

Vécu de la prise en charge des patients en trouble moyen à sévère d'alcool par les médecins généralistes des Alpes-Maritimes : étude qualitative auprès de 18 médecins généralistes

Maëva Grieco

▶ **To cite this version:**

Maëva Grieco. Vécu de la prise en charge des patients en trouble moyen à sévère d'alcool par les médecins généralistes des Alpes-Maritimes : étude qualitative auprès de 18 médecins généralistes. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01553100

HAL Id: dumas-01553100

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01553100

Submitted on 5 Oct 2017

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 NICE-SOPHIA-ANTIPOLIS

Faculté de Médecine de NICE

THESE

Pour l'obtention du diplôme d'état de

Docteur en Médecine

Vécu de la prise en charge des patients en trouble moyen à sévère d'alcool par les médecins généralistes des Alpes-Maritimes

Etude qualitative auprès de 18 médecins généralistes

Thèse présentée et soutenue publiquement le 16 décembre 2016 par

Melle GRIECO Maëva, née le 13 juillet 1988 à Nice, France

Membres du jury :

Monsieur le Professeur Philippe HOFLIGER	Président du Jury
Monsieur le Professeur Michel BENOIT	Assesseur
Monsieur le Professeur Albert TRAN	Assesseur
Monsieur le Docteur Faredj CHERIKH	Assesseur
Monsieur le Docteur Jean NOUCHI	Directeur de thèse

UNIVERSITE DE NICE-SOPHIA-ANTIPOLIS

Faculté de Médecine de NICE

THESE

Pour l'obtention du diplôme d'état de

Docteur en Médecine

Vécu de la prise en charge des patients en trouble moyen à sévère d'alcool par les médecins généralistes des Alpes-Maritimes

Etude qualitative auprès de 18 médecins généralistes

Thèse présentée et soutenue publiquement le 16 décembre 2016 par

Melle GRIECO Maëva, née le 13 juillet 1988 à Nice, France

Membres du jury :

Monsieur le Professeur Philippe HOFLIGER	Président du Jury
Monsieur le Professeur Michel BENOIT	Assesseur
Monsieur le Professeur Albert TRAN	Assesseur
Monsieur le Docteur Faredj CHERIKH	Assesseur
Monsieur le Docteur Jean NOUCHI	Directeur de thèse

UNIVERSITE DE NICE-SOPHIA-ANTIPOLIS

Faculté de Médecine

Liste des professeurs au **1er septembre 2016** à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen	**M. BAQUÉ Patrick**
Vice-Doyen	M. BOILEAU Pascal
Assesseurs	M. ESNAULT Vincent M. CARLES Michel Mme BREUIL Véronique M. MARTY Pierre
Conservateur de la bibliothèque	Mme DE LEMOS Annelyse
Directrice administrative des services	Mme CALLEA Isabelle
Doyens Honoraires	M. AYRAUD Noël M. RAMPAL Patrick M. BENCHIMOL Daniel

Professeurs Honoraires

M ALBERTINI Marc
M. BALAS Daniel
M. BATT Michel
M. BLAIVE Bruno
M. BOQUET Patrice
M. BOURGEON André
M. BOUTTÉ Patrick
M. BRUNETON Jean-Noël
Mme BUSSIERE Françoise
M. CAMOUS Jean-Pierre
M. CANIVET Bertrand
M. CASSUTO Jill-patrice
M. CHATEL Marcel
M. COUSSEMENT Alain
Mme CRENESSE Dominique
M. DARCOURT Guy
M. DELLAMONICA Pierre
M. DELMONT Jean
M. DEMARD François
M. DOLISI Claude
M. HARTER Michel
M. INGLESAKIS Jean-André
M. JOURDAN Jacques
M. LALANNE Claude-Michel
M. LAMBERT Jean-Claude
M. LAZDUNSKI Michel
M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. LE BAS Pierre
M. LE FICHOUX Yves
Mme LEBRETON Elisabeth
M. LOUBIERE Robert
M. MARIANI Roger
M. MASSEYEFF René
M. MATTEI Mathieu
M. MOUIEL Jean
Mme MYQUEL Martine
M. OLLIER Amédée
M. ORTONNE Jean-Paul
M. SAUTRON Jean Baptiste
M. SCHNEIDER Maurice

M . FRANCO Alain
M. FREYCHET Pierre
M. GÉRARD Jean-Pierre
M. GILLET Jean-Yves
M. GRELLIER Patrick
M. GRIMAUD Dominique
M. TOUBOL Jacques
M. TRAN Dinh Khiem
M VAN OBBERGHEN Emmanuel
M. ZIEGLER Gérard

M.C.A. Honoraire

Mlle ALLINE Madeleine

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques
M. BASTERIS Bernard
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie
Mme DONZEAU Michèle
M. EMILIOZZI Roméo
M. FRANKEN Philippe
M. GASTAUD Marcel
M.GIRARD-PIPAU Fernand
M. GIUDICELLI Jean
M. MAGNÉ Jacques
Mme MEMRAN Nadine
M. MENGUAL Raymond
M. PHILIP Patrick
M. POIRÉE Jean-Claude
Mme ROURE Marie-Claire

