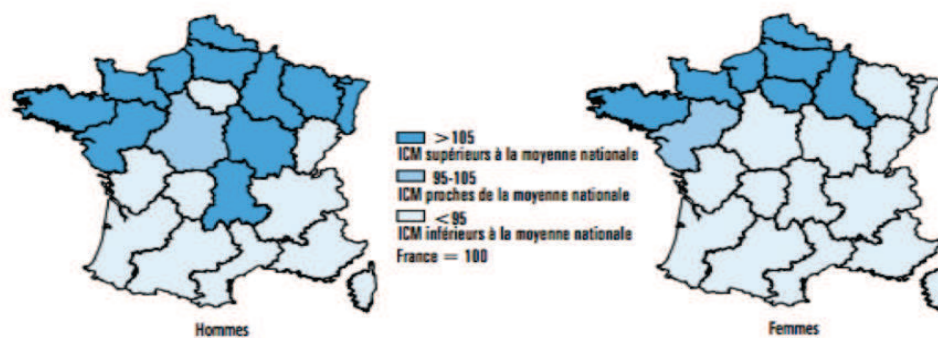


Figure 6 : Indices comparatifs de mortalité par cirrhose du foie selon les régions [22]

D'après la littérature, chez un patient indemne de tout facteur de risque, le seuil de consommation à risque de développer une cirrhose doit se situer aux environs de 30g d'alcool par jour (3 verres) chez la femme et 50g d'alcool (5 verres) chez l'homme, pendant une durée d'au moins 10 ans chez les femmes, et 15 chez les hommes. Il a été constaté que seul le surpoids / la malnutrition sont des facteurs de risque de développer une maladie alcoolique du foie.

L'alcool a pour effet d'amplifier l'évolution des infections virales chroniques telles que l'hépatite B et C et d'accélérer la formation d'une cirrhose et/ou d'un carcinome hépatocellulaire chez les patients infectés.

La survie à 5 ans d'une cirrhose constituée et/ou d'une hépatite alcoolique sévère varie de 20% à 60%. Seuls les corticoïdes ont fait preuve de leur efficacité en augmentant le taux de survie de 20% en cas d'hépatite alcoolique aiguë sévère. Le traitement final d'une cirrhose sévère reste la transplantation hépatique.

Les maladies neurologiques dues à l'alcool [21]

La quantité d'alcool ingéré va avoir pour effet de modifier proportionnellement les capacités du cerveau à réagir normalement. Dans le cas d'une intoxication alcoolique aiguë, le comportement d'un individu va aller de mal en pis en fonction de la quantité qu'il a pu ingérer. Certains seuils ont été fixés afin de prévenir la consommation excessive d'alcool en échange de sanctions à appliquer si ces seuils venaient à être dépassés. Pour les alcoolémies inférieures ou égales à 0,50g/l, elle provoque un effet psychostimulant avec désinhibition entraînant une plus grande prise de risque dans son comportement ; au-delà de ce seuil, l'alcool a un effet sédatif sur les individus, les rendant inaptes.

Une consommation chronique d'alcool peut avoir des répercussions sur le long terme aussi bien physique que psychique. Ces troubles ne sont plus liés au taux d'alcool présent dans le sang mais à la prise continue et régulière d'alcool. Ces troubles peuvent persister malgré un sevrage.

A contrario, il est possible qu'une personne n'ayant pas ingéré d'alcool mais justement essayant de s'en prémunir et de réduire sa consommation va souffrir de symptômes liés au sevrage provoquant des crises de délirium, hallucinations, crises comitiales.

Les neuropathies périphériques touchent essentiellement les membres inférieurs et le nerf optique. Elles ne sont que lentement régressives.

L'encéphalopathie de Wernicke se caractérise par un état confusionnel, une ophtalmoplégie et une ataxie. En l'absence de traitement, elle peut évoluer vers un syndrome de Korsakoff associant amnésie antérograde, désorientation temporo-spatiale, fabulation, fausses reconnaissances. Ces deux maladies peuvent être prévenues par administration de Thiamine.

Des troubles cognitifs de gravité moindre sont observés affectant la mémoire (mémoire visuelle) mais aussi les capacités visuomotrices et perceptives, les praxies, l'abstraction ou les capacités d'élaboration.

