



HAL
open science

Le patient alcoolique : entre représentation médicale et prise en charge. Enquête auprès des médecins généralistes de Picardie

Marion Nguon Herouin

► **To cite this version:**

Marion Nguon Herouin. Le patient alcoolique : entre représentation médicale et prise en charge. Enquête auprès des médecins généralistes de Picardie. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01385234

HAL Id: dumas-01385234

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01385234>

Submitted on 21 Oct 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.

UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE
FACULTE DE MEDECINE D'AMIENS

ANNEE 2016

N°2016 - 107

Le patient alcoolique : entre représentation médicale et prise en charge.
Enquête auprès des médecins généralistes de Picardie

THESE
POUR LE DOCTORAT DE MEDECINE
(DIPLÔME D'ETAT)
PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT
LE 20 SEPTEMBRE 2016
PAR
Marion NGUON

PRESIDENT DE JURY : Monsieur le Professeur Bernard BOUDAILLIEZ

JUGES : Madame le Professeur Catherine LOK

Monsieur le Docteur Jean SCHMIDT

Madame le Docteur Emilie BOUREL-PONCHEL

Monsieur le Docteur Michel LEFRANC

DIRECTEUR DE THESE : Madame le Docteur Camille ROOSE

UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE
FACULTE DE MEDECINE D'AMIENS

ANNEE 2016

N°2016 - 107

Le patient alcoolique : entre représentation médicale et prise en charge.
Enquête auprès des médecins généralistes de Picardie

THESE
POUR LE DOCTORAT DE MEDECINE
(DIPLÔME D'ETAT)
PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT
LE 20 SEPTEMBRE 2016
PAR
Marion NGUON

PRESIDENT DE JURY : Monsieur le Professeur Bernard BOUDAILLIEZ

JUGES : Madame le Professeur Catherine LOK

Monsieur le Docteur Jean SCHMIDT

Madame le Docteur Emilie BOUREL-PONCHEL

Monsieur le Docteur Michel LEFRANC

DIRECTEUR DE THESE : Madame le Docteur Camille ROOSE

REMERCIEMENTS

A mon Président de jury

Monsieur le professeur Bernard BOUDAILLIEZ

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

(Pédiatrie)

Pôle « Femme – Couple – Enfant »

Officier dans l'Ordre des Palmes Académiques

*Vous me faites l'honneur aujourd'hui de présider le jury de cette thèse,
Recevez mes sincères remerciements et le témoignage de ma profonde considération.*

A mes juges,

*Madame le Professeur Catherine LOK
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
(Dermatologie-Vénérologie)
Assesseur du 3^{ème} cycle
Chef de Service de Dermatologie
Chef de Pôle des 5 Sens*

*Vous me faites l'honneur de juger mon travail,
Soyez assuré de mon profond respect et de ma plus grande reconnaissance.*

*Monsieur le Docteur Jean SCHMIDT
Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier
Médecine Interne*

*Vous me faites l'honneur d'accepter de faire partie de ce jury,
Soyez assuré de ma respectueuse gratitude.*

*Madame le Professeur Emilie BOUREL-PONCHEL
Maître des Conférences des Universités-Praticien Hospitalier
Exploration fonctionnelle du système nerveux*

*Vous me faites l'honneur d'accepter de participer à ce jury,
Recevez à l'occasion de ce travail mes sincères remerciements.*

*Monsieur le Docteur Michel LEFRANC,
Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier
(Neurochirurgie)*

*Vous me faites l'honneur de participer à ce jury,
Soyez assuré, Monsieur, de ma profonde reconnaissance.*

A ma directrice de thèse,

*Madame le Docteur Camille ROOSE
Médecin Généraliste*

*Merci d'avoir accepté de travailler avec moi.
ce fut un honneur, pour moi qu'une amie aussi chère à mon cœur, soit à mes côtés.
Merci de ton aide, de tes encouragements tout au long de ce travail.*

A ma Maman,

Ce travail est pour toi. Tu es partie trop tôt pour voir les jolies choses accomplies. Je t'aime.

A Adrien,

Mon cœur, merci pour ton soutien et ta patience durant ces longues années, sans toi je n'y serais pas arrivé. Je t'aime.

A Ninon,

Dans mon cœur, tous les jours, tu es celle pour qui j'avance.

A mes parents,

Merci pour votre amour intarissable, votre soutien et votre amour.

Vous m'avez offert ces études sans manquer de rien à côté.

Merci Papa, de m'avoir transmis ton amour de la médecine et pour tes conseils tout au long de ces études.

A mes frangines,

Je n'ai pas de mots pour décrire l'amour que je vous porte.

Anne-Sophie, jamais tu ne plies. Merci pour ton réconfort et ton écoute.

Emmanuelle, Merci pour ton aide. Toujours prête à me rendre service.

A Catherine,

Merci, bien plus qu'une belle-maman, vous m'avez accompagnée, soulagée, portée, encouragée et aimée depuis le début.

A ma Mamie et mon Papy,

Merci pour votre aide et vos encouragements. Vous n'avez cessé de croire en moi. Je vous aime.

A Lorena,

Merci pour cette longue amitié. Ma bibiche d'amour !!

A Camille,

*Pas de mots pour exprimer ma reconnaissance. Sans toi, ce travail n'aurait pas abouti.
Fière d'être ton amie.*

A Sophie, Simone, Delphine, Cécile, Catherine, Myriam, Crevette, Clémentine,

Vous êtes de vraies copines sur lesquelles on peut compter !

Aux Chouchous et Nénettes,

*Vous vous êtes reconnus bien sûr, Merci de m'avoir supportée ces longues années. Bien plus
que des amis, une famille !*

Merci aux Médecins ayant participé à ma thèse.

TABLE DES MATIERE

INTRODUCTION	p14
METHODE	p15
1. Type d'étude	p15
2. Population étudiée	p15
3. Réalisation des entretiens	p15
4. Retranscription	p15
5. Analyse des entretiens : le codage	p15
6. Saturation des données	p16
RESULTATS	p17
1. Caractéristiques de la population étudiée	p17
2. Entretiens	p17
3. Relation médecin/patient alcoolo-dépendant	p18
4. Le rôle du médecin généraliste	p19
5. Représentation et expérience médicale	p21
5-1 L'abord du patient	p21
5-2 Perception de la prise en charge	p22
5-3 Attitude face aux rechutes	p25
6. La formation	p27
6-1 Aspect des connaissances	p27
6-2 Les éléments manquants	p28
7. Dynamique de prise en charge	p30
7-1 Les difficultés et les obstacles rencontrés	p30
7-2 Les craintes	p32
7-3 les recours face aux difficultés	p33
8. Suggestions pour améliorer la prise en charge	p34

DISCUSSION	p36
1. Discussion de la méthode	p36
2. Relation médecin/patient alcoolo-dépendant	p38
3. Le rôle du médecin généraliste	p40
4. Représentation médicale	p42
5. Expérience professionnelle	p47
5-1 Les difficultés rencontrées	p47
5-2 Les craintes et hésitations	p50
5-3 L'alcoolisme : un symptôme	p51
5-4 Les motifs de consultation	p52
5-5 L'attitude face aux rechutes	p52
5-6 Les recours	p54
6. La formation	p57
7. Les suggestions	p60
CONCLUSION	p65
BIBLIOGRAPHIE	p68
ANNEXES	p72
1. Script d'entretien	p72
2. Questionnaire de repérage	p74
3. Pyramide de Skinner	p76
4. Cercle de Prochaska et Di Clemente	p77
5. Annuaire	p79
6. Entretiens	p85

INTRODUCTION

L'organisation Mondiale de la Santé définit les patients alcooliques comme étant « des buveurs excessifs, dont la dépendance à l'égard de l'alcool conduit à une consommation responsable d'un trouble, mental ou physique décelable et affectant le comportement, les relations sociales et familiales et le statut économique du sujet » [1].

L'alcoolisme entre dans le champ d'intervention du médecin généraliste. Mais quelles sont les difficultés rencontrées ? Est-ce bien une maladie comme les autres ?

Beaucoup de travaux ont été réalisés au sujet de la consommation excessive d'alcool notamment sur le repérage [2], la prévalence [3], la prise en charge des complications en France, ou encore l'attente du patient alcoolodépendant vis à vis du médecin généraliste [4]. Qu'en est-il de la vision du médecin généraliste et de son ressenti au cours de la prise en charge de ces patients atteints de cette pathologie ?

Si cette approche présente des difficultés, la position du médecin généraliste offre des aspects particulièrement adaptés à cette pathologie. Par sa polyvalence, le médecin généraliste peut être amené à aborder plusieurs aspects de l'alcoolisme, comme les complications. Le diagnostic de cette maladie peut être long et demander plusieurs consultations. La proximité, l'accès facile à la consultation, la connaissance du patient, permet le repérage ainsi que le suivi à long terme.

Ces atouts, utilisés de façon optimale, peuvent donner un rôle primordial au médecin généraliste, face à cette maladie.

Mais le polymorphisme de cette pathologie laisse envisager les grandes difficultés qu'il peut rencontrer dans sa pratique quotidienne, et peuvent être des obstacles au maintien d'une relation efficace et durable. Mais peut-on en rester là ?

L'objectif principal de ce travail était de rechercher le ressenti et les difficultés des médecins généralistes de Picardie, lors du suivi du patient alcoolodépendant.

L'objectif secondaire était de recueillir leurs suggestions, qu'elles soient de l'ordre thérapeutique, relationnelle, formatrice et autres afin de proposer des pistes d'amélioration de prise en charge.

METHODE

1- Type d'étude

Nous avons réalisé une étude qualitative par entretiens semi-dirigés.

Nous avons choisi ce type d'étude car elle permet d'étudier des données non quantifiables, elle est adaptée à l'analyse des comportements, des phénomènes humains et des entretiens.

2- Population étudiée

Nous avons interrogé des médecins généralistes libéraux, installés et remplaçants, en Picardie.

Pour recruter ces médecins, nous les avons contactés par téléphone, via l'annuaire téléphonique. Les rendez-vous fixés ont débuté le 27 janvier 2016 et se sont terminés le 12 avril 2016.

3-Réalisation des entretiens

Avant de débiter les entretiens, nous avons réalisé un script d'entretien (annexe 1), ce document nous a servi de guide lors des entretiens. Il était composé d'une partie sur la présentation du sujet.

Il y avait ensuite 10 questions ouvertes, leur demandant leur avis sur la représentation médicale du patient alcoolodépendant, sur la formation qu'ils avaient reçue et enfin sur la dynamique de prise en charge du patient alcoolodépendant.

Les entretiens ont été réalisés sur rendez-vous, selon leur disponibilité.

La durée des entretiens n'était pas programmée, ils ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone en respectant l'anonymat.

4-Retranscription

Nous avons retranscrit chaque entretien mot à mot à partir des enregistrements, à l'aide du logiciel de traitement de texte Microsoft Word ®. Afin de garder l'anonymat les prénoms et noms ont été supprimés.

5-Analyse des entretiens : le codage

Nous avons choisi d'analyser les résultats de cette étude qualitative par la méthode de la théorisation ancrée ou Grounded theory (GT). Cette méthode d'analyse qualitative est issue

de la sociologie aux Etats-Unis, décrite par deux sociologues américains Glaser et Strauss en 1967 [5] puis elle s'est étendue à différents champs d'étude de recherche dont celui de la santé. Cette méthode consiste en la généralisation systématique d'une théorie à partir des données qui sont dans le texte d'où le nom de théorisation ancrée. Cette méthode permet de rendre plus explicite et compréhensible les grands thèmes dégagés par l'analyse des entretiens et elle permet de les mettre en relation.

Afin de réaliser l'analyse des données et d'en faire ressortir les grands thèmes abordés, nous avons utilisé le codage. Il s'agit d'extraire du texte de la retranscription, des mots, des groupes de mots ou phrases et de synthétiser leur signification par un ou plusieurs mots. Ces mots deviennent ainsi des codes. Au fur et à mesure de l'analyse, apparaissent de nouveaux codes, que nous avons regroupés en catégorie. Durant cette étape d'analyse et de codage, il est indispensable de faire des allers et retours continus avec les entretiens déjà analysés afin de vérifier l'existence ou non de nouveaux codes, de les mettre en relation et de vérifier leur interaction avec la question principale de l'étude.

Nous avons effectué le codage des entretiens à l'aide du logiciel N VIVO 10 ®. Il s'agit d'un outil d'aide au travail d'analyse mais il ne permet pas l'interprétation des résultats.

6- Saturation des données

La saturation des données est obtenue lorsque les entretiens menés ne nous apportent plus de nouvelles informations par rapport à celles déjà obtenues lors des précédentes analyses, à ce moment-là, nous pouvons arrêter les entretiens. Ainsi le nombre d'entretiens ne peut être défini à l'avance.

RESULTATS

1- Caractéristiques de la population étudiée

Les médecins interrogés étaient des médecins généralistes, installés ou remplaçants, en cabinet libéral. Ils avaient tous un DES de Médecine Générale.

Au total, quinze médecins ont été interrogés, huit hommes et sept femmes. La moyenne d'âge était de 48 ans. Les entretiens se sont déroulés dans la Oise, la Somme et l'Aisne. Les médecins avaient, soit moins de 10 ans d'expérience soit plus de vingt ans d'expérience.

MEDECIN	SEXE	AGE (ans)	VILLE	DEPARTEMENT	EXPERIENCE	MILIEU
MEDECIN 1	HOMME	51	BEAUVAIS	OISE	> 20 ANS	URBAIN
MEDECIN 2	FEMME	34	BEAUVAIS	OISE	< 10 ANS	URBAIN
MEDECIN 3	FEMME	54	BEAUVAIS	OISE	> 20 ANS	URBAIN
MEDECIN 4	FEMME	34	ST RIQUIER	SOMME	< 10 ANS	RURAL
MEDECIN 5	HOMME	54	ABBEVILLE	SOMME	> 20 ANS	URBAIN
MEDECIN 6	FEMME	62	ABBEVILLE	SOMME	> 20 ANS	URBAIN
MEDECIN 7	HOMME	35	SOISSONS	AISNE	< 10 ANS	URBAIN
MEDECIN 8	HOMME	66	SOISSONS	AISNE	> 20 ANS	URBAIN
MEDECIN 9	FEMME	51	BRESLES	OISE	> 20 ANS	RURAL
MEDECIN 10	HOMME	34	CREVECOEUR-LE-GRAND	OISE	< 10 ANS	RURAL
MEDECIN 11	HOMME	60	POIX DE PICARDIE	SOMME	> 20 ANS	RURAL
MEDECIN 12	HOMME	58	SOISSONS	AISNE	> 20 ANS	URBAIN
MEDECIN 13	HOMME	65	SOISSONS	AISNE	> 20 ANS	URBAIN
MEDECIN 14	FEMME	34	SAINT-OMER-EN-CHAUSSEE	OISE	< 10 ANS	RURAL
MEDECIN 15	FEMME	30	FROISSY	OISE	< 10 ANS	RURAL

2- Entretiens

Pour obtenir les entretiens, nous avons contacté chaque cabinet médical, un à un, par téléphone et organisé un rendez-vous auprès du médecin généraliste ou de son secrétariat. En l'absence de réponse directe, un message était laissé sur la boîte vocale ou au secrétariat, et recontacté à distance.

Puis nous nous sommes rendus sur le lieu d'exercice de chaque praticien afin de recueillir les données.

Le premier entretien a eu lieu le 27 Janvier 2016 et le dernier le 12 Avril 2016. Chaque entretien durait en moyenne quinze minutes.

La saturation des données a été obtenue au bout du quinzième entretien.

3- La relation médecin/patient alcoolo-dépendant

3.1 Complexe

Pour la majorité des médecins interrogés, la relation qu'ils entretiennent avec leurs patients semble complexe.

ENTRETIEN N°2 « Euh, pas simple du tout »

ENTRETIEN N°4 « Compliquée »

ENTRETIEN N°9 « Difficile ça c'est sur »

ENTRETIEN N°12 « Compliquée »

ENTRETIEN N°13 « La relation. Elle est très compliquée »

ENTRETIEN N°14 « Comment je la vois ? Euh bah c'est une prise en charge difficile »

ENTRETIEN N°15 « bah ce n'est jamais quelque chose de facile »

3.2 Basée sur la confiance

La plupart des médecins interrogés s'accordent pour dire que la confiance est un des éléments clés de la relation. D'autres ajoutent, la nécessité d'une confiance mutuelle, presque fusionnelle.

ENTRETIEN N°1 « Si le patient nous tend la main, la relation peut être fusionnelle »

ENTRETIEN N°6 « une relation de confiance au départ, et de la part du patient et de la part du médecin »

« Il faut établir un climat de confiance pour que les gens comprennent que ça ne sert à rien de nous raconter des histoires. A moins qu'ils ne se mentent à eux-mêmes »

ENTRETIEN N°15 « C'est basé sur une relation de confiance »

3.3 Le dialogue

Selon les médecins interrogés, la relation n'a d'efficacité que si les intervenants entretiennent un réel dialogue.

ENTRETIEN N°7 « Le dialogue surtout et essentiellement »

3.4 Réciprocité

D'après les propos recueillis, les médecins interviennent dans une relation réciproque.