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M.	BENCHIMOL Daniel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DESNUELLE Claude	Biologie Cellulaire (44.03)
Mme	EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)
M.	FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GASTAUD Pierre	Ophtalmologie (55.02)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénéréologie (50.03)
M.	LEFTHERIOTIS Geogres	Physiologie- médecine vasculaire
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M.	PRINGUEY Dominique	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	TRAN Albert	Hépato Gastro-entérologie (52.01)

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)

M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
Mme	ICHAI Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophtalmologie (55.02)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
Mlle	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CARLES Michel	Anesthésiologie Réanimation (48.01)
M.	CHEVALIER Nicolas	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	DELLAMONICA Jean	réanimation médicale (48.02)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénéréologie (50-03)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M.	ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	ROUX Christian	rhumatologie (50.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M.	HOFLIGER Philippe	Médecine Générale (53.03)

MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

M.	DARMON David	Médecine Générale (53.03)

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme	LANDI Rebecca	Anglais
Mme	ROSE Patricia	Anglais

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M	DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M	FAVRE Guillaume	Néphrologie (52.03)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
M.	HUMBERT Olivier	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	LAMY Brigitte	Bactérilogie-virologie (45.01)
Mme	LEGROS Laurence	Hématologie et Transfusion (47.01)
Mme	LONG-MIRA Elodie	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
Mme	POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
Mme	SEITZ-POLSKI barbara	Immunologie (47.03)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

M.	DURAND Matthieu	Urologie (52.04)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M.	GARDON Gilles	Médecine Générale (53.03)
M.	GONZALEZ Jean-François	Chirurgie Orthopédique et traumatologie (50.02)
M.	PAPA Michel	Médecine Générale (53.03)
M.	WELLS Michael	Anatomie-Cytologie (42.03)

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

M	BALDIN Jean-Luc	Médecine Générale (53.03)
Mme	CASTA Céline	Médecine Générale (53.03)
Mme	MONNIER Brigitte	Médecine Générale (53.03)

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M.	BERTRAND François	Médecine Interne
M.	BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M.	CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme	FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M.	JAMBOU Patrick	Coordination prélèvements d'organes
M.	ODIN Guillaume	Chirurgie maxilo-faciale
M.	PEYRADE Frédéric	Onco-Hématologie
M.	PICCARD Bertrand	Psychiatrie
M.	QUARANTA Jean-François	Santé Publique

Remerciements

Merci aux membres de mon jury. Merci au Professeur Hofliger pour son soutien et sa patience. Merci aux Professeurs Benoit et Tran et au Docteur Cherikh, pour avoir eu la gentillesse d'accepter de juger mon travail. Merci pour tous leurs conseils.

Merci au Docteur Nouchi, pour avoir accepté de m'accompagner tout le long de cette thèse. Merci pour sa gentillesse et son écoute. Merci pour ces six mois passés ensemble au CSAPA Emergence, qui m'ont permis de grandir et m'auront changée à jamais.

Merci à tous les professionnels de santé qui ont marqué mon parcours jusqu'ici ; ils sont trop nombreux pour tous les citer, mais merci particulièrement à tout le personnel du service B de la Clinique des Sources et aux Docteurs Salvietti-Fenollar et Maillet pour avoir été les premiers, pour leur chaleur et leur bienveillance.

Merci à tout le personnel du CSAPA Emergence pour leur soutien, leur écoute et leur force. Leur travail est beau et important et leurs cœurs le sont encore plus.

Merci à la Clinique Saint Dominique. A ses merveilleux médecins et ses merveilleuses équipes paramédicales, les Docteurs Ingenuo, Aschehoug, Maurizi, Meliga, Collery, Roth et à tout le monde, à tout le monde. A tous les sourires, à tout le soutien, à toute la bienveillance, à toute la joie partagée dans les moments difficiles. Où en serais-je, sans vous tous ?

A ma tante, le Docteur Bastiani, pour avoir ouvert la porte du rêve.

A mes amis. A Océane, à Alizée, à Sophie, à Carol-Anne, et à tout le monde. A mes Piliers. Une maison ne se construit pas avec un seul mur, pas vrai ?

A ma famille. A mon frère adoré, à ma mère et sa gentillesse si brillante.

A mon père.