Les imageries cérébrales ont permis de mettre en évidence la présence d'une atrophie corticale globale et une dilatation ventriculaire chez les patients alcooliques chroniques, partiellement réversible après sevrage. La recherche médicale a montré que l'alcool touchait plus spécifiquement les régions du lobe frontal et des régions diencephaliques.

Alcool et Grossesse [21]

L'alcool ingéré à n'importe quel moment de la grossesse passe la barrière placentaire. Cela peut engendrer chez le fœtus des troubles du comportement mineurs mais également des anomalies importantes du développement et plus précisément cela peut aboutir au syndrome d'alcoolisation fœtal (SAF). Ce syndrome peut se manifester par un retard de croissance, une dysmorphie cranio-faciale, des handicaps comportementaux et cognitifs. La principale cible de l'alcool chez le fœtus est le système nerveux central mais tous les autres organes et leur développement peuvent également être atteints (anomalies cardiaques, du squelette et des tissus musculaires). Il a été mis en évidence que certains facteurs génétiques, environnementaux et nutritionnels pourraient intervenir sur le développement de ce syndrome d'alcoolisation.

Par ailleurs, il a été démontré qu'une consommation excessive d'alcool diminue considérablement la fertilité de la femme.

Alcool et maladies cardio-vasculaires [21]

De nombreuses études ont permis de mettre en évidence que le risque de survenue de cardiopathie ischémique diminue de 10 à 50% en cas de consommation modérée d'alcool. D'après les résultats de 10 études prospectives, le risque décroît jusqu'à des consommations de l'ordre de 20g/j pour les hommes et jusqu'à 10 à 20g / jour chez les femmes. Le type de boisson n'influe pas sur cet effet protecteur.

Il a été constaté que le risque d'accident vasculaire cérébral ischémique diminue également alors que le risque d'accident vasculaire cérébral hémorragique est amplifié.

Il a été constaté une augmentation du risque de mort subite de 73% pour les consommateurs buvant plus de six verres par jour. Ceci peut s'expliquer par le fait que l'alcool est un facteur favorisant les troubles du rythme cardiaque. L'existence d'une insuffisance cardiaque couplée à une forte consommation d'alcool peut-être à l'origine d'une myocardiopathie alcoolique qui régresse lors de l'arrêt de l'alcool.

Les chiffres tensionnels systoliques et diastoliques augmentent progressivement notamment en cas de consommation régulière supérieure à 20 g/j (2 verres). On constate une augmentation de 50% de la fréquence de l'hypertension chez l'homme quand la consommation d'alcool est comprise entre 36 et 60g/j. Elle double pour des consommations supérieures.

Chez la femme, on a pu remarquer que la fréquence de l'hypertension double dans le cas où la consommation d'alcool est de l'ordre de 36g/j. Il a été constaté que le taux des lipoprotéines de faible densité (LDL), facteur de risque d'athérosclérose, est peu altéré par la consommation d'alcool contrairement au taux des lipoprotéines de haute densité (HDL), facteur protecteur de la maladie coronaire, qui augmenterait de façon dose-dépendante.

Le profil lipidique varie selon le mode de consommation : une consommation excessive et irrégulière serait associée à un profil lipidique défavorable alors qu'une consommation modérée et régulière augmenterait le taux de HDL.

La consommation d'alcool est également liée à une diminution de certains facteurs de l'hémostase impliqués dans la coagulation.

Alcool et Cancers [21]

a. Cancers des voies aéro-digestives

Une consommation excessive d'alcool multiplie par 2 voire 5 fois le risque de développer un cancer de la bouche et/ou du larynx. Risque confirmé par plusieurs études cas-témoins et études de cohorte. Il a été mis en évidence une relation dose-effet. En revanche, le type de boisson n'influe pas.

Consommer de manière excessive de l'alcool a également pour effet aggravant d'augmenter de deux à six fois les risques qu'un individu a de développer un cancer de l'œsophage. Il a été suffisamment prouvé au cours du XXème siècle que l'alcool et le tabac ont un effet multiplicateur sur le risque de cancer de l'œsophage.

En revanche, il est important de souligner que la consommation excessive d'alcool présente plus de risque (RR=37) que la consommation excessive de tabac (RR=5).