ENTRETIEN N°4 « S'il est ouvert, disponible, ou disposé à discuter, euh on en discute, donc je lui propose une aide »

ENTRETIEN N°11 « s'il n'ouvre pas de porte, elle sera limitée à son strict minimum, sans efficacité »

3.5 Continue

Les médecins interrogés font part d'un travail de longue haleine, pouvant prendre plusieurs consultations dans le repérage et le suivi.

ENTRETIEN N°3 « C'est un travail de longue haleine, il y a souvent des rechutes et je pense qu'il faut un suivi tout le temps et je trouve que dans la relation et dans la prise en charge des soins je trouve que c'est plus simple qu'au tout début »

ENTRETIEN N°8 « C'est vrai que c'est une relation qui doit mûrir progressivement pour arriver à ce qu'il prenne conscience de sa consommation »

ENTRETIEN N°9 « Qui se fait dans la durée parce que c'est une pathologie malheureusement souvent chronique »

ENTRETIEN N°12 « Il faudra sûrement plusieurs consultations »

4- Le rôle du Médecin Généraliste

4.1 Premier intervenant

Selon les praticiens, le médecin généraliste est le premier intervenant sollicité lors d'un trouble ressenti par le patient. Il occupe une place importante dans le repérage lors du dépistage, le traitement du trouble et dans l'identification du risque de rechute. Puis dans l'orientation du patient.

ENTRETIEN N°5 « Un rôle de dépistage »

ENTRETIEN N°6 « D'abord savoir repérer »

ENTRETIEN N°10 « Je pense que le médecin traitant c'est le premier interlocuteur, le rôle est central »

ENTRETIEN N°4 « La plupart du temps c'est une orientation vers le service d'Addictologie »

ENTRETIEN N°12 « Souvent obligé de passer la main aux médecins spécialisés, en alcoologie, quand on n'a pas le temps. Et quand la relation fait que c'est difficile de s'immiscer dans la vie des gens qui boivent pour des raisons personnelles, ils ne veulent pas nous en parler, c'est bien de passer la main à un centre d'addicto »

ENTRETIEN N°14 « On est quand même le pivot »

4.2 Accompagnant

Pour certains médecins, le rôle d'accompagnant est primordial.

ENTRETIEN N°5 « D'accompagnement jusque dans la famille, au quotidien, dans les maisons »

ENTRETIEN N°15 « Primordial, parce que c'est nous qui instaurons souvent la prise en charge et c'est par nous qu'il l'accepte au bout d'un moment. Donc euh, même si ce n'est pas le cas pour tous les patients, ceux qui commencent à se poser des questions et à se remettre en cause, la plupart reviennent nous voir »

ENTRETIEN N°4 « Bien sur l'accompagner »

4.3 Attentif et bienveillant

Les médecins interrogés se définissent dans un rôle de bienveillance à l'égard de leur patient, prêts à intervenir quand l'occasion se présente.

ENTRETIEN N°4 « j'ai un rôle d'écoute en premier lieu, je pense quand le patient est volontaire ensuite bien sur l'accompagner, de soutien, l'orienter »

ENTRETIEN N°9 « Il faut être là pour les complications aiguës, parce qu'il y en a toujours et puis il faut être là pour en remettre un petit, comment, toujours au goût du jour d'aller refaire une cure, Etc, de restimuler un peu »

ENTRETIEN N°11 « Attentif et bienveillant. Comme avec tous les autres »

ENTRETIEN N°13 « De prévenir sur les risques encourus, par la consommation d'alcool. Oui d'accord. Les complications d'hépatite alcoolique, le cancer du foie Etc comportementaux, intellectuels, ce que ça crée au niveau familial.

ENTRETIEN N°14 « je pense qu'ils en ont besoin parce qu'une fois qu'ils veulent adhérer au traitement voilà on est quand même les premiers à recueillir leurs impressions, à voir comment ils sont, comment ils vont euh comment il faut faire, vers qui il faut s'orienter »

5- Représentation et expérience médicale

5.1 L'abord du patient

5.1.1 Une maladie difficile à aborder

Nombreux sont les médecins à avoir explicitement décrit des difficultés à aborder cette pathologie, qu'ils soient installés en cabinet ou remplaçants.

ENTRETIEN N°2 « il faut pouvoir aborder le sujet en toute quiétude, en toute sérénité »

ENTRETIEN N°3 « Là où je suis le plus en difficulté c'est dans le dépistage, comment en parler, pour les gens qui n'ont pas encore de retentissement clinique ou de problèmes dans leur vie »

« Ils pensent que ce n'est pas toujours à propos de parler de ça »

ENTRETIEN N°4 « parce que c'est des sujets plutôt difficiles à aborder, euh c'est des patients qui sont parfois très fermés, souvent »

5.1.2 Une complication médicale comme motif d'abord

Le recueil de données a pu mettre en évidence les difficultés à parler de la maladie. Selon les médecins interrogés, les complications deviennent un motif pour commencer à en parler.

ENTRETIEN N°3 « S'ils ont une pathologie secondaire à une consommation d'alcool c'est l'occasion d'aborder le sujet, ça s'impose »

ENTRETIEN N°14 « Et puis après les patients qui ont un degré social plus élevé, ils le reconnaissent qu'ils boivent un petit peu trop mais ce n'est pas grave sauf quand arrive les problèmes. Bah ça peut être les paresthésies des membres inférieurs, euh cirrhose qui arrive, il y a pas mal de choses après »

ENTRETIEN N°15 « Ce n'est pas quelque chose qu'on aborde en premier lors d'une consultation. - l'abord de la pathologie vous semble ...(coupé) - bah souvent on se sert d'un bilan biologique, quand on le suspecte, vous ne pensez pas qu'il y a un petit souci et plutôt le tourner, pas sur l'humour, mais ah bon même pas une petite bière jamais ? Et au fur et à mesure on y arrive un peu en démystifiant un peu la chose »

5.1.3 Une démarche du patient

Nous avons rencontré quelques médecins qui pensaient que la démarche devait venir du patient.

ENTRETIEN N°4 « Moi j'attends vraiment que le patient m'en parle »

ENTRETIEN N°11 « L'alcoololo-dépendant s'il vient c'est qu'il est partant. Moi, celui qui ne veut pas arrêter de boire, il n'arrête pas de boire d'accord. Ce qu'il y a c'est que moi je ne sélectionne pas c'est à dire il y a un mec qui vient qui est alcoolique, c'est sa vie c'est pas la mienne d'accord. Donc il reste alcoolique. Je lui dis que ce n'est pas bon pour sa santé, que s'il veut une meilleure santé faut qu'il arrête de boire, mais tant qu'il ne me dit pas « je veux arrêter de boire », je ne me sens pas le droit d'interférer sur la vie de mes contemporains »

5.1.4 Un repérage systématique

Contrairement à d'autres, certains préféreraient évoquer systématiquement le sujet en consultation.

ENTRETIEN N°7 « Ouais ils en parlent facilement et souvent ce que je fais en premier c'est que voilà, on met le doigt dessus, bah voilà il y a un apéro, c'est combien ?

« C'est une démarche de votre part ? - ah oui oui »

ENTRETIEN N°14 « C'est assez détendu sans forcément dire vous buvez de trop. Par des questions un peu de détournement : au niveau de l'alcool, est ce que vous avez des consommations régulières par le vin, la bière, le cidre. Et puis souvent les patients euh ... c'est quand même assez rare que ce soit non pas du tout. J'ai quand même des réactions : oh bah oui comme tout le monde. Quand on essaye de quantifier un petit peu là le déni commence à apparaître parce que c'est euh, on est obligé de chercher un petit peu et on sent qu'ils diminuent quand même leur consommation »

5.2 Perception de la prise en charge

5.2.1 L'expérience médicale facilite la prise en charge

Il a été décrit par les médecins que l'expérience personnelle et professionnelle permettait une prise en charge plus aisée.

ENTRETIEN N°5 « Moi, perso, ça ne me pose pas trop de problème, parce j'ai déjà travaillé en alcoologie, j'ai dédramatisé tout ça. Ça fait vingt-cinq ans que je suis installé, dans une région très alcoolo-dépendante donc j'aime ça (rires) »

ENTRETIEN N°6 « Vous pensez que le vécu du médecin influence la prise en charge ? Pas son vécu mais son expérience. Oui je pense parce que je pense qu'il y a 30 ans j'aurai pas réagi comme ça »

ENTRETIEN N°8 « C'est vrai que quand on est jeune on ne pense pas à braquer les patients qui sont susceptibles de nous avouer leur consommation excessive donc on en parle pas trop. Maintenant j'en parle carrément soit au décours d'une prise de sang soit la constatation »

ENTRETIEN N°9 « Avec l'expérience, j'avoue que je propose beaucoup plus régulièrement. Je n'ai pas plus de succès mais au moins je fais cette démarche »

5.2.2 La proximité est un frein

D'après les médecins, la connaissance des patients considérée comme un atout pour certains pouvait devenir un frein dans la relation.

ENTRETIEN N°10 « la bonne relation médecin/malade fait que c'est à double tranchant, soit le patient se confie totalement et il en parle facilement, soit il veut

faire double figure parce qu'on suit toute la famille etc, des fois, bon moi c'est pas encore le cas, parce que je viens d'arriver, il y a un an et demi mais je pense le médecin qui suit depuis plusieurs années une famille etc je pense que parfois ça peut être plus difficile à aborder, le médecin fait un peu partie de l'environnement, des connaissances. J'ai repris une succession il y a un an et demi et j'ai pas mal de gens qui m'en ont parlé alors qu'ils n'en ont jamais parlé à leur médecin traitant qui les suivait depuis longtemps »

ENTRETIEN N°13 « Quelques fois c'est pas mal de changer de personne puisque le patient connaissant son médecin, ayant des relations avec lui euh ça peut parfois fausser les choses. La proximité vous voulez dire ? D'être proche d'eux ça peut être gênant si vous voulez donc à ce moment-là... mais quelques fois ils sont demandeurs. J'ai vu un patient il n'y a pas très longtemps : je préférerais que vous m'adressiez »

5.2.3 Une maladie comme une autre

Une minorité traitait l'alcoolisme comme une toute autre maladie chronique.

ENTRETIEN N°11 « Je ne fais pas de différence avec les autres maladies »

« Je ne trouve pas que ce soit plus difficile qu'un diabétique »

ENTRETIEN N°15 « pour moi ça reste un peu la même que les autres »

5.2.4 L'alcoolisme comme symptôme

Certains médecins ne traitaient pas uniquement l'alcoolisme. Car en effet, ils pensaient que l'alcoolisme n'était qu'une manifestation clinique, qu'il fallait prendre en charge cette pathologie dans sa globalité.

ENTRETIEN N°3 « il y a un syndrome dépressif avec et tout est un peu intriqué »

ENTRETIEN N°6 « Il y a aussi un problème et ça ce n'est pas assez pris en compte par les centres d'addictologie, c'est que l'alcoolisme cache toujours autre chose. Les femmes ça cache toujours un gros problème psychologique. C'est le médicament qu'elles ont trouvé »

ENTRETIEN N°7 « ils sont dépressifs je les suis, on essaye de traiter cette anxiodépression, mettre des anxiolytiques et puis finalement ils ont plus besoin de leur alcool à visée sédatrice »

ENTRETIEN N°14 « C'est à dire qu'il n'y a pas que des dépendants, il y a tout un environnement qui fait que bah soit ça peut remonter à l'enfance avec des parents étaient alcooliques et puis ça s'est fait petit à petit, soit c'est des gros problèmes familiaux avec des divorces, des problèmes professionnels avec des relations conflictuelles souvent c'est ça la difficulté c'est rattaché à l'environnement. La famille, le travail, toute addiction d'ailleurs. On se retrouve confronté à devoir changer l'environnement »

5.2.5 Une sous-évaluation

Un médecin évoquait une sous-évaluation de la maladie.

ENTRETIEN N°3 « Il y a beaucoup de sous-estimation, sous-évaluation quand même, du coup on ne prend pas en charge des gens qui devraient l'être »

5.2.6 Le déni du médecin

Un médecin a parlé du déni qu'il a pu rencontrer de sa part.

ENTRETIEN N°9 « Je pense qu'en début de carrière, je fuyais les patients alcooliques euh, je ne posais pas la question comme ça, j'avais pas à traiter. J'avoue que j'étais fuyante. Je pense que j'étais dans un certain déni »

5.2.7 Evolution de la pensée médicale

Pour deux médecins interrogés, nous avons été interpellés par un autre regard médical.

ENTRETIEN N°11 « Je pense qu'on fait fausse route...je pense que, les gens viennent me voir parce qu'ils veulent améliorer leur santé et je parle très peu de maladie, je parle de santé. Je pense que le rôle du généraliste n'est pas de soigner des maladies mais de soigner des gens. C'est à dire que mon but n'est pas que les gens arrêtent de boire. Mon but c'est que les gens arrivent à être un peu plus heureux qu'ils ne le sont. »

ENTRETIEN N°14 « le fait qu'il y a un nouveau médicament sur le marché et qu'il y a un autre discours, avant c'était quand même : « bon bah faut vous soignez, faut arrêter, c'est le sevrage ». Fallait tout couper avec la vie actuelle qu'ils avaient bah ça permet d'avoir une autre approche et d'envisager un traitement même si le patient n'est pas forcément demandeur d'une cure ou d'un sevrage total »

5.2.8 L'influence du vécu

Nous avons rencontré des médecins de toute génération, de tous milieux et certains pensaient que leur conduite pouvait être influencée par leur propre histoire.

ENTRETIEN N°2 « J'ai un frère alcoolique, donc c'est vrai que j'ai un regard un peu différent »

ENTRETIEN N°9 « C'est toujours très difficile pour moi, de par mon vécu, mais j'essaye de faire abstraction »

5.2.9 L'épuisement médical

Une majorité des médecins évoquait un épuisement lors de la prise en charge.

ENTRETIEN N°2 « L'expérience de l'épuisement pour essayer de faire quelque chose pour lui. »

ENTRETIEN N°6 « un moment on abandonne. On a donné tout ce qu'on a pu, on en a marre »

ENTRETIEN N°9 « face à un certain découragement. De votre part ? De ma part ! Oui c'est mon ressenti, pour certains patients, c'est le découragement »

5.2.10 Singularité

Deux médecins pensaient que la prise en charge est singulière.

ENTRETIEN N°6 « Parce que souvent, tous les médecins vous disent « tous les alcooliques sont des menteurs », et je ne pense pas que cela soit vrai »

ENTRETIEN N°14 « Est ce qu'il faut être dans le soutien ou plutôt être « aller secoues toi un peu » c'est au cas par cas. C'est difficile. Après les formations c'est bien mais comme la relation elle est unique c'est un peu difficile »

5.3 Attitude face aux rechutes

5.3.1 Le sentiment d'échec

Le sentiment d'échec était évoqué par les médecins.

ENTRETIEN N°2 « Je le vis comme un échec. Mais pas pour lui »

ENTRETIEN N°3 « C'est forcément un échec de la prise en charge »

ENTRETIEN N°4 « Echec ! (Rires) Echec euh après je pense que y'en a tous, pour beaucoup de patients, donc. Echec mais ça ne me démotive pas »

ENTRETIEN N°15 « Bah c'est l'échec »

5.3.2 Besoin de passer la main

Un médecin ressentait la nécessité de passer la main et d'orienter le patient.

ENTRETIEN N°12 « pas l'abandon mais le besoin de passer la main. - passer la main ? -oui »

5.3.3 Fait partie du processus de guérison

Certains médecins envisageaient la rechute dès la prise en charge, forcés de constater qu'elle faisait partie de la prise en charge de la maladie.

ENTRETIEN N°4 « Quand un patient revient me voir, pour une nouvelle prise en charge il n'y a pas de soucis. -quand vous dites cela, ça fait partie de la prise en charge ? - pour moi, oui je pense. Je pense que ça doit passer par là »

ENTRETIEN N°5 « Déçu mais c'est des choses auxquelles on s'attend »

ENTRETIEN N°7 « Mon sentiment se serait la normalité, il y a toujours des rechutes »

ENTRETIEN N°8 « On s'y attend, ça fait partie de la maladie, donc on le prévient d'autre part. on essaye de dédramatiser s'ils ont honte de nous avouer qu'ils ont replongé, d'autres sont passés par là »

ENTRETIEN N°9 « Après je sais que cela fait partie de la maladie »

ENTRETIEN N°10 « Cela fait partie de la pathologie. Parce que si on n'accepte pas la rechute... faut les avertir aussi »

ENTRETIEN N°13 « C'est tellement fréquent et tellement courant que je ne suis pas surpris quoi. Tellement complexe la prise en charge et c'est vrai que des patients qui deviennent et vraiment abstinent sans rechute de façon prolongée il y en a très peu »

5.3.4 La remise en question

Si la majorité acceptait la rechute comme élément intégrant de la maladie, d'autres formulaient clairement une remise en question de la prise en charge.

ENTRETIEN N° 3 « On pourrait se demander s'il y a des choses qu'on doit revoir.