Table des matières

Remerciements 9
Abréviations utilisées 12
I. INTRODUCTION 14
II. GENERALITES 16
II.1/ Quantification de la consommation d'alcool : l'Unité Alcool 16
II.2/ Les seuils de consommation d'alcool 17
II.3/ Cas particulier du *binge drinking* 18
II.4/ Les troubles de l'usage d'alcool 18
II.5/ Les débuts de la lutte contre les méfaits de l'alcool : l'école 20
III. MATERIEL ET METHODE : 23
III.1/ Le type d'enquête 23
III.2/ La construction du guide d'entretien 23
III.3/ La population cible : le recrutement de l'échantillon 24
III.4/ L'analyse des *verbatim* 24
III.5/ La recherche bibliographique 25
IV. RESULTATS 26
IV.1/ Les données du panel de médecins généralistes 26
- La population étudiée 26
- Quelques données socio-économiques sur les patientèles 27

IV.2/ Les médecins et la prise en charge des problèmes alcool 27
- Formation sur l'addiction à l'alcool 28
- Les médecins et le réseau addictions des Alpes-Maritimes (GT06) 28
- Les médecins et les CSAPA (Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) 29

IV.3/ La prévalence du problème 30
IV.4/ Le ou les objectif(s) de prise en charge 30
- Objectifs de consommation (Figure 8) 30
- Les autres objectifs 32

IV.5/ Analyse des entretiens 32
- Obstacles liés au médecin (Figure 9) 32
- Obstacles liés au patient (Figure 10) 36
- Autres obstacles (Figure 11) 40
- Facteurs facilitants liés au médecin (Figure 12) 44
- Facteurs facilitants liés au patient (Figure 13) 47

- Autres facteurs facilitants (Figure 14) 49
- Ressources médicamenteuses 51
- Ressources non médicamenteuses au cabinet 52
- Personnes ou structures-ressources 53

V. DISCUSSION 57

V.1/ Les résultats 57

- L'objectif principal de l'étude : les obstacles, comparaison avec la littérature 57
- Manque de formation 58
- Manque de temps 58
- Les représentations des médecins généralistes 61
- Une limite « pathologique » du diagnostic difficile à définir 62
- L'objectif de consommation 63
- Les nouveaux médicaments 64
- Les examens complémentaires 64
- Les patients et la psychiatrie 64
- Les médecins généralistes et les CSAPA 65

V.2/ Les limites de l'étude 66

- La population étudiée 66
- Les biais 67

VI. CONCLUSION 68

VII. ANNEXES 69

Annexe 1 : Les questionnaires d'aide à la prise en charge 69

- Le questionnaire CAGE-DETA 69
- Les questionnaires AUDIT et AUDIT-C 69

Annexe 2 : Les critères DSM-IV 71

- Critères d'abus du DSM-IV 71
- Critères de dépendance du DSM-IV 71

Annexe 3 : Le cycle de Prochaska et DiClemente 73

Annexe 4 : Le questionnaire des données sociodémographiques 75

Annexe 5 : Première version du guide d'entretien 77

Annexe 6 : Deuxième version du guide d'entretien 79

Annexe 7 : La plaquette de contacts du Réseau GT06 81

Annexe 8 : Serment d'Hippocrate 86

VIII. BIBLIOGRAPHIE 87

RESUME 90

Abréviations utilisées

ANPAA : Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie.

API : Alcoolisation Ponctuelle Importante.

AUDIT : Alcohol Use Disorders Identification Test.

CAARUD : Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques chez les Usagers de Drogues.

CAGE-DETA : questionnaire Cut-down Annoyed Guilty Eye-opener (CAGE), ou, dans sa version française, Diminuer Entourage Trop Alcool (DETA).

CCAA : Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie.

CC : Centre de Cure.

CDT : Carboxy Deficient Transferrin.

CHU : Centre Hospitalier Universitaire.

CSAPA : Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie.

DSM IV et V : Diagnostic and Statistical Manual (of mental disorders) IV et V.

ECN : Epreuves Classantes Nationales.

FF : Facteur Facilitant.

FMC : Formation Médicale Continue.

GT06 : Réseau Addictions des Alpes-Maritimes.

HAL : Hyper Articles en Ligne.

HAS : Haute Autorité de Santé.

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

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

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

InVS : Institut de Veille Sanitaire.

MG : Médecin Généraliste.

Mx : Médecin numéro x. Numérotation des entretiens.

NIAAA : National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Economiques.

OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies.

OH : alcool.

OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

PACA : région Provence-Alpes-Côte d'Azur.

PEC : Prise En Charge.

RTU : Recommandation Temporaire d'Utilisation.

SFA : Société Française d'Alcoologie.

SPA : Substance Psycho-Active.

TSO : Traitement de Substitution aux Opiacés.

UA : Unité d'Alcool.

I. INTRODUCTION

Le trouble de l'usage de l'alcool est un problème de santé publique majeur.