Un individu qui boit et qui fume présente un risque beaucoup plus important (>20 cigarettes / jour et >80g d'éthanol / jour), RR= 44.

b. Cancers du foie

Le développement d'un carcinome hépatocellulaire, chez un patient présentant une consommation excessive, ne survient que s'il y a une cirrhose alcoolique existante. La probabilité de développer à 5 ans un carcinome hépatocellulaire chez un cirrhotique alcoolique est de l'ordre de 15 à 20%.

c. Cancer du sein

Une consommation excessive d'alcool (>10g/j d'éthanol) est un facteur de risque de développer un cancer du sein chez les femmes surtout en cas d'association à un traitement hormonal substitutif. Chez une femme alcoolique, il a été pensé qu'une consommation correcte de folates pourrait réduire le risque de cancer du sein.

d. Cancer colorectal

D'après la littérature, les avis restent partagés sur le fait que la consommation d'alcool augmente le risque de développer un cancer colorectal ou des polypes.

Pour certaines études, le risque pourrait augmenter de 1,5 voire 2 pour une consommation > 30 g d'éthanol par jour alors que pour d'autres études, le risque diminuerait. Une consommation excessive, de bière serait un facteur favorisant le cancer colorectal. Les facteurs nutritionnels sont primordiaux dans ce type de cancer.

Annexe 6 : Explication des différentes variables créées pour la partie descriptive du chapitre « Résultats »

L'adressage des patients à Amiens Métropole

Question n°1: Parmi les centres de prise en charge en alcoologie à Amiens, lesquels connaissez-vous ?

Réponses possibles:

- *CAARUD-La Parenthèse*, variable indicatrice qui a pour observation 1 s'il s'agit d'un centre dont le médecin généraliste a connaissance et 0 sinon, dénotée par CAARUD_Parenthese.
- *CSAPA-(Ancien CCAA)-ANPAA80*, variable indicatrice qui a pour observation 1 s'il s'agit d'un centre dont le médecin généraliste a connaissance et 0 sinon, dénotée par CSAPA_CCAA.
- *CSAPA-(Ancien CSST)-ANPAA80*, variable indicatrice qui a pour observation 1 s'il s'agit d'un centre dont le médecin généraliste a connaissance et 0 sinon, dénotée par CSAPA_CSST.
- *Consultation Jeunes Consommateurs / Le Mail*, variable indicatrice qui a pour observation 1 s'il s'agit d'un centre dont le médecin généraliste a connaissance et 0 sinon, dénotée par Jeunesconso_Mail.
- *Consultation Hospitalière / UMA (Unité Mobile d'Alcoologie)*, variable indicatrice qui a pour observation 1 s'il s'agit d'un centre dont le médecin généraliste a connaissance et 0 sinon, dénotée par CH_UMA.
- *Centre de Sevrage Complexe-SESAM*, variable indicatrice qui a pour observation 1 s'il s'agit d'un centre dont le médecin généraliste a connaissance et 0 sinon, dénotée par CSC_SESAM.

- *ELSA-CH Pinel*, variable indicatrice qui a pour observation 1 s'il s'agit d'un centre dont le médecin généraliste a connaissance et 0 sinon, dénotée par ELSA_PINEL.
- *SSR-CHU*, variable indicatrice qui a pour observation 1 s'il s'agit d'un centre dont le médecin généraliste a connaissance et 0 sinon, dénotée par SSR_CHU.

Question n°2: Avez-vous déjà adressé des patients dans l'une de ces structures ?

Réponses possibles:

Oui ou *Non*. Afin de traiter les observations sur cette question, on crée une variable indicatrice qui prend la valeur 1 si la réponse est *Oui* et 0 sinon, celle-ci est libellée par DIR_MOY.

Question n°3: Si oui, quel moyen avez-vous utilisé ?

Réponses possibles:

- *Recommandation orale aux patients*, variable indicatrice qui a pour observation 1 s'il agit d'un moyen employé par le médecin généraliste et 0 sinon, dénotée par ORAL_MOY.
- *Courrier d'adressage*, variable indicatrice qui a pour observation 1 s'il agit d'un moyen employé par le médecin généraliste et 0 sinon, dénotée par COURRIER_MOY.
- *Prise de rendez-vous téléphonique en présence du patient*, variable indicatrice qui a pour observation 1 s'il agit d'un moyen employé par le médecin généraliste et 0 sinon, dénotée par PHONE_MOY.

Question n°4: Avez-vous des retours des structures que vous avez sollicitées pour vos patients ?