ENTRETIEN N°9 « C'est blessant pour moi, c'est, j'ai raté quelque chose, j'ai fait quelque chose de mal ? »

ENTRETIEN N°15 « Malgré tout il y a des choses qu'on n'a pas su appréhender, une anxiété qu'on n'a pas vu »

5.3.5 Dédramatiser la rechute

L'ensemble des praticiens pensait que culpabiliser le patient pouvait s'avérer néfaste et qu'à l'inverse, ils préconisaient de dédramatiser la situation tout en encourageant le patient.

ENTRETIEN N°1 « J'optimisme »

ENTRETIEN N° 3 « On l'encourage à se reprendre en charge »

ENTRETIEN N°6 « Un sentiment d'impuissance. Bien que je leur dise toujours si vous y êtes arrivé, vous pouvez encore »

ENTRETIEN N°9 « J'essaye de pas de lui balancer la culpabilité au visage. Je dis aujourd'hui c'est un échec mais euh une autre tentative ... Vous êtes encourageante ? Oui voilà »

ENTRETIEN N°10 « Moi je dis toujours, ça augmente d'autant plus le risque de succès à la prochaine tentative de sevrage. Faut voir les choses du bon côté »

ENTRETIEN N°8 « On s'y attend, ça fait partie de la maladie, donc on le prévient, d'autre part on essaye de dédramatiser s'ils ont honte de nous avouer qu'ils ont replonger, d'autres sont passés par là »

6- La formation

6.1 Aspect des connaissances

6.1.1 Des souvenirs lointains

Pour la majorité des médecins interrogés, les cours dispensés pendant leurs études ont laissé peu de souvenirs.

ENTRETIEN N°2 « Les cours d'addictologie, je n'ai pas le souvenir d'en avoir eu déjà »

ENTRETIEN N°4 « Honnêtement, Je sais qu'on a eu des cours mais je n'en ai pas gardé un souvenir »

ENTRETIEN N°5 « je n'en ai pas le souvenir euh si oui oui un petit peu »

ENTRETIEN N°6 « Euh, pas grand chose de formateur, j'ai fait le certificat d'addictologie à l'époque et je me souviens plus du tout ce que j'ai appris. J'ai plus aucun souvenir »

ENTRETIEN N°7 « Ouais, on en a peu quand même »

ENTRETIEN N°8 « Et bien la formation reçue dans le cadre de mes études c'était nul »

ENTRETIEN N°9 « Quasiment rien »

ENTRETIEN N°11 « Je ne me souviens pas avoir eu des cours d'addictologie, peut-être dans le module de psychiatrie en sixième année éventuellement ? Hum, donc, bah, il n'y a aucun souvenir »

ENTRETIEN N°13 « Rien !!! Parce que mes études je les ai faites il y a plus de quarante ans »

6.1.2 Des connaissances limitées

Si certains ont exprimé que les connaissances étaient de lointains souvenirs, d'autres praticiens ajoutent qu'elles sont limitées et inadaptées à la pratique libérale.

ENTRETIEN N°3 « Je pense qu'ils sont quand même assez limités, après ils nous donnent assez, pas mal de supports et des choses comme ça aussi »

« Non pas toujours adapté, et puis il y a aussi les habitudes des médecins que je remplace. Après on ne nous aide pas beaucoup sur la prise en charge »

ENTRETIEN N°14 « Oh on a eu quand même quelques cours. Après c'est vrai que j'en ai plus appris au cours de mes stages »

ENTRETIEN N°15 « Pas terrible, honnêtement on se fait une idée en arrivant sur place parce que il n'y a pas de façon d'apprendre comment aborder le sujet. Clairement, l'alcoolisme en cours on l'aborde que par ses complications et pas du tout par son dépistage et ensuite à chaque fois que j'ai eu des moyens pour aborder le sujet, je trouvais ça trop carré. Pas du tout adapté »

6.1.3 Actualisation des connaissances

Certains médecins n'hésitaient pas à participer à des Enseignements Post Universitaire (EPU) ou à des événements de Formation Médicale Continue (FMC) sur le sujet, précisant qu'ils permettaient une mise à jour des connaissances et faisant le lien avec les spécialistes.

ENTRETIEN N°10 « J'ai participé à une formation, sur la base du volontariat, euh, qui était effectuée par l'ARS, pour la sensibilisation aux interventions brèves. Ça, ça m'a pas mal aidé. »

ENTRETIEN N°12 « Oui ça m'arrive. C'est bien ça permet de connaître les confrères qui gèrent ces problèmes-là. Ça permet de voir comment les confrères gèrent ce genre de situations »

ENTRETIEN N°15 « A la limite c'est ce qu'il y a de plus formateur. On est avec d'autres médecins généralistes. Il y en a qui viennent avec leur technique pour aborder le sujet. Enfin, moi c'est ce qui m'a le plus servi. A la fois pour le dépistage et pour le traitement »

6.2 Eléments manquants

6.2.1 FMC et EPU sur le sujet

Pour la majorité des médecins interrogés, il apparaissait que les FMC et EPU étaient formateurs et adaptés à leur pratique. Ils notent une insuffisance d'événement sur le sujet. D'autres avouaient peu y participer.

ENTRETIEN N°2 « je pense n'avoir jamais fait de FMC d'addictologie »

ENTRETIEN N°11 « et par rapport aux FMC ? Vous en entendez parler ? Vous y assistez ? - euh je n'assiste pas spécialement »

ENTRETIEN N°14 « vous faites des FMC ? Des EPU sur le sujet ? - non pas d'EPU, ... non »

« Les formations ça reste quand même très intéressant. Mais côté pratique pas facile de se libérer »

ENTRETIEN N°13 « Plus on a de formation mieux c'est, mais euh moi je suis en fin de carrière donc je suis moins friand de formations parce que il y a une forme de lassitude qui s'installe. C'est tard »

Pour les autres, ils évoquaient plusieurs aspects de la formation à mettre en avant :

6.2.1.1 L'aspect psychologique faciliterait l'abord et le suivi.

ENTRETIEN N°1 « Du bon sens et des arguments simples à donner au patient pour lui faire prendre conscience que c'est un problème »

ENTRETIEN N°3 « ce serait peut-être le côté psychologique. Souvent on est un peu plus démuni. Comment amener le patient à se rendre compte qu'il surconsomme, et puis même s'il sait qu'il y a une surconsommation, de l'amener à la prise en charge »

ENTRETIEN N°4 « Mais en dehors de ça, niveau formation c'est vrai que c'est dommage qu'on ait pas plus d'aide de ce côté-là. Pour aborder le patient, c'est surtout pour aborder le patient »

« Une formation à la psychothérapie de soutien »

ENTRETIEN N°15 « déjà le côté psychologique, pour aborder le patient sans le brusquer c'est surtout le plus important. Principalement c'est ça et après savoir un peu vers qui les orienter pour compléter le suivi »

ENTRETIEN N°10 « Et puis après sur des astuces pour le suivi au long cours »

6.2.1.2 L'aspect pharmacologique faciliterait la prescription.

ENTRETIEN N°2 « Par rapport au BACLOFENE, par exemple, j'aurais bien voulu bénéficier d'une FMC et puis s'il y a l'autorisation, c'est plutôt sympa mais il y en a pas encore énormément »

ENTRETIEN N°4 « Etre former pour débiter déjà un traitement. Est-ce qu'on ne peut pas déjà faire une première prise en charge ? Je pense qu'on manque de formation, sur le plan psychologique, pour aborder le patient et puis sur le plan médicamenteux »

ENTRETIEN N°10 « Une réactualisation des connaissances. Sur les traitements qui aident à l'abstinence. D'un côté on dit du bien sur le BACLOFENE et puis au final, dans le dernier PRESCRIRE, ils ne prennent pas mal de recul par rapport à cela. et c'est vrai que dans l'absolu, les traitements qu'on a à notre disposition, c'est pas non plus miraculeux. Oui peut-être une mise au point sur les molécules et puis après sur des astuces pour le suivi au long cours »

ENTRETIEN N°11 « Je pense que je manque de références sur les nouvelles thérapeutiques »

ENTRETIEN N°13 « C'est plutôt sur la formation thérapeutique, des nouvelles thérapeutiques donc là je n'ai pas d'expérience »

6.2.1.3 Animés par des addictologues faciliterait le partage d'expérience.

ENTRETIEN N°6 « Des EPU mais avec des psychiatres »

ENTRETIEN N°9 « Ce qui manquerait c'est des addictologues qui nous exposent leur façon de faire »

ENTRETIEN N°12 « Oui ça m'arrive. C'est bien ça permet de connaître les confrères qui gèrent ces problèmes-là. Ça permet de voir comment les confrères gèrent ce genre de situations »

6.2.2 Pas de nécessité de formation

Un médecin interrogé semble assez informé et ne suggère aucun élément manquant.

ENTRETIEN N°8 « non c'est bon. Dans l'ensemble on va sur internet »

7- Dynamique de prise en charge

7.1 Les difficultés et les obstacles

7.1.1 Le profil du patient

Lors du recueil de données, la plupart des médecins rencontraient des difficultés de prise en charge face au profil du patient.

7.1.1.1 Le déni face à la maladie

La principale difficulté rapportée par les médecins était le déni du patient face à la maladie.

ENTRETIEN N°3 « Ils minimisent quand même pas mal du coup »

ENTRETIEN N°4 « La première chose, que le patient accepte d'en parler, c'est l'acceptation de la maladie, pour moi c'est la première chose »

ENTRETIEN N°5 « Lui faire avouer la chose »

ENTRETIEN N°6 « Et puis après c'est de leur faire comprendre, qu'ils voient ça, c'est pas du tout évident »

ENTRETIEN N°9 « A part le déni du patient qui est très fuyant »

ENTRETIEN N°12 « Le déni c'est le premier et principal obstacle »

7.1.1.2 Le refus de soin

La prise de conscience du patient de la nécessité de soin était un obstacle ressenti par les médecins interviewés.

ENTRETIEN N°1 « Evidemment le refus du patient. C'est le principal obstacle »

ENTRETIEN N°3 « Et après quand il y a des soucis connus, les difficultés à convaincre les gens de se faire suivre. Souvent, on a des demandes de l'entourage aussi et là on est démunis s'il n'y a pas de démarche personnelle du patient »

7.1.2.3 Le manque de compliance et d'observance

Une des difficultés de prise en charge recueillie était la fuite du patient.

ENTRETIEN N°2 « Les difficultés je pense que c'est surtout l'adhérence du patient, aux consultations, au suivi, d'une façon globale, au traitement » »

« On va les voir régulièrement pendant deux ou trois mois et puis... même s'ils sont suivis par un psy parallèlement »

ENTRETIEN N°4 « C'est des personnes qu'on perd de vue »

ENTRETIEN N°6 « C'est quand ils ne reviennent pas »

ENTRETIEN N°15 « C'est des patients inobservants. On a beau les reconvoquer dans un mois, on n'a pas de suivi régulier »

7.1.2.4 Le niveau social

ENTRETIEN N°14 « Après le niveau social, les gens aisés ont plus de difficultés à admettre »

7.1.2 L'isolement

Les délais longs de prise en charge hospitalière, le manque de structures locales, et le refus du patient d'un suivi extérieur, engendraient un sentiment d'isolement auprès des médecins généralistes libéraux.

*ENTRETIEN N°2 « Seul et démuni en plus »
« C'est par rapport à nos structures locales on va dire. Pour avoir un rendez-vous en alcoologie ici, c'est la croix et la bannière, donc on en attendant tu le laisses dans la nature. C'est un peu compliqué »*

ENTRETIEN N°8 « Quand on veut avoir une consultation spécialisée, on n'arrive pas à avoir de rendez-vous assez rapidement. C'est vrai que quand le patient commence à être motivé, il faudrait qu'on enclenche vite plutôt que de laisser »

ENTRETIEN N°13 « C'est le refus d'avoir une équipe autour de lui pour l'accompagner »

« Passer par une équipe d'addictologie, avec éventuellement une cure de désintoxication. Et ça le patient n'a pas forcément envie de faire ce pas là ou pas tout de suite »

7.1.3 Le manque de traitement médicamenteux

L'absence de traitement médicamenteux était vécue comme une difficulté.

ENTRETIEN N°2 « C'est compliqué dans le suivi, parce qu'on est un peu démunis en ville, on n'a pas beaucoup, déjà, sur le plan thérapeutique »

ENTRETIEN N°7 « Plus les traitements médicamenteux »

7.1.4 L'absence de critères objectifs

Un médecin pensait que l'absence de critères objectifs de l'abstinence alcoolique compromettait la poursuite de la prise en charge.

ENTRETIEN N°10 « C'est tout simplement vérifier la réalité de l'abstinence, la maîtrise de consommation. J'ai un patient que je suis actuellement et j'ai un sérieux doute sur la réalité de l'abstinence »

7.1.5 La disponibilité

La consultation en médecine générale de ce type de pathologie apparaissait, pour certains, difficile face au manque de temps par la durée de réflexion du patient face à sa maladie, le suivi et la prise en charge des complications.

ENTRETIEN N°1 « Il faut de la disponibilité »

ENTRETIEN N° 3 « C'est un travail de longue haleine »

ENTRETIEN N°6 « Le problème c'est qu'on n'a pas beaucoup de temps. Et ces consultations demandent du temps »

ENTRETIEN N°12 « Il me manquerait du temps surtout. C'est long. Ce n'est pas des consultations de cinq minutes »

7.1.6 Pas de difficulté rencontrée

Un médecin nous a répondu qu'aucune difficulté n'était rencontrée.

ENTRETIEN N°11 « Je n'en rencontre pas. En fait il y a vraiment une distorsion importante je pense : c'est que, un médecin rencontre très peu de difficultés dans la prise en charge des gens, déjà, à mon sens. Le problème c'est la conception qu'on a des choses. Vous êtes issus, d'un système qui fait que vous décidez, que vous devez euh à toute force prendre en charge quelqu'un »

7.2 Les craintes

Nous avons demandé aux praticiens s'ils avaient des hésitations avant de prendre en charge un patient souffrant de cette pathologie. La majorité a répondu ne pas en avoir. Les autres éprouvaient des craintes.

7.2.1 La peur de l'échec et de la démarche inutile

ENTRETIEN N°1 « La crainte c'est peut-être qu'ils ne veulent que moi comme accompagnant et qu'ils n'échouent, parce que on n'a pas cassé ses habitudes de vie »

ENTRETIEN N°15 « Oui parce que ça ne marche pas tout le temps »

7.2.2 L'utilisation des traitements médicamenteux.

ENTRETIEN N°7 « J'ai vu qu'il y avait le traitement euh. Aidez-moi le BACLOFENE ? -le BACLOFENE ! Qui était un peu en essai au départ. Alors des craintes non, mais il n'y avait pas l'AMM (autorisation de mise sur le marché) alors des réticences »

7.2.3 La sollicitation de l'entourage.

ENTRETIEN N°10 « C'est sans hésitation après c'est... le soucis le gros gros problème dans ces histoires là c'est que dans la moitié des cas c'est l'entourage qui vient et c'est le refus de prise en charge du patient »

7.2.4 La violence des patients alcoolisés.

ENTRETIEN N°4 « Pour avoir eu une fois des patients un peu violents oui, ça m'arrive d'avoir des patients alcoolisés un peu violents »

7-2-5 Rupture de relation

ENTRETIEN N°9 « d'être, de me trouver blessante face à des questions »

7.3 Les recours face aux difficultés

Les médecins interviewés nous faisaient part de leur recours en cas de difficultés.

7.3.1 Les associations et structures ambulatoires

Les référents psychiatres et addictologues sont en priorité évoqués comme recours lorsque la prise en charge en médecine générale devient complexe, pour un simple avis ou pour orienter le patient.

ENTRETIEN N°2 « il faut avoir des référents. Quand tu connais bien le psychothérapeute ou un psychiatre bah tu peux l'appeler ça peut être un peu plus facile »

ENTRETIEN N°5 « J'ai de bonnes relations avec le centre d'addictologie local »

ENTRETIEN N°7 « Il y a un centre dédié, spécifique à Soisson (montre du doigt le SATO et CAARUD à côté), vous connaissez ? »

ENTRETIEN N°9 « Quels sont vos recours lorsque vous êtes en difficulté ? Vous parlez du CASA (centre d'accueil et de soins des conduites addictives) à Clermont ? Oui »

ENTRETIEN N°11 « Bah ici on a quelqu'un qui vient du MAIL, et qui accepte de prendre des patients qui consomment de l'alcool, comme il est addictologue »

ENTRETIEN N°13 « On a un centre de psychiatrie où on peut les confier trois semaines à un mois »

ENTRETIEN N°14 « le centre ELSA qui fait partie de l'hôpital de Beauvais avec addictologue, psychologue avec grosse équipe de travail et je pense que c'est important »

7.3.2 Les structures hospitalières

Un des recours formulés par les médecins était la prise en charge hospitalière.

ENTRETIEN N°2 « (ries) Oh oh oh y'en a pas beaucoup. Les urgences !

ENTRETIEN N°8 « Ma foi, c'est le spécialiste voilà c'est ça. - ... -Hospitaliers ? Ambulatoire ? – Hospitaliers »

ENTRETIEN N°9 « Sur des choses plus aigües, décompensation c'est les services de gastro. Et les neurologues pour les syndromes de KORSAKOV »

7.3.3 Les techniques d'interventions brèves

Un médecin nous parlait de l'utilisation des techniques d'intervention brèves, au cabinet en cas de difficultés.