C'est un problème fréquent : La consommation d'alcool diminue régulièrement en France depuis des décennies ; cependant, la consommation d'alcool pur française reste estimée en 2012 à 11,8 litres d'alcool par habitant et par an, contre 9,1 litres en moyenne dans les pays de l'OCDE. Ceci la place au troisième rang des plus gros buveurs de la zone OCDE derrière l'Estonie et l'Autriche.[1] 10% des français de 18 à 75 ans boivent de l'alcool tous les jours en 2014.[2] La première expérimentation avec l'alcool commence très précocement, avec, en 2010, plus de la moitié (59,3 %) des élèves en classe de sixième qui ont déjà goûté à une boisson alcoolisée et huit élèves sur dix (83,2 %) en classe de troisième. **Toutes classes confondues, environ un collégien sur six dit avoir déjà connu une ivresse alcoolique, avec des niveaux qui sont multipliés par cinq entre la sixième et la troisième (passant de 6,8 % à 34,0 %).**[3]

En médecine générale, 18% des patients adultes consultant pour n'importe quel motif seraient à risque d'une alcoolisation excessive, soit **quasiment un patient sur cinq**. Parmi eux, majoritairement des hommes, avec notamment deux hommes âgés de 35 à 64 ans sur cinq qui seraient concernés.[4]

C'est un problème grave : Deuxième cause de mortalité évitable après le tabac, la consommation d'alcool est responsable de **49000 décès par an en France, dont 40% surviennent avant 65 ans**. L'alcool est responsable de 13% de la mortalité totale masculine et 5% de la mortalité totale féminine. Les décès attribuables à l'alcool sont surtout des cancers (15000 décès) et des pathologies cardiovasculaires (12000 décès). S'y ajoutent notamment 8000 morts dues à des maladies digestives (cirrhoses) et autant dues à des accidents et suicides. Le reste relève d'autres maladies, dont des troubles mentaux liés à l'alcool.[5]

La consommation excessive d'alcool entraîne des dommages importants par la gravité des morbidités liées, mais aussi par son **impact dans la sphère publique, privée et professionnelle** : passages à l'acte violent, abus sexuels, accidents domestiques, de la route - c'est la première cause d'accidents de la route - et du travail, précarisation. De plus, l'alcoolisation fœtale est la première cause non génétique de handicap mental en France (1,3 pour 1000 naissances vivantes par an).[6]

C'est un problème sous-traité : Le taux médian d'absence de traitement, en Europe, des patients en situation d'usage abusif ou de dépendance à l'alcool est estimé à environ 92%, soit **8% seulement des patients qui seraient pris en charge.**[7]

Plusieurs études ont déjà été effectuées sur le dépistage de la dépendance alcoolique en médecine générale, avec notamment la mise en évidence de l'intérêt du dépistage précoce et de l'intervention brève.[8] [9] L'HAS a même réalisé un outil d'aide à l'intervention brève en décembre 2014 à destination des professionnels de santé.[10]

Il existe également des recommandations sur les modalités du sevrage. Les benzodiazépines gardent une place centrale dans la prévention du syndrome de sevrage alcoolique dans les dernières recommandations de la SFA.[11] Il est cependant important de préciser que, avec l'arrivée des traitements tels que le Baclofène® ou le Sélincro®, le dogme de l'abstinence est fortement remis en cause ces dernières années[12]. L'obtention d'une consommation alcoolique contrôlée semble un objectif plus facilement atteignable que l'abstinence totale et participe activement à la réduction des risques et des dommages liés à l'alcool. Par exemple, la réduction de la prise d'alcool de 56g/j (4 verres) à 28g/j (2 verres) s'accompagnerait dans les jours qui suivent d'une chute de la tension artérielle systolique de 2 à 4 mmHg selon les études.[13]

Ainsi notons-nous un manque d'études se rapportant à l'accompagnement même du patient, déjà dépisté, lors de la réduction de sa consommation d'alcool.

La problématique alcool est quelque chose qui me touche de très près, pour des raisons familiales et personnelles. En outre, j'en avais discuté avec l'un de mes maîtres de stage lors de mon stage chez le praticien, et elle m'avait exprimé sa difficulté face à cette prise en charge. Elle disait souvent se sentir démunie, et trouver son accompagnement auprès de ces patients peu efficace.

Ces observations, mon vécu personnel et mes recherches sur le sujet dans la littérature médicale m'ont ainsi conduite à me poser les questions suivantes : quels sont les obstacles rencontrés par le médecin généraliste dans l'accompagnement à la réduction de la consommation d'alcool chez ses patients en trouble moyen ou sévère d'alcool ? (consommateurs abusifs et dépendants selon l'ancienne nomenclature) Quels sont, au contraire, les facteurs facilitant cette prise en charge ? Quelles ressources utilise le médecin généraliste pour s'aider et que peut-il proposer pour améliorer cette prise en charge, lui qui se trouve en première ligne du parcours de soins ?