Réponses possibles:

Oui ou *Non*. De la même façon que pour la question n°2, nous créons une variable indicatrice qui prend la valeur 1 si la réponse est *Oui* et 0 sinon, celle-ci est libellée par DIR_RETOUR.

Question n°5: Si oui, quel moyen ont-elles utilisé pour les retours ?

Réponses possibles:

- *Par courrier*, variable indicatrice qui a pour observation 1 s'il agit d'un moyen employé par la structure pour émettre un retour et 0 sinon, dénotée par COURRIER_RETOUR.
- *Par téléphone*, variable indicatrice qui a pour observation 1 s'il agit d'un moyen employé par la structure pour émettre un retour et 0 sinon, dénotée par PHONE_RETOUR.
- *Par le patient lui-même*, variable indicatrice qui a pour observation 1 s'il agit d'un moyen employé par la structure pour émettre un retour et 0 sinon, dénotée par PAT_RETOUR.

Question n°6: Contre toute attente, un patient que vous suivez depuis longtemps pour ses problèmes d'alcool se montre réceptif quand à une éventuelle prise en charge de son mésusage, que faites-vous dans l'urgence ?

Réponses possibles:

- *Vous adressez votre patient aux urgences du CHU*, variable indicatrice qui a pour observation 1 s'il agit du mode de prise en charge employé par le médecin généraliste et 0 sinon, dénotée par CHU_CHARGE.
- *Vous adressez votre patient aux urgences du Centre Hospitalier Ph. Pinel*, variable indicatrice qui a pour observation 1 s'il agit du mode de prise en charge employé par le médecin généraliste et 0 sinon, dénotée par PINEL_CHARGE.

- *Vous essayez de joindre par téléphone une des structures d'addictologie en vue d'une éventuelle consultation voir d'une hospitalisation*, variable indicatrice qui a pour observation 1 s'il agit du mode de prise en charge employé par le médecin généraliste et 0 sinon, dénotée par STRUCTURE_CHARGE.
- *Vous lui prescrivez un traitement et vous lui reprogrammez une consultation au cabinet*, variable indicatrice qui a pour observation 1 s'il agit du mode de prise en charge employé par le médecin généraliste et 0 sinon, dénotée par TRAITEMENT_CHARGE.
- *Vous lui remettez différentes brochures*, variable indicatrice qui a pour observation 1 s'il agit du mode de prise en charge employé par le médecin généraliste et 0 sinon, dénotée par BROCHURE_CHARGE.
- *Vous lui donnez le numéro d'un des centres d'addictologie*, variable indicatrice qui a pour observation 1 s'il agit du mode de prise en charge employé par le médecin généraliste et 0 sinon, dénotée par NUMCENTRE_CHARGE.

Question n°7: Selon vous, quels sont les freins à l'adressage de vos patients dans des centres d'alcoologie ?

Réponses possibles:

- *Manque de temps en consultation*, variable indicatrice qui a pour observation 1 si le médecin généraliste considère cela comme étant un frein à la prise en charge optimale du patient et 0 sinon, dénotée par TPSCONSULT_FREIN.
- *Difficulté à évoquer le thème « alcool » avec le patient*, variable indicatrice qui a pour observation 1 si le médecin généraliste considère cela comme étant un frein à la prise en charge optimale du patient et 0 sinon, dénotée par THEME_FREIN.
- *Méconnaissance des structures d'alcoologie*, variable indicatrice qui a pour observation 1 si le médecin généraliste considère cela comme étant un frein à la prise en charge optimale du patient et 0 sinon, dénotée par IGNOSTRUC_FREIN.

- *Manque de connaissance en addictologie*, variable indicatrice qui a pour observation 1 si le médecin généraliste considère cela comme étant un frein à la prise en charge optimale du patient et 0 sinon, dénotée par IGNOCONNAIS_FREIN.
- *Refus du patient*, variable indicatrice qui a pour observation 1 si le médecin généraliste considère cela comme étant un frein à la prise en charge optimale du patient et 0 sinon, dénotée par REFUS_FREIN.
- *Difficulté de communication avec ces centres*, variable indicatrice qui a pour observation 1 si le médecin généraliste considère cela comme étant un frein à la prise en charge optimale du patient et 0 sinon, dénotée par DIFCOM_FREIN.
- *Délai de prise en charge*, variable indicatrice qui a pour observation 1 si le médecin généraliste considère cela comme étant un frein à la prise en charge optimale du patient et 0 sinon, dénotée par DELAI_FREIN.