ENTRETIEN N°10 « j'ai participé à une formation, sur le base du volontariat, euh qui était effectué par l'ARS, pour la sensibilisation aux interventions brèves. Ça, ça m'a pas mal aidé. -d'accord. -avec les fameux scores FACE, etc, ça se fait facilement. Les petits questionnaires courts »

8- Les suggestions pour améliorer la prise en charge

8-1 Faciliter l'accès aux soins

8-1-2 Développer les structures de soins spécialisés

La représentation sociale de la dépendance alcoolique crée un climat péjoratif freinant parfois la prise en charge en milieu hospitalier comme l'a pu le souligner un médecin.

ENTRETIEN N°9 « Peut-être avoir plus des cliniques privées, euh qui acceptent des hospitalisations directes, parce que je me dis que finalement quelques jours sans alcool, c'est toujours bon à prendre ou toujours cela de gagner. Des hospitalisations plus faciles, parce que l'hôpital ça a une connotation péjorative »

8-1-2 Plus de référents hospitaliers

Une des suggestions formulées par un médecin était la mise en place de plus de référents hospitaliers.

ENTRETIEN N°2 « De pouvoir avoir un référent, en milieu hospitalier, que ce soit médecin, psychologue, assistante sociale aussi parce que il y a aussi des problèmes sociaux. Déjà d'avoir tout ça à disposition, de façon rapide. Toute une équipe »

8-1-3 Remboursement des consultations psychologiques

D'autres évoquaient le remboursement des consultations psychologiques.

ENTRETIEN N°6 « Déjà que les psychologues soient remboursés. Parce que le psychiatre ça fait très peur au patient, psychologue ça fait pas peur mais ça coute trop cher. Il y a toujours ce fond dépressif. Je pense que si on ne traite pas la dépression, on peut pas traiter l'addiction, c'est pas possible »

8-2 Modifier les représentations sociales et politiques

Selon un médecin, changer l'opinion publique et les représentations influencerait le regard porté sur la maladie. Selon lui un discours plus cohérent modifierait le comportement vis à vis de l'alcool.

ENTRETIEN N°11 « Je pense qu'il faudrait arrêter le discours aberrant qui vient sur la place publique vis à vis de l'alcool : que tout ce qui est officiel que l'alcool c'est mauvais c'est pas bon et puis il continu à prélever 65 % sur les bouteilles de Ricard. Et je pense que c'est de la malhonnêteté en prime. Et donc je pense que notre société se définisse un comportement logique et raisonnable sur les addictions »

8-3 Continuer d'informer

D'après un médecin, il était important de poursuivre l'information.

ENTRETIEN N° 3 « Continuer d'informer »

8-4 Autotests dans la salle d'attente

Un médecin proposait de mettre à disposition des autotests dans les salles d'attente pour faciliter une prise de conscience de la consommation du patient.

ENTRETIEN N° 3 « Je sais que dans certains cabinets, il y a des petits livrets dans les salles d'attente, pour les patients ils peuvent s'autotester, ça fait un peu avancer les choses. Ils peuvent consulter à la suite de ça »

8-5 Pas de suggestion proposée

Lors de nos entretiens, deux médecins rencontrés ne proposaient pas de suggestion.

ENTRETIEN N° 12 « Non. - par rapport aux difficultés que vous rencontrez ? - non. Pas particulièrement. »

ENTRETIEN N°8 « Vous avez des suggestions pour améliorer votre pratique et celle de vos confrères ? - non - non ? – non »

DISCUSSION

1-Discussion de la méthode

1-1 Type d'étude choisie et ses forces

Afin d'étudier le ressenti et les difficultés des médecins généralistes lors de la prise en charge du patient alcoolodépendant, nous avons choisi la méthode qualitative puisqu'il s'agissait ici de données non quantifiables. Nous avons choisi d'analyser nos résultats par la théorisation ancrée : les résultats sont ancrés dans le texte, nous n'avons donc pas réalisé de revue de littérature au préalable, afin de garder l'esprit ouvert, comme le décrit N.Hennebo dans son guide de la théorisation ancrée [6]. C'est donc une approche inductive et non hypothéticodéductive.

Le but de l'analyse qualitative est de comprendre des phénomènes sociaux et humains, elle nous a permis ici de recueillir et d'analyser le ressenti des médecins généralistes face à la prise en charge du patient alcoolodépendant.

Habituellement pour ce type de travail, un nombre de 15 à 20 entretiens est généralement suffisant. Nous avons recueilli quinze entretiens ce qui paraît faible mais nous avons pu obtenir la saturation des données et en comparant nos résultats avec ceux de la littérature, nous avons pu constater que les résultats étaient similaires à ceux publiés sur le sujet. Cela renforce la plausibilité de notre travail.

La transférabilité ou validité externe est la possibilité de comparer les résultats obtenus avec ceux issus de la littérature. Nous avons pu ainsi comparer nos résultats et faire émerger les discordances comme les ressemblances.

1-2 Mode de recueil

Le recueil des informations s'est fait par entretiens individuels semi dirigés, qui ne sont à la fois ni entièrement ouverts ni entièrement fermés, permettant à l'enquêteur de disposer de questions ouvertes laissant ainsi librement parler l'interviewé, tout en permettant de recentrer l'entretien quand celui-ci s'écarte du contexte de l'étude.

1-3 Les limites de l'étude

Différents biais ont pu être identifiés dans notre étude.

1-3-1 Biais liés au recueil de données

- ✓ Biais de sélection de l'échantillon

Pour recruter les médecins généralistes installés et remplaçants, nous les avons contactés par téléphone, par l'intermédiaire de l'annuaire téléphonique. Le choix des médecins s'est fait par départements, en essayant de regrouper les entretiens géographiquement lors de chaque déplacement, s'étendant dans tout le territoire picard.

Afin d'avoir une population représentant tout type de pratique, nous avons choisi des médecins exerçant en milieu rural et urbain, en début et fin de carrière professionnelle, d'âges et de sexes différents.

Nous notons que le recrutement a été plus difficile dans l'Aisne avec plus de refus sur le nombre total de médecins contactés. Les médecins appelés semblaient moins sensibles au sujet de l'étude, au type d'entretien et moins disponibles.

- ✓ Biais lié à l'enquêteur : biais d'intervention

Au cours des entretiens, nous avons pu, par notre comportement, nos défauts ou excès d'intervention, influencer la libre expression et les réponses de nos enquêtés.

1-3-2 Biais liés à la méthode

- ✓ Biais d'analyse

Toutes les étapes de l'analyse ont été effectuées par une seule personne, pouvant entraîner le risque que nos propres représentations aient influé sur l'analyse des résultats, mais non sur leur description.

Pour y remédier, nous aurions pu utiliser la technique de triangulation, qui consiste à faire participer différents intervenants à chaque étape de l'analyse (entretiens, retranscription, codage).

- ✓ Biais de préconception

Afin d'éviter ce biais, aucune revue de la littérature, n'a été faite au préalable.

2- La relation médecin/patient alcoolo-dépendant

✓ Complexe

Lorsque nous avons demandé aux médecins d'apprécier la relation médecin/patient alcoolo-dépendant, la principale réaction du soignant a été de dire qu'elle était compliquée et difficile. Nous posons comme hypothèse qu'elle est ainsi, car il s'agit rarement d'une démarche émanant du patient. Il est déroutant pour un médecin de vouloir soigner un patient qui ne se présente pas pour cette même plainte, qui n'adhère pas aux soins, et dont le suivi est long. Nous verrons les autres aspects de cette complexité dans le paragraphe « difficultés ».

✓ Basée sur la confiance

Ceci est tout à fait essentiel. En effet, l'alcoolique ressent de la honte, de la culpabilité envers ses proches, et un sentiment de dévalorisation, le rendant sensible aux critiques. Les critiques et les reproches sont d'ailleurs le principal mode relationnel qu'il a avec son entourage. Un style empathique utilisé par le médecin, évitant donc tout jugement, est donc un changement presque radical et pour le patient, qui va se sentir écouté et souvent va parler plus ouvertement avec lui. C'est ce que nous retrouvons dans l'entretien N°4, avec « des patients souvent fermés ».

✓ Le dialogue

Une communication médecin-patient de qualité est essentielle pour garantir la satisfaction et l'observance du patient. Nous pensons qu'un patient qui se sent écouté et compris reviendra plus facilement si il se sent en difficulté. La spécificité repose sur une aide adaptée à chaque

étape évolutive et personnalisée. C'est ce que nous avons pu retrouver dans la thèse de G. Raux [7], qui a analysé la communication du médecin généraliste face au patient alcoolique : Il a montré que la manière de communiquer est propre à chaque médecin et dépendante des interactions qui ont lieu avec le patient au cours de la rencontre. Certains points semblaient aider le patient à changer : explorer son point de vue, le valoriser, suivre et refléter ses propos. Dans la Revue de médecine Générale [8], les auteurs, psychiatre et médecin généraliste, préconisent de ne pas utiliser le label « alcoolique » si le patient résiste. L'important est surtout de faire prendre conscience du caractère problématique de sa consommation et pas de lui faire admettre une étiquette diagnostique.

✓ **Réciprocité**

La réciprocité et l'échange semblait le point conditionnel d'une efficacité pour la prise en charge, comme le cite le médecin dans l'entretien N°1. En effet, nous pensons que les objectifs et les moyens sont plus acceptables s'il en résulte d'une collaboration plus que d'une acceptation d'une prescription médicale, qui peut être génératrice de passivité. Nous irons même jusqu'à responsabiliser le patient en le laissant fixer ses propres objectifs.

✓ **Continuité**

C'est dans le temps que cette maladie se développe et c'est dans le temps que la prise de conscience se fait. Les médecins interrogés parlaient de plusieurs consultations nécessaires. Une fois la maladie reconnue, la prise en charge est celle d'une maladie chronique. Car même si l'abstinence peut s'obtenir en quelques jours, elle devra se maintenir dans la durée. La perception de la prise en charge des conduites d'alcoolisation rapportée est celle d'un traitement long, laborieux, rarement définitif, et ponctuée de rechutes.

3- Le rôle du médecin généraliste

✓ Premier intervenant

Les médecins interrogés ont été nombreux à penser qu'en tant que premier intervenant, ils avaient un rôle de repérage, de dépistage et d'information vis à vis de la consommation d'alcool de leur patient. Ils jouent un rôle central et incontournable. En effet, comme nous avons pu le retrouver dans un article publié par Dr Jean SAINT GULLY [9], les atouts du médecin généraliste offrent la meilleure approche de cette pathologie. Par sa proximité, il peut être facile d'accès en consultation et le lien qu'il a tissé permet une relation de confiance, facilitant le repérage et le suivi. Ainsi que par sa polyvalence, à traiter et à suivre les complications liées à cette maladie.

✓ Accompagnant

Les médecins interrogés soulignaient le rôle important d'accompagnant dans l'histoire de la maladie. Le Dr Phillippe Batel, médecin addictologue [10] ajoute « *Nous sommes dans un modèle médical qui ne peut pas être basé sur le simple fait d'identification de la cause de la maladie pour pouvoir la soigner. Nous sommes bien dans quelque chose qui est de l'ordre de l'accompagnement, c'est aider d'une part, à promouvoir le changement, d'autre part, à le rendre réalisable* ».

✓ Attentif et bienveillant

Les propos recueillis mettaient en avant le rôle d'écoute, de soutien et le fait que les praticiens soient prêts à intervenir en cas de rechute, de complications et à la demande du patient. « Comme pour tous les patients », ajoutait le médecin dans l'entretien N°11. Dans le paragraphe sur la représentation médicale, nous verrons que cette attitude bienveillante pouvait être fragilisée par les contres-attitudes négatives du médecin générées par des réactions émotionnelles du médecin confronté au patient.

✓ Le repérage

Dans l'entretien N°3, un médecin nous parlait de sous-évaluation de la consommation d'alcool. Nous retrouvons dans l'entretien N°11 que le médecin généraliste abordait le problème alcool seulement à la demande du patient.

A l'inverse dans l'entretien N°7 et N°14, nous retrouvons des démarches systématiques de repérage de la consommation d'alcool soit de façon détournée, soit en demandant leur consommation d'alcool en quantifiant leur prise, chez les patients à risque.

L'HAS (Haute Autorité de santé) recommande [11] de sensibiliser toutes les personnes qui consomment de l'alcool aux risques que présente leur consommation individuelle, par une information concernant cette consommation à l'aide de questionnaires : AUDIT (alcohol use disorders identification test), FACE (formule pour approcher la consommation d'alcool par entretien) (annexe 2).

Les résultats de l'analyse par Fleming et collaborateurs en 2000 [12] de nombreux travaux randomisés, ont démontré un impact positif du repérage précoce chez les patients ayant bénéficié d'une intervention avec une réduction de la consommation d'alcool supérieure à ceux n'en ayant pas eu.

Pourtant de nombreuses études, notamment l'étude « EURECA » [13], montrent que les médecins généralistes ne tiennent pas suffisamment compte du problème d'alcool chez leurs patients. Les résultats de cette enquête européenne, ont mis en évidence que seulement 40,1% ont répondu parler à « tous, en majorité » de leurs patients de la problématique alcool. De même, en France, une enquête auprès des médecins généralistes girondins [14] montrait que 41% de leurs patients n'étaient pas reconnus en mésusage d'alcool. Nous verrons plus loin, quelles étaient les réticences à parler du problème alcool.

✓ **L'orientation**

Lorsque le besoin s'en fait ressentir, les médecins orientaient le patient vers des équipes spécialisées. Soit par le médecin lorsqu'il est en difficulté (manque de disponibilité, complications somatiques sévères, capacité de prise en charge épuisée) soit à la demande du patient quand la proximité avec le médecin gêne la prise en charge. L'enjeu étant de pouvoir, mieux apprécier, en intervision ou en supervision, les éléments comportementaux ou contextuels de l'usage du patient

Dans l'entretien N°2 et N°9, une minorité orientait vers d'autres types de recours : les urgences hospitalières ou vers des services de Médecine comme la Neurologie ou de Gastro-Entérologie. On peut penser que cette filière reste insuffisante puisque dans ce cas, le patient est adressé pour une complication aiguë dans un service n'offrant pas des capacités de prise

en charge globale et intégrée (médicale, psychologique, sociale).

Parallèlement à notre étude, l'enquête EURECA [13] (enquête d'opinion européenne portant sur l'implication des médecins généralistes en matière de dépistage, en évaluant l'approche des médecins de premiers recours, en autres , du risque alcool) dénombrait trois quarts des médecins (76%) adressant des patients aux médecins spécialistes. Elle rapporte également que 5% des médecins adressent tous les patients « à risque alcool » (annexe 3 *pyramide de Skinner*), aux services spécialisés.

4- La représentation médicale

4-1 L'abord médical

En médecine générale, l'intervention du praticien se fonde sur la demande du patient. Pourtant elle est rarement un motif de consultation. C'est pourquoi, dans un rôle préventif, le médecin doit dépasser ses réticences.

Dans l'entretien N°11, le médecin trouvait sa place illégitime « *pour s'immiscer dans la vie de ses patients* », et pensait que si le patient voulait des soins, cela devait être une approche de sa part. Dans l'entretien N°3, on retrouve la même illégitimité par le statut du remplaçant, intervenant que de façon ponctuelle dans la vie du patient.

Le manque de compétence générée par l'absence ou le peu de formations notamment sur l'aspect psychologique de la prise en charge de cette pathologie peut entraîner une approche difficile de la maladie. C'est ce que laissait entrevoir le médecin dans l'entretien N°15, « *peur de brusquer le patient* ». J.C. Bouix et ses collaborateurs [15] parlent également de fausses représentations et de tabous chez les médecins généralistes français, « parler d'alcool à un patient équivaldrait à le suspecter d'être alcoolique ».

Nous pouvons suggérer aux médecins qu'en parlant plus souvent d'alcool avec des personnes non-dépendantes permettrait de se sentir rapidement plus à l'aise avec des personnes dépendantes, en multipliant le repérage de routine. C'est ce que montre une étude menée à Limoges en 2014 sur 93 patients [2]. A l'aide d'un flyer composé d'un test rapide

de repérage et d'une information relative à l'alcool, ces 93 patients venus en consultation chez le médecin généraliste ont pu bénéficier d'un repérage systématique. Les résultats de cette étude ont montré une acceptabilité de 100%. De plus, les médecins rapportaient un abord plus facile car le patient ne se sentait pas stigmatisé.

4-2 L'influence du vécu

Selon sa personnalité, son histoire personnelle et familiale, le médecin a pour les addictions, une perception qui lui est propre, et qui joue un rôle important dans la façon qu'il aura de prendre en charge ou non des patients présentant une consommation abusive d'alcool. Le ressenti du médecin lorsqu'il rencontre des malades alcoolo-dépendants n'est donc pas neutre.