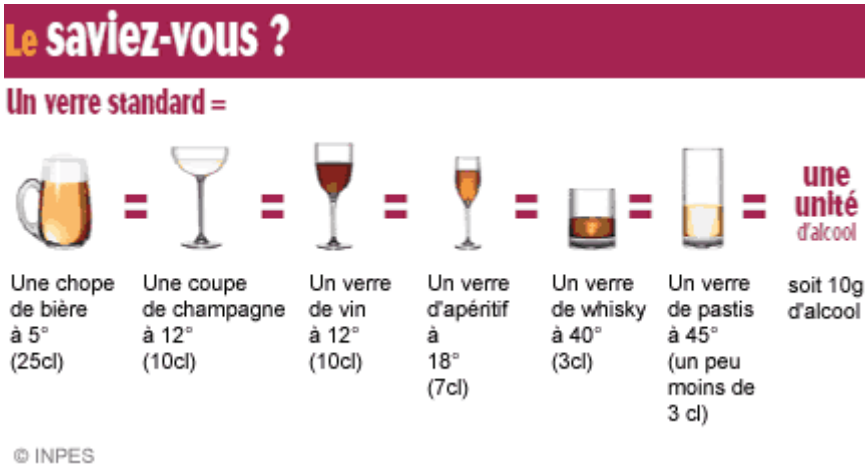
Ce travail souhaite apporter des pistes de réflexion concernant ce problème majeur de santé publique. Le trouble de l'usage d'alcool est un problème très fréquemment rencontré en médecine générale, et la gravité de ses complications potentielles justifie une prise en charge précoce. Ce travail aura ainsi pour objectif principal d'identifier les obstacles rencontrés par les médecins généralistes dans l'aide à la réduction des risques chez leurs patients en trouble moyen ou sévère d'alcool. Il aura pour objectifs secondaires, également, de recenser les facteurs facilitant cette prise en charge, les ressources médicamenteuses et non médicamenteuses utilisées par les médecins généralistes dans ce contexte et leurs propositions pour améliorer encore leur accompagnement de ces patients.

II. GENERALITES

II.1/ Quantification de la consommation d'alcool : l'Unité Alcool

La consommation d'alcool se chiffre en **Unités d'Alcool (UA)**. Une UA correspond à 10g d'alcool pur. C'est la quantité d'alcool contenue dans un verre standard servi en bar, et ce, quel que soit l'alcool concerné (**Figure 1**).

Figure 1



La dilution à l'eau ou l'ajout d'une autre boisson non alcoolisée n'influence pas cette quantité d'alcool.

On peut aussi se repérer en connaissant le nombre d'Unités d'Alcool contenues dans une bouteille (**Figure 2**).

Figure 2





Source : [14].

Ainsi, par exemple, quelqu'un qui boit une demi-bouteille de vin à 12° et une canette de bière à 10° par jour boira 7/2 + 4 = 7,5 unités d'alcool par jour. Quelqu'un qui boit trois verres de whisky en bar un soir boira l'équivalent de 3 unités d'alcool.

A noter qu'à la maison, on a tendance à se montrer plus généreux qu'en bar quand on se sert un verre d'alcool…

II.2/ Les seuils de consommation d'alcool

Différents repères de consommation problématique d'alcool, définis par des organisations sanitaires publiques nationales ou internationales (OMS, HAS, INPES…) cohabitent. En France, ces seuils de consommation limite sont présentés par la Haute Autorité de Santé comme étant en population adulte[15]:

- **2 verres standards maximum par jour pour les femmes**, soit 2UA par jour et 14UA par semaine au maximum.
- **3 verres standards maximum par jour pour les hommes**, soit 3UA par jour et 21UA par semaine au maximum.
- **4 verres standards maximum en une seule occasion**, quel que soit le sexe.

Il est également recommandé de s'abstenir de boire de l'alcool au moins un jour par semaine.[16]

II.3/ Cas particulier du *binge drinking*

Le ***binge drinking*** est la consommation massive et rapide d'alcool lors d'une seule occasion dans le but de rechercher l'ivresse ou la « défonce ». On lui donne aussi le nom d'**Alcoolisation Ponctuelle Importante (API)**. Selon l'Institut National américain sur l'Abus d'Alcool et l'Alcoolisme (NIAAA), le *binge drinking* est la consommation d'alcool nécessaire pour obtenir une alcoolémie supérieure ou égale à 0,8g/L, ce qui correspond en moyenne pour un adulte à 5 verres standards américains pour un homme et 4 verres standards américains pour une femme, le tout consommé en moins de deux heures.[17] En France, cela correspond à 7 verres d'alcool pur pour les hommes (soit 70g d'alcool) et 6 verres pour les femmes (60g).[18] L'OMS ramène cette définition à **la consommation, par quelqu'un de 15 ans au moins, de 60g d'alcool minimum en une seule occasion (moins de deux heures).[19]**

C'est un phénomène croissant en France, avec une augmentation des hospitalisations pour cause d'intoxication alcoolique aiguë entre 2006 et 2012 de plus d'un tiers.[20] Il concerne principalement les jeunes : la moitié des jeunes de 17 ans ont pratiqué le *binge drinking* au cours des trente derniers jours et ce phénomène ne cesse d'augmenter, notamment chez les filles.[21] Lorsqu'elle est répétée, cette pratique a pourtant des conséquences néfastes sur la santé : **diminution des capacités d'apprentissage et de mémorisation à long terme, impulsivité accrue, impact sur l'apprentissage des émotions, l'anxiété et l'humeur, hypertension, dommages hépatiques et augmentation des risques de dépendance par la suite**. Une récente étude a montré des atteintes de la substance blanche corrélées à des déficits de mémoire de travail spatiale chez les étudiants *binge drinkers*. La vitesse de la consommation semble particulièrement impliquée dans les effets néfastes. Et une autre étude, menée sur le modèle préclinique du rat, montre que la mémoire est toujours altérée 48 heures après deux épisodes de *binge drinking*.[21]