Avis du Médecin sur la problématique

Question n°1: Pensez-vous que les structures de prise en charge en alcoologie sont suffisamment visibles ?

Réponses possibles:

Oui ou *Non*. De la même manière que pour les autres questions, nous créons une variable indicatrice qui prend la valeur 1 si la réponse est *Oui* et 0 sinon, celle-ci est libellée par `VISIBLE_CHARGE`.

Question n°2: Si non, quel serait le meilleur moyen selon vous pour les rendre visibles ?

Réponses possibles:

- *Création d'un annuaire*, variable indicatrice qui a pour observation 1 si le médecin généraliste considère cela comme un moyen d'améliorer la visibilité des structures et 0 sinon, dénotée par ANNUAIRE_VISI.

- *Création d'un organigramme*, variable indicatrice qui a pour observation 1 si le médecin généraliste considère cela comme un moyen d'améliorer la visibilité des structures et 0 sinon, dénotée par ORGANI_VISI.
- *Brochures envoyées dans les cabinets*, variable indicatrice qui a pour observation 1 si le médecin généraliste considère cela comme un moyen d'améliorer la visibilité des structures et 0 sinon, dénotée par BROCHURE_VISI.
- *Stands de sensibilisation dans la ville*, variable indicatrice qui a pour observation 1 si le médecin généraliste considère cela comme un moyen d'améliorer la visibilité des structures et 0 sinon, dénotée par VILLE_VISI.
- *Formation-rencontre entre les médecins addictologues et les médecins généralistes*, variable indicatrice qui a pour observation 1 si le médecin généraliste considère cela comme un moyen d'améliorer la visibilité des structures et 0 sinon, dénotée par RENCONTRE_VISI.

Question n°3: Seriez-vous favorable à la mise en place d'une structure d'urgence qui orienterait le patient dans celle la plus adaptée pour lui ?

Réponses possibles:

Oui ou *Non*. De la même manière que pour les autres questions, nous créons une variable indicatrice qui prend la valeur 1 si la réponse est *Oui* et 0 sinon, celle-ci est libellée par ORIENTATION_PAT.

Question n°4: Pensez-vous que la formation initiale en médecine générale permette une prise en charge optimale au cabinet d'un patient présentant des problèmes de mésusage ?

Réponses possibles:

Oui ou *Non*. Création d'une variable indicatrice qui prend la valeur 1 si la réponse est *Oui* et 0 sinon, celle-ci est libellée par FORMATION_MED.

Question n°5: Si non, quel serait le meilleur moyen pour améliorer cette situation ?

Réponses possibles:

- *Inclure un optionnel d'addictologie dès le 2e cycle des études médicales*, variable indicatrice qui a pour observation 1 si le médecin généraliste considère cela comme un moyen d'améliorer la formation initiale des médecins généralistes et 0 sinon, dénotée par OPTION_MED.
- *Une formation médicale continue*, variable indicatrice qui a pour observation 1 si le médecin généraliste considère cela comme un moyen d'améliorer la formation initiale des médecins généralistes et 0 sinon, dénotée par CONTINUE_MED.
- *Une tarification revalorisée de ces consultations au cabinet*, variable indicatrice qui a pour observation 1 si le médecin généraliste considère cela comme un moyen d'améliorer la formation initiale des médecins généralistes et 0 sinon, dénotée par TARIFICATION_MED.
- *Passage de « délégué en addictologie » au cabinet*, variable indicatrice qui a pour observation 1 si le médecin généraliste considère cela comme un moyen d'améliorer la formation initiale des médecins généralistes et 0 sinon, dénotée par DELEGUE_MED.

Pour mieux vous connaître

Âge, variable discrète correspondant à l'âge de l'individu observé, dénotée AGE.

Sexe, variable indicatrice qui prend la valeur 1 si le médecin interrogé est un homme et 0 s'il s'agit d'une femme, dénotée SEXE.

Depuis combien de temps exercez-vous dans la région ? variable discrète correspondant à l'expérience régionale de l'individu observé, dénotée par EXPERIENCE.