Sur le modèle Freudien de contre transfert, il a été décrit chez les soignants des réactions conscientes ou non appelées « contre-attitudes », qui peuvent être négatives ou positives. Il est décrit dans un ouvrage « L'abord clinique des malades de l'alcool en médecine générale » [16], que face à ces malades, les contres attitudes négatives sont les plus fréquentes. Cela peut être le dégoût, la colère voire la haine, l'ennui, la dépression en partie liée à l'impuissance issue des rechutes. Les contre-attitudes positives qui amènent à en faire trop, font disparaître peu à peu la distance nécessaire entre le médecin et son patient. Il est donc utile de réfléchir sur ses propres contre attitudes afin d'en prendre conscience et de les corriger.

4-3 Le déni du médecin

En début de carrière, un médecin dans l'entretien N°9, « *fuyait* » ces malades, et parlait de son propre déni, « *et je n'avais pas à traiter* ».

La méconnaissance de ce trouble, « lié à une conduite addictive comme le fruit de choix personnels », décrit par N.S.Miller et ses collaborateurs [17], est considéré comme accessoire, et n'entraîne pas de prise en charge adéquate.

Dans un article « Parler d'alcool avec son patient en médecine générale » [18], il est décrit que parler d'alcool pouvait déboucher sur une incertitude décisionnelle et pouvait mettre le médecin face à ses incapacités.

4-4 Évolution de la pensée médicale

L'avancée des traitements médicamenteux sur le marché pharmacologique a fait évoluer le suivi mais aussi le regard médical et culturel. Nous pouvons nous dire que s'il existe des médicaments, nous sommes bien face à une maladie reconnue comme telle par le monde médical et la société. Envisager un traitement a permis une prise en charge ambulatoire, chez des patients non-demandeurs de cure de sevrage, souligne le médecin dans l'entretien N°15.

Par ailleurs, l'abstinence totale et définitive étant pour beaucoup de patients, inacceptable, il est décrit de nouvelles options, consistant à fixer des objectifs intermédiaires, visant à augmenter les chances d'adhésion du patient. Dans le plan d'une intervention brève, on ne parle plus d'abstinence mais de réduction de la consommation.

4-5 Le profil du patient

Certains médecins interrogés ont caractérisé leurs patients souvent d'inobservants et manquant de compliance. En effet, une fois la maladie évoquée et le projet de soin établi, il s'avérait que parfois le patient manquait à ses rendez-vous. Le refus de soin était aussi évoqué. Nous imaginons que les deux sont liés. Une ambivalence est retrouvée : le patient prend conscience de l'aspect destructeur de sa consommation mais n'envisage pas le suivi avec assiduité. Nous pouvons penser que le patient, au début du sevrage ne voit que le côté négatif de l'abstinence. Il serait intéressant de poursuivre en énumérant à chaque entretien toutes les bonnes raisons de diminuer sa consommation.

Il est décrit par le Dr Claudine Aeschbach [19] une période de maturation nécessaire d'environ trois mois, où il s'agira avant tout de relever le patient, de lui redonner confiance, de le débarrasser de ses sentiments de dévalorisation et de le « nourrir narcissiquement ».

Même si cela peut paraître peu, dans cette étude portant sur le suivi à un an de 318 patients ayant un problème avec l'alcool [20], 82,1% ont eu au moins une rencontre avec leur médecin généraliste dans l'année. La moyenne des rencontres annuelles a été de 9, par an. Ces chiffres sont bien supérieurs à ceux, obtenus dans les consultations spécialisées d'alcoologie.

Pour d'autres, souvent jugés « perdus » face à la maladie, nous pouvons établir l'hypothèse de l'apsochognosie. Ce terme est décrit par Pierre Fouquet, auteur de plusieurs ouvrages autour de la question de l'alcool, en 1954. C'est la perte progressive de la capacité de se percevoir et d'analyser. Ce trouble est à l'origine de l'aggravation du comportement d'alcoolisation qui aboutit à l'extrême, à la mort psychique ou à la mort physique.

Il est donc difficile pour ces patients souffrant de ce trouble, de parvenir à leur faire prendre conscience du trouble, de pouvoir leur expliquer les conséquences de leur alcoolisation. Le médecin reste alors impuissant face à eux.

D'autre part, le niveau social a été évoqué. Un médecin, dans l'entretien N°14, rapportait que plus le niveau social était élevé moins la reconnaissance était facile. L'alcoolisme n'est pas toujours où on le croit. Cela en découle peut-être des fausses représentations sociales. L'alcoolisme mondain, pose le problème de sa fréquence et de sa tolérance sociale. S'il est si difficile de le concevoir pour certaines personnes, les tests standardisés (AUDIT, FACE), peuvent aider à la prise de conscience.

4-6 Une maladie sous-évaluée

Comme nous avons pu constater dans l'étude EURECA [13], cette pathologie est sous-évaluée par les médecins généralistes. Dans un mémoire d'addictologie écrit par M.Naudet [21], à partir d'un questionnaire dédié aux médecins généralistes, l'auteur décrit plusieurs causes :

Réticence du patient	Réticence du médecin	Inutilité de la démarche	Manque de temps	Absence de protocoles standard	Autres
58%	44%	14%	52%	14%	8%

Dans cette étude, les médecins ayant répondu que l'abord est freiné par les réticences du patient à parler d'alcool, sont les mêmes à prendre en charge de façon moins fréquente. La réponse à ce questionnaire directif et à réponses binaires (oui/non), laisse penser qu'il s'agit d'un préjugé puisque peu évalué.

Les réticences du médecin sont à l'origine d'une sous-évaluation par les médecins interrogés qu'ils soient bien formés, moyennement ou pas du tout. L'auteur pense qu'il s'agit plus d'un manque de confiance en leurs capacités qu'un manque de formation.

Le manque de temps est une réponse par la majorité des médecins non formés en addictologie. Il s'agit pour l'auteur encore d'un préjugé basé sur des représentations erronées de prise en charge en consultation.

Parmi les autres réponses, il s'agissait du manque de politique cohérente et de l'absence de rémunération.

Nous retrouvons dans notre étude ces mêmes causes dans les difficultés, les craintes et les suggestions exprimées par notre population étudiée, en dehors du manque de rémunération.

4-7 Une maladie comme une autre

Nous avons retrouvé cette expression dans l'entretien N°11 et N°15, en réponse à la question sur la perception de la relation médecin-patient alcoolo-dépendant. Ils soulignaient le fait de prendre en charge cette pathologie comme toute autre pathologie chronique.

Cependant à la fin de l'entretien N°11, le médecin reconnaît être moins pertinent pour cette pathologie : *« je n'ai pas plus de difficulté à prendre en charge de l'addictologie qu'autre chose mais je pense que je suis moins pertinent dans cette maladie que dans d'autre maladie où les gens ont un abord très névrotique »*. Il ajoutait également : *« le rôle du généraliste n'est pas de soigner des maladies mais de soigner des gens. Et donc moi je soigne des gens »*.

Finalement nous sommes face à une prise en charge singulière. Vouloir soigner cette pathologie comme une autre n'est-ce pas là une maladresse, rendant la prise en charge moins pertinente.

Dans l'entretien N°14, le médecin mettait en avant la difficulté de prise en charge du milieu environnemental. Si pour traiter la dépendance, il faut soutenir le patient et l'accompagner, il convient également de s'enquérir des conséquences de ce comportement sur l'entourage au sens large (présence d'enfant dans le foyer, antécédent de violence, détention de permis de conduire). Ces éléments ne doivent pas être mis de côté au profit de l'espoir thérapeutique. Tout cela amène à penser que nous sommes loin d'une maladie comme les autres.

D'autre part, dans une étude prospective et qualitative dans le site de Saint Cloud [22], ne retrouvait que 53% des médecins généralistes estimant le comportement problématique avec l'alcool comme une maladie.

5- L'expérience professionnelle

5-1 Les difficultés rencontrées

✓ Le déni et la complaisance du patient

Le déni est un mode de défense, consistant à un refus par le sujet de reconnaître la réalité d'une perception traumatisante. Il a pour but de maintenir l'intégrité du moi et en particulier d'en réduire l'angoisse, soulignait le Dr François Charon, psychiatre, dans un article « le déni : un symptôme de l'alcoolisme » [8]. Il existe différents types de déni : le déni de l'existence du problème, de la relation entre l'alcool et les problèmes engendrés, de la sévérité de l'alcoolisme, de l'existence de solution, et de la capacité du patient à mettre en œuvre des solutions. Le Dr François Charon, propose des stratégies de gestion du déni : utiliser des faits objectifs, comme des résultats biologiques, une HTA, œsophagite, la souffrance de l'entourage. Ces arguments sont également utilisés par quelques médecins interrogés. Cependant il est vrai qu'une augmentation de la résistance au changement peut être rencontrée. Simplement, le patient n'est-il pas prêt ou ne se sent-il pas capable de changement au moment de la discussion.

Le cercle de Proshaska et Di Clemente, (annexe 4) fait part de différents stades de changement. Utilisés dans d'autres addictions comme le tabagisme, le médecin doit rester centré sur les stades de changement en tenant compte de son rythme et adapter la manière d'intervention. Il apparaît difficile à mettre en œuvre sans formation, et peut être souvent la source de rupture d'alliance thérapeutique.

La rencontre avec un patient non demandeur de soin, face à des signes évidents de consommation avec des retentissements sociaux, financiers et familiaux engendre un sentiment d'épuisement pour le médecin en charge.

✓ **L'isolement**

C'est un sentiment cité à plusieurs reprises lors du recueil des données. L'isolement dans plusieurs contextes : l'isolement face au patient qui ne veut être accompagné que par son médecin traitant. Cette maladie encore taboue, faisant naître un sentiment de honte et de culpabilité est déjà difficile à aborder avec son médecin. L'adresser à un spécialiste est parfois vécu comme une difficulté supplémentaire pour le patient, laissant le médecin seul intervenant.

L'isolement face au manque de structures spécialisées : les médecins généralistes signalaient des délais longs de prise en charge par le spécialiste « laissant le patient sur le carreau ».

L'isolement face aux patients souffrant d'apsochgnosie, incapable de prendre conscience du trouble et des dangers, laissant le médecin impuissant.

✓ **Le manque de critères objectifs**

Dans l'entretien N°10, le manque de critères objectifs créait un climat de méfiance du médecin vis à vis du patient. Un doute sur la réalité de l'abstinence est évoqué.

✓ **La disponibilité**

Dans le rôle du médecin généraliste, les médecins interrogés sont d'accord pour dire qu'ils ont une place primordiale dans le suivi de cette pathologie. Cependant, ils considèrent que l'aménagement des consultations n'est pas toujours adapté et demande du temps. Le plus souvent l'évocation de l'alcool, se traduit par des minutes supplémentaires consacrées au patient qui consulte pour un tout autre motif dont il ne perçoit pas toujours la relation éventuelle. La mesure de la consommation de l'alcool, la mise en relation du symptôme avec l'alcool, représente des minutes supplémentaires à la prise en charge de la plainte au mieux, au pire au détriment de la prise en charge de la plainte initiale.

✓ **Le manque de traitement médicamenteux**

Pour certains patients qui refusent la cure de sevrage, le traitement médicamenteux en ambulatoire reste une alternative. Le manque d'efficacité des traitements laisse « démuni » le généraliste.

D'après une étude prospective et qualitative sur le site de Saint Cloud [22], sur une population de médecins généralistes libéraux, les difficultés rencontrées étaient : le manque d'intérêt (12%), de rémunération (48%), le manque de compliance des patients (64%), le taux de rechute (60%). Venaient ensuite le manque de temps, le délai pour obtenir un rendez-vous avec un alcoologue, le déni, la résignation des patients, les résultats insuffisants, l'inefficacité des traitements. Ce qui faisait obstacle sont : les patients eux-mêmes lorsqu'ils minimisent leur consommation (47%), parce que la prise en charge est vouée à l'échec (12%), les médecins par faute de temps (28%), parce que le patient ne vient pas pour l'alcool (15%), le manque de formation (28%).

✓ **La proximité avec le médecin**

Dans l'entretien N°9, N°12 et N°13, la proximité avec le médecin était un frein à la prise en charge. La connaissance du patient et de son entourage était une barrière pour le patient souvent honteux de reconnaître le trouble. Pourtant la bonne connaissance du patient est un véritable atout. Le valoriser, l'informer des risques encourus, parler de surconsommation plutôt que d'alcoolisme peut le mettre en confiance et éviter un sentiment de jugement. Par ailleurs, nous pourrions également mettre en avant le secret médical.

5-2 Les craintes et hésitations

La majorité des médecins ayant répondu n'ont pas exprimé d'hésitation à prendre en charge un patient alcoolique si ce dernier est dans une démarche de soins.

Cependant ils exprimaient certaines craintes.

Tout d'abord, celle de ne pas être à la hauteur, peur de l'échec et d'une démarche inutile, perdue d'avance. N.S. Miller et ses collaborateurs dans un article « Why physicians are unprepared to treat patients who have alcohol and drug related disorders » [17], font le constat que trop de médecins ne croient pas en l'intérêt et l'efficacité d'une prise en charge de ces patients, soulignant que pour nombre de praticiens, ces patients ont un pronostic social et médical défavorables. Nous pourrions leur rappeler l'impact positif significatif des interventions brèves sur ces patients d'après le rapport de l'UNODC (United Nations Office on Drug and Crime) publié en février 2013[23].

Une autre crainte était celle d'être sollicité par la famille. En effet, dans l'entretien N°9, le médecin exprimait le malaise face aux familles en souffrance. Nous pourrions conseiller d'associer la famille avec le patient lors d'une consultation. Pour le patient il sera plus difficile de dénier sa propre problématique en présence de son entourage. Toutefois, la gestion d'une famille en crise est parfois difficile et contre-productive notamment si la consultation est vécue comme un tribunal par le patient

Suite à l'agression par des patients alcoolisés, un médecin craignait les consultations. Dans un article « Alcoolisme et violence » [24], il est écrit que « l'alcoolisme favorise une certaine illusion du contrôle exécutif associée à des altérations de la cognition morale nécessaire pour un passage à l'acte agressif ». L'auteur préconise au praticien d'évaluer la dangerosité de son patient, de mettre des limites claires aux comportements ouvertement agressifs. L'essentiel est ici d'intervenir immédiatement et résolument. Il constate souvent que les patients ne sont absolument pas conscients des réactions qu'ils suscitent autour d'eux. Une discussion franche à ce propos peut être très salutaire.

Cependant tous les consommateurs ne présentent pas toujours autant de problème de violence. Il note que des troubles anxieux sous-jacent s'organisent avec l'apparition d'idées de persécution. Des troubles de la personnalité peuvent coexister. Un bilan

neuropsychologique peut s'avérer nécessaire pour diagnostiquer un trouble au-delà de la dépression.

La gestion des traitements médicamenteux est aussi problématique, par manque de connaissance. Nous pourrions suggérer que des visiteurs médicaux se rendent plus souvent aux cabinets des médecins libéraux pour les informer des nouvelles molécules sur le marché bénéficiant de l'AMM. Dans un rapport sur l'information des médecins généralistes sur le médicament [25], les études ont montré qu'après le passage d'un Délégué de l'Assurance Maladie (DAM), les médecins ont modifié leur pratique de prescription. Ce dispositif est bien accepté par les médecins. Hors il est particulièrement coûteux pour véhiculer l'information. Les recommandations de ce rapport préconisaient une généralisation sur le territoire de ce dispositif que pour des sujets prioritaires et non à l'ensemble de la pharmacopée.

5-3 L'alcoolisme : un symptôme

Dans l'entretien N°7, le médecin nous confiait traiter l'alcoolisme avec des anxiolytiques en substituant l'effet sédatif recherché par le patient. Un autre ajoutait, entretien N°14, qu'il existait un contexte social en arrière-plan.

L'alcoolisation aigue produit des effets anxiolytiques et euphorisants. L'alcoolisation chronique produit des effets dépressiogène et anxiogène.

La prise en charge semble impliquer les facteurs environnementaux.

Dans un article de Claudine Aeschbach [19], psychiatre, il est décrit des affections psychiatriques intriquées (dépression 33-67%, trouble bipolaire 60-80%, schizophrénie 50-60%, trouble de la personnalité 30-70%). Même constat dans une enquête en Ile-de-France [26], chez les femmes, les patientes à usage sans risque d'une consommation dangereuse, sont 9 % à avoir cité comme motifs de recours aux soins des troubles psychiques (syndrome anxio-dépressif, trouble du comportement, trouble de la mémoire et de la concentration, tentative de suicide ou autre) contre 12 % de patientes à risque sans dépendance et 32 % des patientes ayant une dépendance. Chez les hommes, les pourcentages sont respectivement de 5 %, 8 % et 10 %.

Forts de ce constat, il paraît nécessaire d'une prise en charge conjointe psychologique et psychiatrique.

5-4 Les motifs de consultation

Le motif « alcool » est rarement un motif de consultation en médecine générale. Dans une étude menée auprès de médecins généralistes d'Ile de France [26], à partir d'un questionnaire pour des patients vu en majorité (85%) en consultation, 45 motifs de consultations leurs étaient proposés, le motif « abus d'alcool » arrivait en 34^{ème} position pour les hommes (soit 0,2% des motifs) et au 27^{ème} rang pour la femme (soit 0,7% des motifs). Sur 3760 consultations, la SFMG (Société Française de médecine Générale) [27] a relevé 1,97% pour les hommes et 0,57% pour les femmes le nombre de motif « alcool ». Souvent, le motif est lié à une complication de la consommation d'alcool. La plupart des médecins interrogés dans notre étude, argumentent une réduction de la consommation d'alcool devant une plainte du patient. C'est un moyen communicationnel pouvant avoir un effet bénéfique dans la phase de déni.