A forte dose, l'alcool entraîne un **remodelage des connexions entre les neurones**. Ce remodelage permet au cerveau de s'adapter à cette consommation et d'en amoindrir les effets, ce qui entraîne, paradoxalement, un appel à la consommation. Ce phénomène explique le danger que représente l'alcool au cours de l'adolescence. **Jusqu'à l'âge de 25 ans, le cerveau continue de se développer (myélinisation et élimination des connexions neuronales inutiles). La consommation d'alcool au cours de cette période perturbe le développement normal du cerveau et augmente le risque de dépendance.[21]**

II.4/ Les troubles de l'usage d'alcool 22

Depuis la publication du DSM-V en 2013, la distinction entre « abus » et « dépendance » vis-à-vis de l'alcool n'existe plus, contrairement à l'ancien DSM-IV. Les termes même d'« abus » et d'« alcoolodépendance » ont disparu, au profit du diagnostic unique d'***alcohol use disorder***, ou **trouble de l'usage d'alcool**. Ce diagnostic est désormais évalué par 11 aspects cliniques, qui reprennent toutefois pour la majorité d'entre eux les anciens critères du DSM-IV d'abus et de dépendance (**Tableau I**).

Le 11^{e} critère introduit la notion de **craving**.

Tableau I : Axes cliniques DSM-V du trouble de l'usage d'alcool

	Critères	Description
1	Tolérance	– Besoin de quantités nettement majorées de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré – Effet nettement diminué en cas d'usage continu de la même quantité de substance
2	Signes de sevrage	– Syndrome de sevrage caractéristique en cas d'arrêt de l'alcool – Consommation d'alcool dans le but de soulager ou d'éviter les symptômes de sevrage
3	Incapacité à respecter les limites de prise (dose et temps)	Substance souvent prise en quantité supérieure ou sur un laps de temps plus long que ce que la personne avait envisagé
4	Difficultés d'arrêt ou de diminution	Désir persistant ou efforts infructueux pour réduire ou contrôler l'utilisation de la substance
5	Aspect envahissant de la consommation	Temps considérable consacré à se procurer la substance, à la consommer ou se remettre de ses effets
6	Impact social des consommations	D'importantes activités sociales, occupationnelles ou de loisirs sont abandonnées ou réduites en raison de l'utilisation de la substance
7	Incapacité à arrêter ou réduire en dépit de conséquences médicales	Poursuite de l'utilisation de la substance malgré la connaissance de l'existence d'un problème physique ou psychologique persistant ou récurrent déterminé ou exacerbé par la substance
8	Incapacité à arrêter ou de réduire en dépit de conséquences sociales	D'importantes activités sociales, professionnelles ou de loisirs sont abandonnées ou réduites en raison de l'utilisation de la substance
9	Consommation régulière entraînant une incapacité à assumer ses obligations professionnelles	Poursuite de l'utilisation de la substance malgré la connaissance de l'existence d'un problème physique ou psychologique persistant ou récurrent déterminé ou exacerbé par la substance
10	Consommation régulière entraînant des comportements de mise en danger	Mises en danger dues à l'alcool telles que conduite d'un véhicule
11	Craving	Envies compulsives et récurrentes de prise d'alcool

Sévérité du trouble de l'usage d'alcool :

- Léger : 2 à 3 dimensions présentes.
- Modéré : 4 à 5 dimensions présentes.
- Sévère : plus de 5 dimensions présentes.

Le questionnaire AUDIT, ou AUDIT-C dans sa version courte, permet de bien compléter l'évaluation du trouble de l'usage d'alcool (voir **annexe 1**).

Vous pouvez retrouver les anciens critères du DSM-IV en **annexe 2**.

II.5/ Les débuts de la lutte contre les méfaits de l'alcool : l'école

L'Association contre l'abus des boissons alcooliques est constituée le **2 mars 1872**, sous l'impulsion de nombreux membres de l'Académie de Médecine, conscients des ravages opérés par une consommation d'alcool croissante, liée aux progrès de l'industrialisation.

En 1873 paraît la loi sur la répression de l'ivresse publique, une mesure législative que l'association accompagne sur le plan social.

En 1880, l'Association prend le nom de **Société Française de Tempérance**, reconnue d'utilité publique.[23]

C'est depuis cette année de 1873 que les représentants des ligues de tempérance réclament une action énergique du gouvernement en matière de lutte contre l'alcoolisme. **En 1895, ils obtiennent de Raymond Poincaré, alors ministre de l'Instruction Publique, qu'un enseignement sur les dangers de l'alcool « au point de vue de l'hygiène, de la morale, de l'économie sociale et politique » occupe une place officielle au programme, au même titre que le français et les mathématiques**. Des médecins viennent sensibiliser les instituteurs et les normaliens, et introduisent dans les classes tout un matériel antialcoolique allant des affiches aux tableaux muraux en passant par les buvards, les bons points et les manuels de lecture courante.[24]

Figure 3 : L'alcool, voilà l'ennemi. – Dr Galtier-Boissière, 1900.