Lieu d'exercice :

- *Urbain*, variable indicatrice qui a pour observation 1 si le médecin généraliste exerce dans un milieu urbain et 0 sinon, dénotée par URBAIN.
- *Semi-rural*, variable indicatrice qui a pour observation 1 si le médecin généraliste exerce dans un milieu semi-rural et 0 sinon, dénotée par SEMI_RURAL.
- *Rural*, variable indicatrice qui a pour observation 1 si le médecin généraliste exerce dans un milieu rural et 0 sinon, dénotée par RURAL.

Nombre moyen de patients vus par semaine, variable discrète correspondant à la fréquence moyenne du nombre d'actes par semaine, dénotée par SEMAINE_PAT.

D'après vous, quelle proportion de vos patients a un problème avec l'alcool ? variable discrète faisant une estimation du nombre de patients présentant un trouble de l'usage de l'alcool, dénotée par PROBLEME_ALCOOL.

VII. Bibliographie

- (1) InVS - Bulletin épidémiologique hebdomadaire – « *L'alcool, enjeu majeur de santé publique en France et en Europe* » – 7 mai 2013 / n°16-17-18.
- (2) INPES – « *Alcool et Professionnels de santé : outils pour en parler et repérer* » – 21/11 /2013
- (3) MOUQUET MC, VILLET H, DREES – « *Enquête Alcool auprès des usagers du système de soins* » Novembre 2000. Séries statistiques. 2003 ; 53 :105p
- (4) Société Française d'Alcoologie- « *Recommandations pour la pratique clinique* » – Alcoologie et Addictologie 2001 ; 23 (4 Suppl.) : 1S-76S.
- (5) Société Française d'Alcoologie - PAILLE F, AUBIN H-J, GILLET C, RIGAUD A – « *Mésusage de l'alcool : dépistage, diagnostic et traitement- Recommandations de bonne pratique.* » Alcoologie et Addictologie. 2015 ; 37 (1) : 5-84.
- (6) ANPAA 83 – « *La maladie Alcoolique* ».
- (7) BINDER P - « *Addictions : Pour comprendre et intervenir sur les dépendances aux drogues psycho-actives* » Avril 2010 – disponible sur le lien suivant : http://www.medecin-ado.org/docs/Addiction_Physiopathologie.pdf
- (8) DE COCK OSWALD: Conference ALTO : « *Le patient toxicomane, le produit et l'environnement* ».
- (9) American Psychiatric Association. (2013). « *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* » (5th ed.)
- (10) AUBIN J-H – « *De l'alcoolisme au trouble lié à l'utilisation d'alcool – Cheminement du DSM et de la classification internationale des maladies* » disponible sur le lien suivant : <http://www.sfalcoologie.asso.fr/download/SFA2013mars-Aubin.pdf>

- (11) REYNAUD M, SCHELLENBERG F, LOISEAU-MEUNIER M.N, et al - « *Objective diagnosis of alcohol abuse : compared values of carbohydrate-deficient transferrin (CDT), gamma- glutamyl transferase (GGT) and mean corpuscular volume (MCV)* » - Alcoholism : Clinical and Experimental Research : 2000, vol. 24, n°9, p. 1414-1419.
- (12) YERSIN B – « *Les questionnaires de dépistage en alcoologie* »- Alcoologie Tome 21 n°3 (Septembre 1999).
- (13) PAILLE F – « *Evaluation pratique de la consommation d'alcool : Classifications et définitions des conduites d'alcoolisation* » – Gastroentérologie clinique et biologique Vol 26, n°SUP 5- Mai 2002- pp. 141-148
- (14) COM-RUELLE L, DOURGON P, JUSOT F, LATIL E, LENGAGNE P- « *Identification et mesure des problèmes d'alcool en France : Une comparaison de deux enquêtes en population générale* » – Bulletin d'information en économie de la santé – n°97 Août 2005- IRDES.
- (15) PAILLE F, ADES J, BALMES JL : « *Conférence de consensus : objectifs, indications et modalités du sevrage du patient alcoolodépendant* » - Alcoologie - Année 1999 Juin Tome 21 Supplément au n°2 – pages 80S-90S - Maison de la chimie- Paris.
- (16) INSERM (2003) - « *Alcool, dommages sociaux abus et dépendance* », Collection Expertise Collective, Editions INSERM.
- (17) BECK F – « *Drogues, chiffres clés* ». OFDT Juin 2015
- (18) BECK F, RICHARD J-B, GUIGNARD R, LE NEZET O, SPILK S – « *Les niveaux d'usage des drogues en France en 2014* » (OFDT / INPES).
- (19) GUERIN S., LAPLANCHE A., DUNANT A., HILL C., « *Alcohol-attributable mortality in France* », in European Journal of Public Health, Vol.23 n°4 (August 2013).
- (20) BECK F, LEGLEYE S, LE NEZET O, SPILKA S – « *Atlas régional des consommations d'alcool* » 2005 – Données INPES / OFDT.