Conjointement, les patients peuvent vaguement évoquer le problème, tendant ainsi une perche aux médecins en espérant que le médecin rebondisse sur le problème [28].

5-5 L'attitude face aux rechutes

D'après l'analyse des données, il est mis en évidence un sentiment d'échec face aux rechutes. Certains médecins remettaient en question leur prise en charge. Ils pensaient ne pas avoir évalué les risques de rechutes chez leurs patients. Il serait intéressant de travailler sur l'élaboration d'un score prédictif de risque de rechute.

La majorité des médecins admettait cette rechute comme partie intégrante de la maladie.

Aucun d'entre eux n'avait d'attitude négative à l'égard du patient. Ils renvoyaient une image optimiste et de revalorisation.

On retrouve dans le cercle de Prochaska et Di Clemente (annexe 4), cette phase de rechute. Encore une fois, connaître les différents stades de la maladie, pour les accepter, permet une meilleure prise en charge.

Dans l'entretien N°8, le médecin prévenait lors du début du sevrage, de la possibilité de rechutes. Nous pensons que cette conduite est intéressante car elle permettra au patient de déculpabiliser et de consulter de nouveau rapidement suite à cet épisode.

Dans un ouvrage « Abord clinique des malades de l'alcool » écrit par Bernard Rueff [28], il est écrit que la ré-alcoolisation est très fréquente suivant les 6 premiers mois du sevrage. Les travaux expérimentaux de Marlatt au sujet de la prévention des rechutes [29], ont montré qu'il s'agissait plus d'un phénomène psychologique que biologique. Le malade cherche à se convaincre qu'il peut s'arrêter quand il veut. A distinguer de la rechute, où il s'agit d'une alcoolisation massive et sur du plus long terme. Les facteurs prédictifs de moindre rechute sont : l'âge (< 40 ans), le mariage, et l'exercice professionnel. Ces éléments nous orientent vers le côté social et culturel de la consommation d'alcool. Nous pourrions suggérer au médecin ou psychologue chargé de la prise en charge du patient de travailler sur le « savoir dire non » en société.

Le praticien doit résister à la contagiosité du désespoir affiché par le patient et de l'entourage. Nous pourrions suggérer également de reconstituer l'histoire de la rechute ou de la ré-alcoolisation afin d'identifier les éléments qui ont pu faire basculer le patient. Banaliser cet épisode comme une mésaventure afin de reprendre rapidement le sevrage.

Impuissant, un médecin évoquait le besoin d'orienter le patient. Nous pensons qu'il est préférable d'adopter cette attitude car cela permet d'éviter des contre-attitudes négatives et des réticences face à ces patients.

5-6 Les recours

✓ Les structures hospitalières

Peu adaptées, les structures hospitalières comme les services de Neurologie ou de Gastro-Entérologie, sont utilisées comme recours en cas de difficultés. Elles permettent une prise en charge aigue d'une complication de la maladie alcoolique. Nous imaginons que ce recours se fait surtout dans l'urgence, face à un patient réticent d'une prise en charge plus spécifique, ou face à un médecin dans l'impasse thérapeutique avec des délais de prise en charge longs dans la filière spécialisée.

✓ Les associations et les structures ambulatoires

Face à une maladie complexe (retentissement social, familial, médical, financier) certains malades justifient que le médecin généraliste l'adresse à une équipe spécialisée. D'autre part, la majorité des patients nécessite une prise en charge ambulatoire. Le médecin généraliste joue un rôle dans l'orientation de ces malades vers ces équipes composées en général, d'un psychologue, d'un infirmier, d'un médecin référent et d'une assistante sociale. Elles permettent également de rencontrer l'entourage en souffrance.

La prise en charge psychologique est intéressante dans ce contexte car remboursée, elle permet une prise en charge thérapeutique conjointe. La CPAM ne rembourse pas les psychologues cliniciens libéraux.

Les médecins interrogés semblaient satisfaits des équipes de liaison pour leur prise en charge. Cependant, d'autres pointaient du doigt les délais de prise en charge longs, par rapport à la motivation de sevrage du patient. En effet, face à une demande du patient, et devant la crainte qu'il ne change d'avis, les médecins sont parfois déçus des délais et ne peuvent répondre immédiatement à la demande du patient. Par crainte peut être que cela ne se reproduise pas.

Non citées par les médecins, les associations d'anciens buveurs, en parallèle, sont bénéfiques pour le patient. Elles permettent une entraide dans un climat d'empathie, et peuvent être source d'espoir face aux personnes abstinentes de longue date. D'autre part, écouter l'autre peut permettre de s'interroger sur soi-même et sa propre conduite addictive.

✓ **Les techniques d'interventions brèves**

Dans l'entretien N°10, le médecin nous confiait avoir été à une formation gratuite dispensée par l'Agence Régionale de la Santé (ARS) sur les techniques d'intervention brèves. Il était le seul des médecins interrogés à en faire part.

L'HAS recommande après un test repérage par les questionnaires AUDIT et FACE, d'établir un plan d'intervention brève avec le patient. Il a pour objectif de réduire la consommation d'alcool, de délivrer un conseil et d'établir un objectif avec le patient. Dans le cadre des travaux de l'OMS, l'étude Babor [30] démontrait que quelques minutes de conseils aident à réduire la consommation d'alcool chez un consommateur excessif.

Le plan d'une intervention brève s'articule de la façon suivante : expliquer le test de repérage, expliquer le risque alcool, définir un verre standard, souligner l'intérêt de la réduction de la consommation, décrire les méthodes disponibles, renforcer la motivation, proposer des objectifs réalisables en laissant le choix, donner l'occasion d'en reparler, et remettre un support écrit.

Des médecins généralistes américains ont calculé que pour appliquer toutes les recommandations de prévention dont ils ont la charge, 85% de leur exercice devrait y être exclusivement consacré [31].

En voyant ainsi le plan d'une intervention brève, même s'il a clairement été démontré un bénéfice et même si le médecin généraliste occupe la meilleure place, nous pouvons nous interroger sur la faisabilité au cours d'une consultation. A moins qu'une consultation y soit entièrement dédiée.

Dans notre système de soins, où le paiement est forfaitaire, à l'acte, où les actes de dépistage et de prévention ne sont pas valorisés, nous pouvons nous demander si la rémunération n'est pas un frein à la pratique des techniques d'interventions brèves. Dans l'étude EURECA [13], étude réalisée dans cinq pays européens (France, Belgique, Portugal, Italie), en France, cette étude d'opinion sur l'implication des médecins généraliste en matière de prévention, a montré qu'ils sont sensibles à la prévention primaire au même titre que le dépistage des cancers que du repérage d'alcool, rémunérés de la même manière. Ils sont cependant moins à l'aise avec l'alcool. Les médecins semblent plus attachés à la reconnaissance officielle de leur rôle et de leurs tâches de prévention (60% souhaitent une reconnaissance officielle de

leur rôle de prévention) qu'à une éventuelle rémunération spécifique, qui de leur point de vue ne modifieraient pas leurs comportements. (71% considèrent ne pas modifier leur conduite contre une rémunération). Les limites de cette étude sont le recueil des déclarations (anonyme s'ils le souhaitent). Nous avons retrouvé d'autres écrits démontrant le contraire [21] [22].

6- La formation

✓ Formation au cours des études médicales

La plupart des médecins interrogés trouvaient que la formation reçue en matière d'addictologie, lors de leurs études, était insuffisante et inadaptée. Ce ressenti est retrouvé chez tous les médecins qu'ils soient homme ou femme, de milieu rural ou urbain et d'expériences différentes. Sur le plan qualitatif, on retrouvait surtout un manque de formation psychologique, rappelant qu'il s'agissait d'une prise en charge singulière, et de formation pharmacologique.

Dans le rapport d'information N°2385 [32], déjà en 2008, le Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies constatait les carences de la formation médicale initiale sur le sujet des addictions, aboutissant à ce que les professionnels de santé ne soient pas en mesure, dans l'exercice de leurs fonctions, de faire face efficacement à cette pathologie. La MILDT (la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie devenue en 2014, la Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues Et les Conduites Addictives (MILDECA) avait alors prononcé deux recommandations : la création d'un module obligatoire d'addictologie en première année du premier cycle universitaire, constitué de trois heures de cours minimum, ainsi que l'intégration d'un module d'initiation aux pratiques addictologiques (prévention, dépistage, démarches thérapeutiques en addictologie, réduction des risques) dans le deuxième cycle des études de santé. D'après le document de politique transversale (DPT) « Politique de lutte contre les drogues et les addictions » annexé au projet de loi de finances 2015, ces préconisations semblent avoir été suivies d'effets. Le programme de la première année des études de santé comprend désormais dans le cadre de l'unité d'enseignement « Santé-Société et Humanité », un item « grands problèmes de santé en France, notamment conduites addictives » et un item sur les principaux facteurs de risque des maladies, notamment comportementaux. Une invitation à poursuivre cet enseignement est ensuite prévue dans le cadre de la refonte du cursus des deuxième et troisième années dans les différentes filières. En outre, la formation à l'addictologie est déjà bien présente au cours de la 2^{ème} partie du 2^{ème} cycle des études médicales, dont le programme constitue celui des épreuves classantes nationales (ECN) d'accès à l'internat, par l'item N°45 *addiction et conduites dopantes : épidémiologie, prévention et dépistage*

et par l'item N°74 *addiction et alcool*. A la faculté de médecine d'Amiens, dans le programme du DES de médecine générale, nous retrouvons une heure et demie de cours consacrés au sujet. Elle propose également un diplôme universitaire (DU) d'addictologie aux médecins et étudiants en Médecine.

Le Conseil national de l'ordre des médecins, présidé à l'époque par le docteur Bouet, posait également un regard critique tant sur le plan quantitatif que qualitatif de la formation proposée. Selon le docteur Bouet, la formation durant les deux premiers cycles est conçue pour parler de maladie plutôt que de prévention et de déterminants de santé et ignore donc largement la problématique des addictions alors même qu'il s'agit d'une période de formation cruciale durant laquelle les médecins vont mettre en place des « mécanismes réflexes ». Il conviendrait donc d'inclure davantage ces problématiques durant les premiers cycles. S'agissant du troisième cycle, lorsque les addictions sont abordées, la formation présente encore le défaut d'être focalisée sur les complications et les pathologies induites davantage que sur le diagnostic précoce et les conduites d'accompagnement.

✓ **Formation médicale continue**

Lors de l'analyse de nos entretiens, nous avons retrouvé deux médecins qui semblaient à l'aise avec la prise en charge du patient alcoolo-dépendant. Dans l'entretien N°5, il nous expliquait avoir travaillé de longues années dans un service d'addictologie et dans l'entretien n°11, il rapportait avoir eu un DU d'addictologie. Nous imaginons alors, que la formation supplémentaire reçue et l'expérience professionnelle spécifique facilitaient la prise en charge.

Nous retrouvons ce même constat dans un mémoire de fin d'étude d'un médecin addictologue sur la place du médecin généraliste en matière de prévention [21]. Les médecins très bien formés assuraient une prise en charge significativement plus fréquente que les médecins pas ou moyennement formés ($p < 0,005$) et les médecins ayant eu une activité professionnelle importante en alcoologie assuraient une prise en charge significativement plus fréquente du problème alcool que les médecins n'ayant aucune activité spécifique ou une activité faible dans ce domaine ($p < 0,005$).

✓ Les éléments manquants

Au niveau de la formation, beaucoup ont dit avoir peu d'expérience dans la maîtrise des traitements médicamenteux, dans la prise en charge psychologique et communicationnelle. Ils demandaient plus de formation sur ces sujets notamment animés par des addictologues pouvant ainsi faire part de leur expérience et savoir faire.

Ils reconnaissaient que les formations aidaient leur pratique. Mais ils y participaient peu. Les entretiens N°13 et N°14 se justifiaient par le manque de temps.

Nous imaginons que pour le reste, les formations les sensibilisaient peu sur le sujet, ou encore qu'ils se sentaient suffisamment informés. Le mode de recueil a pu limiter la sincérité des propos recueillis. Dans une publication du Dr S. Rouyer, dont l'intitulé est « Un point sur la formation des médecins généralistes en addictologie » [33], il était présenté que la principale barrière à la formation en addictologie était dû à la persistance de représentations négatives, ancrées chez les responsables de formations et des médecins, même si cela doit générer un sentiment d'incompétence.

7- Les suggestions

7-1 Le développement de structures spécialisées

Les médecins interrogés nous faisaient part de leur sentiment d'isolement, secondaire, aux délais longs de prise en charge spécialisée.

Dans un entretien, un médecin suggérait des cliniques privées car des patients se plaignaient du regard négatif ressenti dans le milieu hospitalier public. Nous pouvons nous demander si ces patients sont allés dans un service de médecine aiguë ou dans un service d'addictologie.

Plus de référents hospitaliers, comme le suggérait un médecin, pourrait faciliter l'accès direct en milieu spécialisé et encourager les patients à une prise en charge adaptée sans être victime des fausses représentations. Ou encore aider en donnant des avis téléphoniques pour maintenir une prise en charge ambulatoire, notamment sur les traitements médicamenteux, jugés délicats à mettre en œuvre par les médecins généralistes, par manque de compétence.

Dans le rapport d'information sur l'évaluation de la lutte contre l'usage de substances illicites de 2008 [32], il faisait part à l'époque, d'un manque de structures adaptées ainsi qu'un manque de proximité des structures déjà aménagées. Il faisait le constat que le manque de proximité, de structures, et les délais longs étaient susceptibles de décourager en premier lieu les médecins généralistes. A ce jour, c'est le même constat dans la région étudiée.

7-2 Modifier les représentations sociales et politiques

La loi Evin [34], interdit :

- La publicité dans la presse pour la jeunesse et la diffusion de messages publicitaires à la radio le mercredi, et les autres jours entre 17 heures et 24 heures.
- La publicité à la télévision et au cinéma.
- La distribution aux mineurs de documents ou objets nommant, représentant ou vantant les mérites d'une boisson alcoolisée.
- La vente, la distribution et l'introduction de boissons alcoolisées dans tous les établissements d'activités physiques et sportives (une autorisation d'ouverture de buvette lors d'une manifestation sportive peut toutefois être délivrée sur demande).

Elle limite les affichages publicitaires à certaines indications. Ceux-ci doivent être accompagnés d'un message sanitaire sur l'abus d'alcool.

Dans un article sur l'actualité alcool [35], l'auteur faisait par des analyses textuelles réalisées sur les messages utilisés par les publicitaires pour promouvoir l'alcool, débusquant au passage des ruses permettant de contourner la loi Evin, comme pour la publicité Perrier « rien ne vaut l'ivresse d'un Perrier ».

Par ailleurs, dans un rapport d'évaluation [36], les enfants en classe de CM2 étudiés ont majoritairement des préjugés négatifs vis à vis de l'alcool. Puis il est décrit qu'ils vont changer d'avis sans que les causes de cette évolution puissent être expliquées. L'impact des publicités indirectes est décrit comme une cause possible, d'autant qu'elles s'inscrivent dans des contextes appréciés des jeunes adolescents.

Un médecin dans l'entretien N°11, suggérait de modifier les représentations sociales, en commençant par la voie politique. En effet, les boissons alcoolisées sont considérées comme des marchandises. Leur production et leur vente sont des éléments importants de l'économie de nombreux pays européens ; elles représentent des emplois pour de nombreuses personnes, des recettes d'exportation pour des entreprises et d'importantes taxes pour les pouvoirs publics. Ces intérêts économiques et fiscaux influent souvent beaucoup sur des politiques qui peuvent être considérés comme des entraves à des initiatives de santé publique.

Dans un article, Dr P.Batel [10], faisait part d'une démarche politique préventive ayant eu un impact majeur sur la santé : en Australie, le programme de prévention s'était lié sur 10 ans à une politique fiscale. L'argent récolté sur la taxe sur le verre d'alcool était directement reversé aux campagnes de prévention. A l'arrêt de cette démarche, la mortalité liée à l'alcool a augmenté.

Mais est-ce bien moral, dans notre pays de lutter contre l'alcool avec de l'argent issu de cette même consommation ?

L'OMS [37], constatait en 2010, une prise de conscience des décideurs politiques mondiaux du problème alcool, face aux résultats d'études remises. Des actions ont été mises en œuvre mais jugées insuffisantes et fragmentées ne répondant pas à la demande. Elle constate également que les décideurs n'estiment pas hautement prioritaire de prévenir et de réduire

l'usage nocif de l'alcool malgré les éléments montrant clairement ses graves répercussions sur la santé publique. Cela marque un déni de nos politiques mondiales.