© Ecomusée de la Communauté Urbaine Le Creusot Montceau-Les-Mines - Cliché Daniel

« On y voyait des foies rougeâtres et si parfaitement méconnaissables, à cause de leurs boursouflures vertes et de leurs étranglements violacés qui leur donnaient la forme d'un topinambour : mais pour éclairer ce désastre, l'artiste avait peint, au beau milieu du tableau, le foie appétissant du bon citoyen, dont la masse harmonieuse et le rouge triomphal permettaient de mesurer la gravité des catastrophes circonscrites. » *La Gloire De Mon Père*, Marcel Pagnol.[25]

Ce tableau, conçu par le docteur Galtier-Boissière en 1900 et probablement évoqué par Marcel Pagnol dans cet extrait, est un exemple de ce qu'on pouvait trouver sur les murs des classes au début du XXe siècle. Fondé sur une pédagogie de la peur, il présente le même homme avant et après les ravages de

l'alcoolisme. Il compare les organes sains à ceux abîmés par l'alcool, laissant supposer l' « ivrognerie » incurable.

Tant qu'il est sobre, le personnage est correctement vêtu. Sa moustache est lissée et ses cheveux soigneusement peignés ; ses entrailles comme son cerveau ont bel aspect. Devenu « intempérant », l'homme se néglige. Il a laissé pousser sa barbe et ses cheveux, plus rares, ne sont pas coiffés. Des rides profondes sillonnent son visage. Il ne porte plus de cravate, le col de sa chemise est ouvert. L'estomac s'est ulcéré, une dégénérescence graisseuse a affecté le cœur et les reins, le buveur est victime d'une méningite.

Cependant, comme en témoigne cette planche, qui oppose également, sur les bords du cadre, bonnes « boissons naturelles » et mauvais « alcools industriels », pour les médecins de l'époque, tous les breuvages ne sont pas nocifs. Le vin, la bière, le cidre et le poiré, obtenus par fermentation, ne rendent malades ni l'humain ni la souris cobaye. En revanche, l'alcool de grain, de betterave ou de pomme de terre tue rapidement le buveur comme le rongeur.

Cette distinction, infondée scientifiquement, entre boissons « hygiéniques » et alcools industriels perdurera durant encore un demi-siècle. Jusqu'aux années 1950, seules les boissons distillées sont déconseillées. Le corps médical français continue de croire que les boissons fermentées sont hygiéniques et qu'on peut en encourager la consommation à raison d'un litre par jour. Le vin reste considéré comme un médicament et un reconstituant. Des buvards publicitaires, distribués dans les écoles, indiquent toujours qu'un litre de vin à 12 degrés équivaut à 850 grammes de lait, 370 grammes de pain, 585 grammes de viande ou cinq œufs.

Pas étonnant alors que nos patients, de nos jours, continuent parfois eux aussi à faire cette distinction…

Comme l'indique la présence de ce tableau dans les salles de classe, **l'école est, durant la première moitié du XXe siècle, le principal lieu de prévention contre les troubles de l'alcool**. Sous la IIIe République, les responsables de l'Instruction Publique sont convaincus que c'est en apprenant la sobriété et la « tempérance » à la jeunesse qu'ils réussiront à atteindre les parents pour modifier leur comportement.

Source principale : [24] .

De nos jours, les moyens de diffusion des campagnes de prévention contre les dangers de l'alcool se sont grandement diversifiés avec les avancées technologiques : campagnes télévisées, campagnes radio, communiqués de presse, diffusion de documents papiers, création de sites internet, web-séries… Alors que les premières campagnes de prévention visaient l'ensemble de la population, la communication s'est également faite de plus en plus ciblée[26], avec, par exemple, le lancement de la campagne « Zéro alcool pendant la grossesse » en 2007 ou, plus récemment en 2015, la promotion du dispositif Consultations Jeunes Consommateurs.[27]

Cette multiplicité des moyens de diffusion des campagnes de prévention pose la question du rôle que garde l'école au sein de ce système.

III. MATERIEL ET METHODE :

III.1/ Le type d'enquête

Cette étude est une étude qualitative par entretiens semi-dirigés individuels. Les objectifs de l'étude correspondent à des valeurs qui ne peuvent être exprimées avec des pourcentages.

Ce type d'entretien est apparu comme le plus approprié. Son ton a été celui de la conversation, permettant d'éviter certaines réticences qu'auraient pu avoir les médecins concernant un sujet aussi délicat que l'addiction à l'alcool. Il a permis également de maintenir un cadre à l'entretien tout en laissant les médecins exprimer ce qu'ils pensaient.