- (21) BERR C, CLAVEL-CHAPELON F, DALLY S –« *Expertise collective : Alcool : effets sur la santé* » – INSERM 2001.
- (22) INPES – « *La santé en chiffres : Alcool* »
- (23) BOURNOT MC, GOUPIL MC, TUFFREAU F –« *Les médecins généralistes : un réseau professionnel étendu et varié* ». Etudes et résultats. 2008 ; 649 : 8p.
- (24) Article L. 6321-1 du code de la Santé Publique. « *Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système santé.* »
- (25) POLOMENI P. Thema : « *Les réseaux addictions* ». Revue Toxibase. 2002 ; 8 :17p.
- (26) SAINT-GULLYJ – « *Prise en charge de l'alcoolisme – Le rôle du médecin généraliste* ». ADSP : Actualité et Dossier en santé publique n°224 Septembre 1998.
- (27) KIRITZE-TOPOR P – « *Aider les alcooliques et ceux qui les entourent* ». 2ème éd. Paris : Masson ; 2005.
- (28) MOUQUET MC, VILLET H, DREES. « *Enquête alcool auprès des usagers du système de soins novembre 2000* ». Séries statistiques. 2003 ; 53 :105p.
- (29) BOUIX JC, GACHE P, RUEFF B, HUAS D –« *Parler d'alcool reste un sujet tabou : Connaissances, opinions, attitudes et pratiques de médecins généralistes français concernant l'alcool* ». La Revue du Praticien Médecine Générale Tome 16 n°2588 Octobre 2002.
- (30) <http://www.ch-roye.fr/>
- (31) http://www.ars.picardie.sante.fr/fileadmin/PICARDIE/documentations/docs_internet/PRS/Projet_Document_addictions_vf.pdf
- (32) « *Âge moyen des médecins par spécialité, mode d'exercice, zone d'inscription et sexe* » – Région Picardie – DREES

(33) « *Effectifs des médecins par spécialité et mode d'exercice au 1er janvier 2015* » – ASIP – Santé RPPS, Traitements DREES.

(34) CADET TAIROU S ; SAID S- « *Profils et pratiques des usagers des CAARUD en 2012* » – OFDT- Janvier 2015

Utilisation du réseau de soins en alcoologie d'Amiens par les médecins généralistes du grand amiénois : étude statistique quantitative

Résumé :

Introduction : En Picardie, la relation médecins – réseau de soins en alcoologie a été peu étudiée. L'objectif de notre étude était d'évaluer la connaissance et l'utilisation de ce réseau par les médecins généralistes du grand Amiénois et de définir les freins à l'utilisation de celui-ci. **Population et Méthodes :** Etude quantitative basée sur un échantillon de 94 médecins du grand Amiénois, tirés au sort pour répondre à un questionnaire anonyme. **Résultats :** Nous avons obtenu 49 réponses (52%). 49% (n=24) des médecins interrogés connaissaient au moins 3 des structures. Facteur statistiquement significatif influençant l'adressage des patients dans ces centres (p=0,01). La méconnaissance des structures constituait le troisième frein rapporté par nos médecins généralistes (32,7%). Le frein principal était le refus du patient à être pris en charge. 89,8% des médecins interrogés estimaient que ces structures n'étaient pas visibles, 81,6% considéraient que notre formation initiale n'était pas suffisante pour la prise en charge de ces patients. **Discussion :** Le réseau de soins en alcoologie d'Amiens reste encore sous-utilisé par les médecins généralistes du fait du manque d'informations concernant les différentes structures qui le composent. **Conclusion :** Les médecins souhaitent améliorer la prise en charge de leurs patients en développant leur relation avec les structures d'alcoologie.

Mots clés : Addictologie – Médecine générale - Alcools – Réseaux de soins – Sevrage-Relation interprofessionnelle – Structures de santé