7-3 Remboursement des consultations psychologiques

Dans les centres de cure ambulatoire en alcoologie, les consultations psychologiques sont prises en charge par la CPAM. En revanche, dans le cadre d'une prise en charge unique avec le médecin généraliste, les psychologues cliniciens ne sont pas remboursés. Dans l'entretien N°6, le médecin suggérait le remboursement dans ce cadre. Dans le paragraphe l'alcool est un symptôme, nous avons montré qu'il existait souvent un syndrome dépressif associé. Il existe des réticences pour certains patients à consulter des centres spécialisés ou psychiatre, cela pourrait être une alternative afin d'encourager la prise en charge conjointe.

7-4 Autotests dans la salle d'attente

Dans l'entretien N°3, le médecin proposait de mettre à disposition des autotests dans la salle d'attente. Nous trouvons cela intéressant car le patient peut prendre conscience de façon choisie, en toute discrétion et revenir avec les résultats en interrogeant son médecin. Lors de nos déplacements, nous avons retrouvé dans une salle d'attente un autotest AUDIT-c. Nous pourrions ajouter avec ce test, un document informant sur l'usage nocif de l'alcool et également étendre aux cabinets libéraux de sage-femme, kinésithérapeute, et infirmier.

7-5 Partage d'expérience

Dans les éléments manquants à la formation, un médecin de l'entretien N°12, nous rapportait aller à des FMC afin de rencontrer les spécialistes, les connaître et faire le lien. Dans l'entretien N°10, le médecin demandait une actualisation des compétences avec des spécialistes.

Par exemple, le RAAMO (Réseau Alcoologie Alpes Maritimes Ouvert) a pour but d'optimiser l'offre de soin et d'aide aux personnes en difficulté avec l'alcool, et comme principal objectif de formaliser, puis de gérer, le Réseau « Alcoologie » des Alpes-Maritimes.

Elle réunit toutes les personnes, groupes, ou institutions, dont la fonction est d'aider les personnes en difficulté avec l'alcool (elles-mêmes ou leur entourage), centres de

consultations et de soins ambulatoires spécialisés, amicales d'anciens buveurs, services hospitaliers spécialisés, cliniques spécialisées, etc, de façon mensuelle. Leur regroupement volontaire en association doit permettre une meilleure collaboration entre les intervenants, une meilleure orientation de la personne en difficulté, donc une aide plus précoce et plus adaptée.

Le RAAMO est aussi en relation plus forte avec les autres réseaux existants et intervenants de terrain non spécialisés, médecins de ville, services sociaux, médecins du travail, qui se trouvent souvent démunis ou mal informés envers un problème d'alcool.

Cette initiative remarquable, pourrait être établit de façon similaire dans chaque département ou région. Les médecins généralistes se sentiraient moins isolés.

7-6 Continuer d'informer

La plupart des suggestions recueillies sont évoquées dans les éléments manquants de la formation. La majorité des médecins interrogés demandaient plus de FMC notamment sur le soutien psychologique, les moyens communicationnels, et médicamenteux. Souffrant d'un manque de temps, décourageant certains médecins à s'y rendre, nous pourrions imaginer, la mise en place de délégués médicaux se rendant aux cabinets pour produire une formation accélérée sur les actualités en matière d'alcoologie.

Continuer d'informer, en matière de prévention, la population également par les médias, affiches publicitaires dans les maisons médicales. Mais aussi dans les écoles. En effet, nous pensons qu'il est important de sensibiliser dès le plus jeune âge, en débanalisant l'alcool. En effet, les adolescents jugés plus vulnérables en souffrent également.

Un programme appelé STARS (Start Taking Alcohol Risks Seriously) [38] a montré des résultats satisfaisants chez des adolescents américains. Deux groupes ont été comparés (un groupe ayant bénéficié du programme et un groupe témoin sans programme). Ce programme Stars, qui nécessite la participation active des adolescents et le consentement de leurs parents, comporte tout d'abord un entretien individuel, avec une infirmière formée et qui informe chaque adolescent des méfaits de l'alcool. Quelques semaines après, les parents de ces adolescents reçoivent des cartes postales leur précisant la nature des messages à utiliser auprès de leurs enfants. En début d'année scolaire suivante, chaque enfant bénéficie à nouveau d'une consultation avec l'infirmière et au printemps suivant, l'adolescent reçoit quatre devoirs à faire à la maison portant sur les connaissances des risques liés à l'alcool et

sur la communication parents-enfants dans le cadre de la prévention des risques d'addiction à divers produits, dont notamment l'alcool.

Les résultats à court terme sont encourageants : ainsi, 5 % des adolescents du groupe intervention déclaraient avoir l'intention de consommer de l'alcool dans les 6 prochains mois contre 18 % dans le groupe témoin. Une différence tout aussi significative existait entre les deux groupes interrogés sur leurs intentions vis à vis de l'alcool à plus long terme.

Cette étude montre qu'elle est acceptable pour les adolescents et les parents mais également faisable. Nous pourrions faire de même sur notre territoire.

7-7 Tarification spéciale pour l'acte de prévention et de dépistage en alcoologie

Cette suggestion n'a pas été mise en évidence lors de notre analyse de données. Le manque de rémunération n'a pas été évoqué dans les obstacles de prise en charge de notre étude. Nous envisageons un manque de réponse dans ce sens par la méthode de recueil. Car elle a été retrouvée dans la littérature [21] [22]. Pour lutter également contre la sous-évaluation de la consommation excessive d'alcool, nous pourrions sensibiliser le médecin généraliste au repérage, en créant une tarification de cet acte. D'autant plus justifiée par le temps que le médecin consacrerait aux tests de repérage et au plan d'une intervention brève.

CONCLUSION

Ce travail nous a permis de recueillir les ressentis et difficultés des médecins généralistes de Picardie vis à vis de la prise en charge du patient alcoolodépendant, ainsi que leurs suggestions afin de rendre efficace et durable la relation médecin-patient ainsi que la prise en charge.

Les médecins interrogés exprimaient le sentiment d'une relation complexe, un diagnostic et un suivi parfois de longue haleine, souvent freinés par des patients fuyants et non compliants.

Le rôle de premier intervenant et de médecin de famille est un atout dans le repérage et l'information donnée au patient. Mais il peut être un frein par sa proximité devant des patients ne faisant pas toujours la démarche de soin.

La sous-évaluation de la maladie elle-même ou des complications physiques, mentales et sociales, mis en évidence par les médecins interrogés, soit par un déni du médecin lui-même ou par un abord difficile de la maladie, entraîne une prise en charge inadaptée, pouvant laisser le médecin impuissant et démuni.

Les réseaux de soins en addictologie développés sont un recours pour le médecin généraliste en adressant le patient de manière systématique ou en cas de difficultés. Ils sont jugés inconséquents face à la demande, et laissent le médecin et le patient face à des délais longs. Cependant, l'arrivée de nouvelles molécules ouvrent de nouvelles perspectives de prise en charge ambulatoire. Mais leurs manipulations sont hésitantes par manque de formation et d'information.

Les médecins suggéraient également plus de formations animées par des médecins spécialistes pour un partage d'expériences, dans l'abord, la prise en charge psychologique, le suivi et pharmaceutique, pour permettre une actualisation des connaissances ressenties comme limitées et inadaptées durant le cursus médical. Complétées par la visite d'un délégué de l'Assurance Maladie, au cabinet serait une solution face au temps de consultations surchargées en médecine libérale.

Depuis sa définition de l'alcoolisme en 1952, l'OMS tire la sonnette d'alarme dans son rapport du 12 mars 2014 en appelant les gouvernements à redoubler d'efforts pour éviter les décès et maladies liées à l'alcool.

Les médecins interrogés suggéraient de développer plus de structures spécialisées afin de diminuer les délais d'attentes, et en mettant à disposition plus de référents spécialistes pouvant répondre aux médecins généralistes en luttant ainsi face au sentiment d'isolement.

Rembourser la consultation psychologique sans rentrer dans une équipe de liaison souvent ressenti comme stigmatisant par le patient, accompagnerait le patient dans une prise en charge conjointe.

Continuer d'informer en mettant à disposition des autotests dans les salles d'attentes médicales et paramédicales.

Valoriser l'acte de dépistage et de prévention serait le début d'une sensibilisation pour tous, face au problème alcool.

Il reste encore beaucoup de travaux à réaliser sur le sujet. Etudier l'impact sur le dépistage et la prise en charge du patient alcoolo-dépendant après une formation accélérée par un délégué médical est une piste à envisager.

BIBLIOGRAPHIE

1. Définition de l'OMS de 1952. Disponible en ligne sur le site de l'OMS : www.who.int/fr/
2. Caillaud F. Repérage d'une consommation d'alcool à risque en médecine générale. [Thèse d'exercice]. Faculté de médecine de Limoges ; 2014.
3. Antunes-Robert C. Prévalence d'une consommation excessive d'alcool chez la personne de 65 ans et plus en médecine générale. [Thèse d'exercice]. Faculté de médecine de Paris VII ; 2012.
4. Terrade P. Attentes des patients alcoolo-dépendant vis à vis de leur médecin généraliste, avant et après sevrage. [Thèse d'exercice]. Faculté de médecine de Poitiers ; 2009.
5. Glaser B, Strauss A. Discovery of Grounded Theory : Strategy for qualitative Research. Aldine transaction ed. Chicago 1967.
6. Guide de bon usage de l'analyse par théorisation ancrée par les étudiant de médecine. [en ligne]. Hennebo N ; 2009. [cité le 2 octobre 2013] disponible : www.theorisationancree.fr/guidell.pdf
7. Raux G. La communication du médecin généraliste face au patient alcoolique en phase de déni. [Thèse d'exercice]. Faculté de médecine de Lille ; 2009.
8. Charon F et G Van Woensel. Le déni : un symptôme de l'alcoolisme. Revue de la Médecine Générale- Février 2000 numéro 170.
9. Saint Gully J. Le rôle du médecin généraliste. Prise en charge de l'alcoolisme. Actualité et dossier en santé publique-Septembre 1998 ; n°24 :54-55.

10. Batel P. Changer les représentations de l'alcool et des soins. La santé de l'homme. Rubrique qualité de vie ; n°396.
11. HAS- Haute Autorité de Santé [en ligne] Repérage précoce et intervention brève en addictologie en premiers recours. Note de cadrage Mars 2014. Disponible sur www.HAS-sante.fr
12. Fleming MF, Mundt MP, French MT, Manwell LB, Stauffacher EA, Barry KL. Benefit cost analysis of brief physician advice with problem drinkers in primary care. Am J Red 2000 ; 38 : 7-18.
13. Groupe d'experts réunis par l'INSERM. Expertise collective : alcool, dommages sociaux, abus et dépendance. [Ouvrage]. 2002 : 306-309.
14. Maurat F. repérage précoce et intervention brève des mésusages d'alcool. Etude de faisabilité de 97 médecins généralistes girondins sur une année. [Thèse d'exercice]. Faculté de médecine de Bordeaux ; 2006.
15. 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. Revue du praticien ; Médecine générale-October 2002 ; 16 : 1488-1492.
16. Huas D, Rueff B. Abord clinique des malades de l'alcool. [livre] ; p 22.
17. Miller NS, Sheppard LM, Coberda CC, Meger J. why physician are unprepared to treat patients who have alcohol and drug related disorders. Academic Medecin-May 2001 ; 76 : 410-418. Disponible en ligne : www.medicalmastermed-community.com
18. Parler d'alcool avec son patient en médecine générale. Simple ou gênant ? Médecine-Février 2011-volume 7- numéro 2.
19. Aeschbach C. Le patient alcoolique difficile. Forum Med Suisse 2012 ; 12 (46) 893-896.

20. Huas D, Allemand H, Demeaux JL, Pessione F, Rueff B. Suivi et assiduité à un an des malades de l'alcool en médecine générale. Revue du praticien. Médecine générale-1996 n° 352 : 20-23.
21. Naudet M. Prévention, dépistage et prise en charge précoce du problème d'alcool en médecine générale : essai d'analyse d'un problème collectif. [Mémoire d'addictologie]. Faculté de médecine de Paris VIII ; Novembre 2004.
22. Groppi M. Parler d'alcool avec son patient en médecine générale : Etude qualitative auprès de 85 médecins généralistes. Médecine- Février 2011- volume 7- numéro 2. Disponible sur : www.jle.com
23. UNODC- United Nations Office on Drug Crime. Rapport annuel de février 2013. Disponible sur www.unodc.org
24. Jones DJ. Alcoolisme et violence : dangerosité et relation médecin-malade. Revue Med Suisse- 2011 ; 1455-1457.
25. Bras PL, Ricordeau P, Roussille B, Saintoyant V. L'information des médecins généralistes sur le médicament. Rapport RM 2007 ; 136p. disponible sur : www.ladocumentationfrancaise.fr
26. Halfen S, Vongmany N, Gremy I. Enquête alcool auprès des médecins généralistes libéraux. Rapport de l'Observatoire Régional de la Santé Février 2002. Disponible sur www.ors-idf.org
27. SFMG- Société française de médecine générale. Données de l'observatoire de la médecine générale. Revue du Prat MG-2004 ; 18 : 560 et 650-651.
28. Huas D, Rueff B. Abord clinique des malades de l'alcool. [livre] ; p 37.
29. Witkiewitz K, Marlatt G. Relapse prevention for alcohol and drugs problems. University of washington. American psychologist-May/June 2004-volume 54-numéro 4 : 224-235. Disponible en ligne : www.adai.washington.edu

30. Babor TF, Higgins-Biddle JC. Alcohol screening and brief intervention : dissemination strategy for medical practice and public health. *Addiction*-2000 ; 95 :677-686. Disponible sur www.pubmed.gov
31. Yarnall k, Pollak K, Krause KM, Michener JL. Primary care is there enough time for prevention ? *AM J Public*-2003 ; 93 :635-641. Disponible sur www.pubmed.gov
32. Rapport d'information N° 2385 par le comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques sur l'évaluation de la lutte contre l'usage des substances illicites. [en ligne]. www.assemblée.nationale.fr
33. Rouyer S. Un point sur la formation des médecins généralistes en addictologie. [Thèse d'exercice]. Rhône-Alpes ; 2006.
34. Loi Evin du 10 janvier 1991, relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme. [en ligne]. www.anpaa-asso.fr
35. « Quand la publicité se joue de la loi Evin ». *Actualités Alcool* Mai/Juin 2003 ; n°13.
36. Lefebvre T et coll. Les images publicitaires pro-alcool depuis la loi Evin et leurs effets sur le destinataire, principalement sur les jeunes adultes. In : *La loi relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme. Rapport d'évaluation*. Disponible en ligne sur : www.commissariatgénéralduPlan/LaDocumentationFrançaise.fr
37. OMS-Organisation Mondiale de la Santé. Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool. Bibliothèque de l'OMS-2010. Disponible en ligne : www.who.int.org
38. Werch CE. One year follow up results of the STARS (Start Taking Alcohol Risks Seriously) for family alcohol prevention program. *Health education research* 2003 ; 18 : 74-87. Disponible en ligne : www.orfordjournals.org

ANNEXES

1-Script d'entretien

Présentation du sujet :

L'entretien fait partie de mon travail de thèse qui traite de la prise en charge du patient alcoolique par le médecin généraliste, en particulier ses abords, ses difficultés rencontrées afin de comprendre les facteurs qui rendent cette approche si particulière.

Car en effet, le médecin généraliste, par sa polyvalence est amené à aborder plusieurs aspects de la maladie et donc a un rôle primordial. Mais certains aspects de la maladie alcoolique laissent envisager les grandes difficultés de prise en charge médecin-patient.

Les entretiens que je réalise ont pour but d'identifier le ressenti, les difficultés et les différents obstacles de la prise en charge d'un patient alcoolique, afin de rendre durable la relation médecin-patient.

Bien entendu, tout ce qui sera dit au cours de cet entretien reste absolument confidentiel et anonyme. Si je vous propose d'enregistrer l'entretien c'est pour faciliter le recueil de donnée et la discussion.

La durée de l'entretien ne dépassera pas vingt minutes.

Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse, ce que je cherche à savoir c'est votre expérience personnelle.

1) caractéristiques de l'interviewé :

Homme femme

Urbain rural

Expérience professionnelle : < 10 ans ou >20 ans

2) représentation médicale du patient alcoolique :

Comment voyez-vous la relation médecin/patient alcoolique ?

Quel rôle pensez vous avoir ?

Quelle est votre expérience personnelle et vos ressentis lors de la prise en charge d'un patient alcoolique ?

3) Formation dispensée aux médecins

Que pensez-vous personnellement, des cours d'addictologie dispensée lors de vos études, ou formation continue ?

Quels éléments vous manquent-ils lors de la pris en charge ?

4) dynamique de prise en charge

Quelles sont les difficultés et les obstacles que vous rencontrez dans votre pratique ?

Quelles craintes ou hésitations avez-vous avant de prendre en charge un patient alcoolique ?

Quelle est votre attitude face à une rechute ?

Quels sont vos recours lorsque vous êtes en difficulté ?

Quelles seraient vos suggestions pour améliorer votre pratique ?

2- Questionnaire de repérage

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	

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.

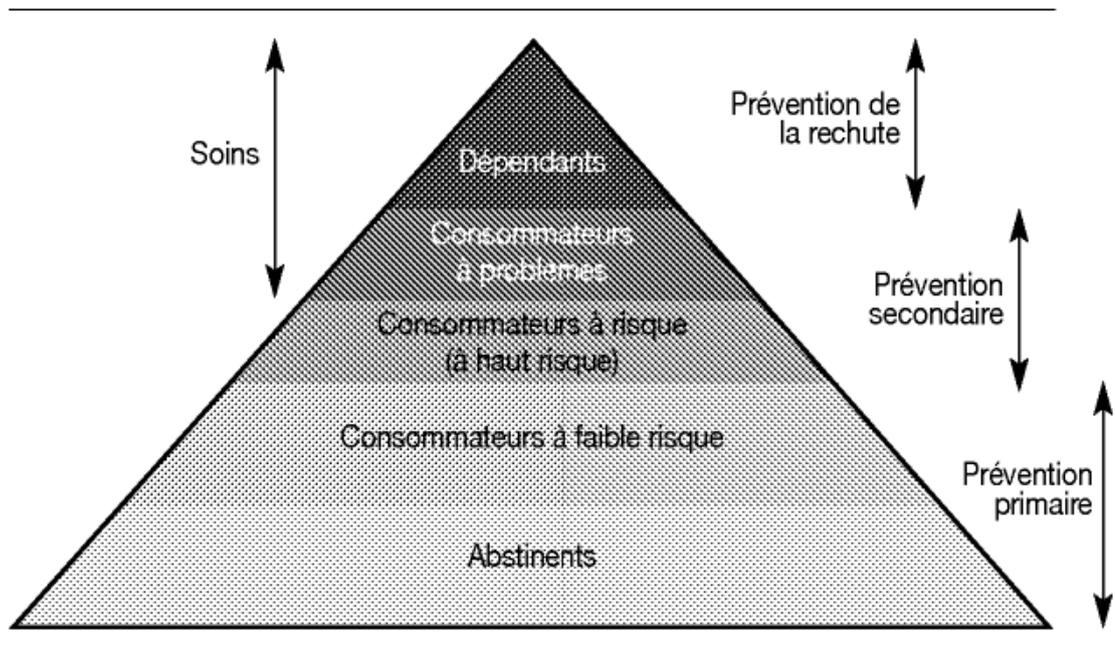
Test AUDIT-c

1. Combien de fois vous arrive t-il de consommer de l'alcool (par mois ou par semaine) ?
(0) Jamais, (1) une fois par mois, (2) 2 à 3 fois par mois, (3) 2 à 3 fois par semaine, (4) 4 ou + par semaine
2. Combien de verres standards buvez vous au cours d'une journée ordinaire où vous consommez de l'alcool ?
(0) 1-2, (1) 3-4, (2) 5-6, (3) 7 -9, (4) 10+
3. Combien de fois vous arrive t-il de boire 6 verres standard au cours d'une même occasion ?
(0) Jamais, (1) moins d'une fois par mois,(2) une fois par mois, (3) une fois par semaine, (4) chaque ou presque

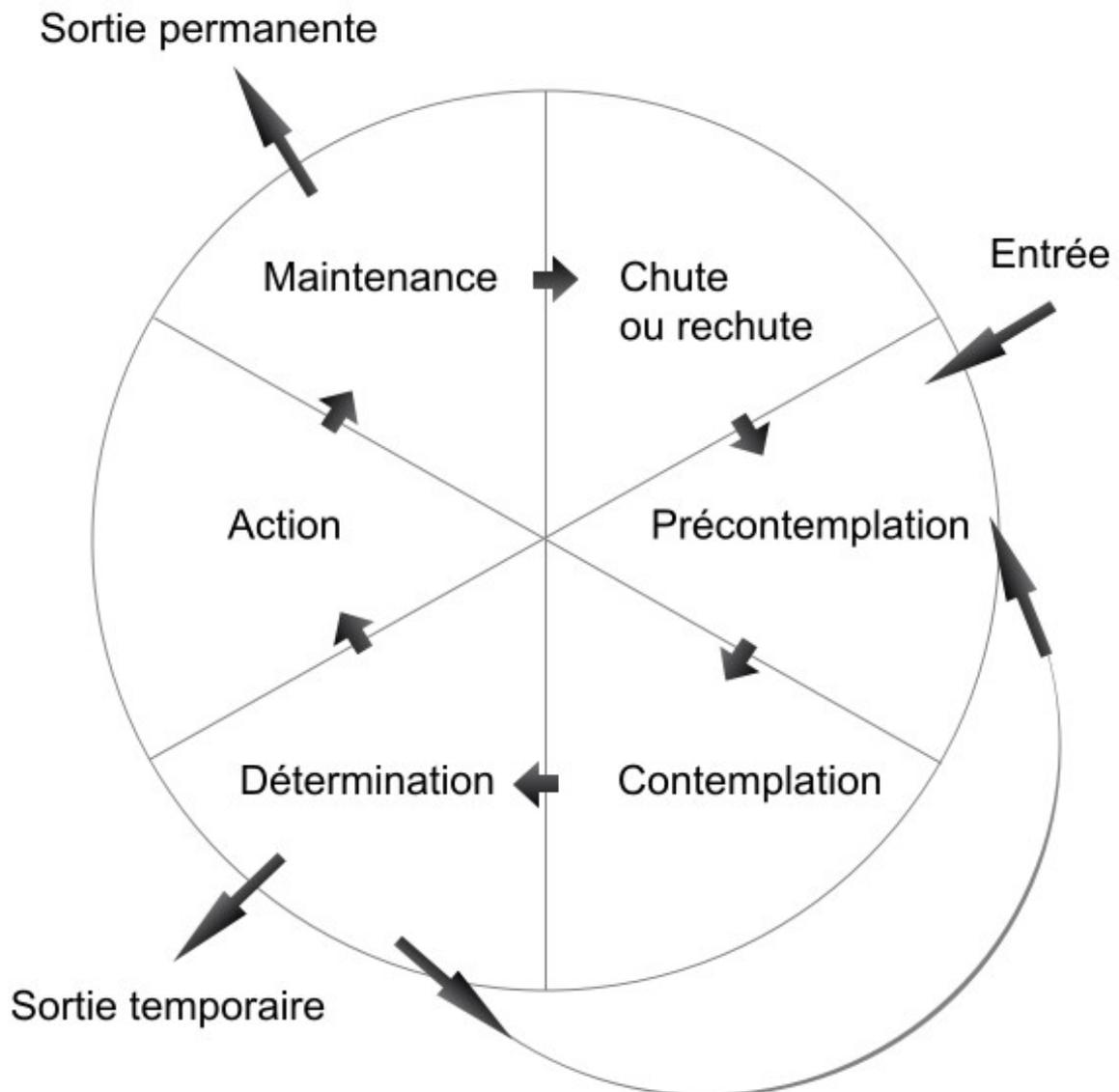
Cotation 0 à 12

Risque de consommation excessive d'alcool, > 4 chez l'homme, > 3 chez la femme

3- Pyramide de Skinner



4- Cercle de Prochaska et Di Clemente



- Le stade de pré-contemplation correspond à un sujet qui n'a aucune intention de changer son comportement et n'est pas, globalement, conscient de son problème (exemple : le patient dit qu' « il n'a pas de problème avec l'alcool ») ;
- Le stade de contemplation correspond à un sujet qui est conscient de l'existence d'un problème et qui pense sérieusement à le régler mais qui n'a pas encore décidé d'agir (exemple : « j'arrête quand je veux ») ;
- Le stade de détermination correspond à un sujet qui envisage une action dans les prochains mois et a tenté une action sans réussite dans l'année passée. Il se prépare à l'action

par des tests de modification de son comportement (exemple : « il faudrait que j'arrête ») ;

- · Le stade d'action correspond à un individu qui modifie son comportement avec réussite face à la dépendance sur une période de 1 jour à 6 mois (exemple : « je souhaite arrêter, j'ai besoin d'aide ») ;
- · La phase de maintien correspond à un sujet qui s'efforce de prévenir une rechute et ainsi de consolider les progrès effectués pendant la phase d'action ; pour certains, cette phase dure toute la vie et correspond alors à la phase d'achèvement (on va repérer les situations à risque)
- · En cas de rechute, le patient repasse par la phase de détermination ou celle de contemplation et exceptionnellement par la phase de pré- contemplation. Au fur et à mesure des tentatives de sevrage, les chances de réussite augmentent.

5- Annuaire des CCAA, ELSA

Aisne - 02	Domaines	Secteurs
<p>Centre de soins APTE - APTE</p> <p>2, rue du Général Dutour de Noirfosse Château des Ruisseaux 02880 Bucy-le-Long</p> <p>Téléphone : 03 23 72 22 80 - ass.apte@wanadoo.fr</p>	<p>Toxicomanie Alcoologie</p>	<p>HEBERGEMENT THERAPEUTIQUE</p> <p>SOIN PROFESSIONNEL PREVENTION INSERTION</p>
<p>Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie - Centre d'Hygiène Alimentaire - Centre d'hygiène alimentaire</p> <p>1, avenue de la République 02400 Château- Thierry Téléphone : 03 23 83 40 55 - cha5@wanadoo.fr</p>	<p>Alcoologie</p>	<p>PREVENTION SOIN INSERTION</p>
<p>Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie - Centre d'Hygiène Alimentaire</p> <p>- Centre d'hygiène alimentaire</p> <p>25, rue de Guise 02500 Hirson Téléphone : 03 23 58 00 69 - cha3@wanadoo.fr</p>	<p>Alcoologie</p>	<p>PREVENTION SOIN</p>
<p>Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie - Centre d'Hygiène Alimentaire</p> <p>- CCAA-CHA</p> <p>40, rue Serrurier 02000 Laon</p> <p>téléphone : 03 23 79 42 43 - CHA2@wanadoo.fr</p>	<p>Alcoologie</p>	<p>PREVENTION SOIN PROFESSIONNEL</p>
<p>Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie - ELSA</p> <p>Centre hospitalier 33, rue Marcelin Berthelot 02001 Laon cedex</p> <p>Téléphone : 03 23 24 38 38 - secret.addictologie@ch-laon.fr</p>	<p>Alcoologie Tabacologie Toxicomanie Addictologie</p>	<p>PREVENTION SOIN INSERTION</p>
<p>Centre Régional d'Alcoologie de Picardie - CRAP</p> <p>Etablissement Public de Santé Mental de l'Aisne Centre hospitalier - secteur 02A 01</p>	<p>Alcoologie</p>	<p>PREVENTION SOIN INSERTION</p>

CRAP 02320 Prémontré		
Téléphone : 03 23 23 67 34 - www.epsmd-aisne.fr		
Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie - Centre d'Hygiène Alimentaire -CCAA-CHA	Alcoologie	PREVENTION SOIN PROFESSIONNEL
33, avenue Faidherbe 02100 Saint-Quentin		
Téléphone : 03 23 67 19 87 - CHA1@wanadoo.fr		

Association Réseau Toxicomanie du Soissonnais - ARTS		
Centre Hospitalier 46, avenue du Général de Gaulle 02200 Soissons	Toxicomanie Alcoologie	SOIN
Téléphone : 03 23 75 74 38 - point.ecoute@ch-soissons.fr		
Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie - Centre d'Hygiène Alimentaire - CCAA-CHA	Alcoologie	PREVENTION SOIN PROFESSIONNEL INSERTION
2, rue des Francs-Boisiers 02200 Soissons		
Téléphone : 03 23 53 52 54 - CHAA4@wanadoo.fr		
Oise - 60	Domaines	Secteurs
Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie - CCAA		
9, rue de la Gare 60000 Beauvais	Alcoologie	PREVENTION SOIN
Téléphone : 03 44 45 81 13 - comite60@anpa.asso.fr		
Equipe d'alcoologie de liaison du CHG de Beauvais - ELSA		
Centre hospitalier général Avenue Léon Blum - B.P. 40319 60003 Beauvais	Alcoologie	PREVENTION SOIN
Téléphone : 03 44 11 21 21 - elsa@ch- beauvais.fr		

<p>Service de gastrologie et alcoologie</p> <p>Centre hospitalier général Avenue Léon Blum - B.P. 40319 60003 Beauvais cedex</p> <p>Téléphone : 03 44 11 24 19 - elsa@ch-beauvais.fr</p>	Alcoologie	SOIN PREVENTION
<p>Centre d'Accueil et de Soins des Conduites Addictives - CASA</p> <p>Centre Hospitalier Général 50, rue du Général de Gaulle 60600 Clermont-de-l'Oise</p> <p>Téléphone : 03 44 77 33 89 - jean-jacques.pik@ch-clermont.fr</p>	Toxicomanie Alcoologie	SOIN PREVENTION PROFESSIONNEL
<p>Service d'alcoologie</p> <p>Centre hospitalier Rue Frédéric Raboisson 60607 Clermont-de-l'Oise</p> <p>Téléphone : 03 44 77 33 00 - jean-jacques.pik@ch-clermont.fr</p>	Alcoologie	PREVENTION SOIN
<p>Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie - CCAA</p> <p>2, place Carpeaux BP 50603 60200 Compiègne</p> <p>Téléphone : 03 44 86 00 20</p>	Alcoologie	PREVENTION SOIN

<p>Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie - CCAA</p> <p>Centre hospitalier ZAC de Merciers - 8, avenue Henri Adnot 60200 Compiègne</p> <p>Téléphone : 03 44 23 62 96</p>	Alcoologie	PREVENTION SOIN PROFESSIONNEL INSERTION
<p>Equipe d'alcoologie de liaison</p> <p>Centre hospitalier Compiègne 8, avenue Henri Adnot 60210 Compiègne</p> <p>Téléphone : 03 44 23 60 00</p>	Alcoologie	PREVENTION SOIN PROFESSIONNEL

Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie - CCAA 16, boulevard Edouard Branly 60100 Creil Téléphone : 03 44 61 10 11 Service d'alcoologie	Alcoologie	PREVENTION SOIN PROFESSIONNEL
Centre hospitalier Laënnec 60100 Creil Téléphone : 03 44 61 65 00	Alcoologie	PREVENTION SOIN
Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie - CCAA Centre médico-social 14, rue Jean-Jacques Rousseau 60800 Crépy-en-Valois Téléphone : 03 44 86 00 20	Alcoologie	PREVENTION SOIN
Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie - CCAA Centre hospitalier 1, rue Henri Barbusse 60110 Méru Téléphone : 03 44 52 38 58	Alcoologie	PREVENTION SOIN
Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie - CCAA Centre hospitalier de Noyon - Avenue Alsace-Lorraine 60400 Noyon Téléphone : 03 44 44 10 20	Alcoologie	PREVENTION SOIN
Somme - 80	Domaines	Secteurs
Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie - CCAA 15, rue du Pont-d'Amour 80100 Abbeville Téléphone : 03 22 24 73 06	Alcoologie	PREVENTION SOIN PROFESSIONNEL
Service d'addictologie Centre hospitalier - 43, rue de l'Isle 80142 Abbeville Téléphone : 03 22 25 57 74 - wilquin.marousia@abbeville.fr	Alcoologie Toxicomanie Addictologie	PREVENTION SOIN INSERTION PROFESSIONNEL

Centre de Cure Ambulatoire en Alcoolologie - CCAA 29, rue Lamarck 80000 Amiens Téléphone : 03 22 22 57 22 - ccaamiens@anpa.asso.fr	Alcoolologie	PREVENTION SOIN
Clinique d'alcoolologie - SESAME Centre Hospitalier Pinel - 464, rue Saint-Fuscien 80000 Amiens Téléphone : 03 22 53 46 32	Alcoolologie	PREVENTION SOIN INSERTION
Clinique d'alcoolologie Sésame - SESAME 464, rue Saint Fuscien 80000 Amiens Téléphone : 03 22 53 46 32	Alcoolologie	SOIN PREVENTION PROFESSIONNEL HEBERGEMENT THERAPEUTIQUE INSERTION
Unité mobile d'alcoolologie CHU - Hôpital Nord - place Victor Pauchet 80054 Amiens cedex 1 Téléphone : 03 22 66 88 83	Alcoolologie	SOIN INSERTION
Centre de Cure Ambulatoire en Alcoolologie - CCAA 17, rue Verlaine 80130 Fréville Escarbautin Téléphone : 03 22 20 18 90	Alcoolologie	PREVENTION SOIN PROFESSIONNEL
Service d'alcoolologie Centre hospitalier - 56, rue de Verdun - B.P. 78 80400 Ham Téléphone : 03 23 81 40 40 - elsa@ch-ham.com	Toxicomanie Alcoolologie	PREVENTION SOIN
Centre de Cure Ambulatoire en Alcoolologie - CCAA	Alcoolologie	PREVENTION SOIN INSERTION

12, place d'Estourel 80200 Péronne Téléphone : 03 22 84 96 81 - caperonne@anpa.asso.fr		
Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie - CCAA 19, rue Annonciades 80700 Roye Téléphone : 03 22 87 84 10 - caroye@anpa.asso.fr	Alcoologie	SOIN PREVENTION INSERTION
Service mobile d'alcoologie et toxicomanie Centre Hospitalier - 23, rue Jules Brûlé 80230 Saint-Valéry Téléphone : 03 22 60 28 00	Toxicomanie Alcoologie	PREVENTION SOIN INSERTION PROFESSIONNEL

7. Entretiens

Les entretiens se trouvent sur le CD Rom ci joint.