III.2/ La construction du guide d'entretien

Le guide d'entretien a été réalisé avec mon directeur de thèse selon les objectifs de l'étude. Il se découpe en six questions ouvertes sur six thèmes différents :

- Les concernés
- Objectif(s) de prise en charge
- Obstacles
- Facteurs facilitants
- Ressources
- Propositions

En conclusion, le médecin interviewé était invité à partager une situation clinique, s'il ne l'avait pas déjà fait, afin de mettre au jour des aspects tus ou peu abordés au cours de l'entretien. Il était invité ensuite à faire passer un message à ceux qui liraient la thèse s'il le désirait.

Ce guide est évolutif pour pouvoir s'adapter aux nouvelles idées apparues durant les entretiens. Il a été corrigé et validé par la cellule qualitative du DERMG, pour ensuite être adapté par mon directeur de thèse et moi-même après deux entretiens tests inclus dans l'étude. Les deux versions de ce guide sont présentées en **annexe (5 et 6)**.

A la fin de l'entretien, huit questions étaient posées pour déterminer les caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon (**annexe 4**).

Après l'entretien a été délivrée à chaque médecin une plaquette de contacts en addictologie fournie par le Réseau Addictions GT06. Cette plaquette est située en **annexe 7**. Sa délivrance s'accompagnait d'une information orale sur les CSAPA et les CAARUD.

Les entretiens ont été réalisés en cabinet en face à face. Ils ont été enregistrés à la fois sur dictaphone et sur téléphone portable. La prise de notes a été la plus restreinte possible pour ne pas risquer de perturber le rythme de l'entretien.

Ils ont été ensuite retranscrits au mot à mot (constituant les *verbatim*), le plus tôt possible, manuellement sur le logiciel Word et avec réécoute de l'entretien. La communication non verbale a été rajoutée secondairement.

Durant les entretiens, j'ai essayé de me montrer la plus neutre possible, dans une attitude d'écoute, afin d'influencer les médecins le moins possible. Mes questions de relance se sont également voulues prudentes.

III.3/ La population cible : le recrutement de l'échantillon

La population de l'étude est la population des médecins généralistes encore en activité dans les Alpes-Maritimes. Le seul critère de non inclusion est le fait d'être remplaçant.

Pour avoir un échantillon permettant un panel large d'opinions, nous avons d'abord cherché les caractéristiques les plus récentes que l'on pouvait trouver de la démographie médicale en région PACA (en consultant l'atlas de la démographie médicale du Conseil National de l'Ordre des Médecins de 2015). Une liste aléatoire de nombres[28] correspondant au nombre total de médecins généralistes inscrits dans les Pages Jaunes dans les Alpes-Maritimes (1 à 1118, pour 1118 médecins dans les Pages Jaunes au moment de la confection de la liste) a ensuite été créée.

Dans les Pages Jaunes, chaque médecin est numéroté par ordre alphabétique. Chaque médecin portant, dans l'ordre, chacun des numéros de la liste confectionnée aléatoirement a été contacté. L'échantillon était cependant raisonné, car je faisais attention à ce que les médecins contactés aient les mêmes caractéristiques que la population des médecins généralistes de la région PACA (en faisant, notamment, attention à leur lieu d'exercice – zones rurales ou semi-rurales et non rurales).

Ces médecins ont été contactés par téléphone.

En cas de refus, la raison était listée, puis le médecin portant le numéro suivant sur la liste de nombres aléatoires était appelé. Si la réponse était positive, un rendez-vous était décidé au cabinet du médecin selon ses disponibilités, où un accord de principe oral était pris.

III.4/ L'analyse des *verbatim*

L'analyse de l'étude a commencé par un codage axial des *verbatim* : les *verbatim* pertinents aux objectifs de l'étude ont été d'abord extraits, puis classés par catégories selon l'idée qu'ils véhiculaient. Ces catégories ont ensuite été regroupées en thèmes plus généraux.[29] C'est une analyse transversale. Les entretiens et le recueil se sont faits jusqu'à saturation des données, soit quand aucune idée nouvelle n'apparaissait après trois entretiens consécutifs.

Les entretiens ont été anonymisés secondairement. Les noms des villes et des correspondants ont été remplacés par des lettres neutres.

Chaque entretien est désigné par la lettre M + numéro de l'entretien. Les *verbatim*, dans leur intégralité pour chaque médecin pour conserver la cohérence des vignettes cliniques racontées, peuvent être trouvés dans le **livret indépendant** accompagnant cette thèse ou peuvent être communiqués sur demande explicite auprès de l'auteur. Seuls quelques *verbatim* pertinents à chaque catégorie ou thème sont présentés dans l'analyse, à titre d'exemples.

III.5/ La recherche bibliographique

La recherche bibliographique s'est faite de plusieurs façons :

- Consultation des **moteurs de recherche** suivants : Google, Google Scholar, Pubmed, Sudoc, Doc CIFMeF, HAL, et le site de la Bibliothèque Universitaire de la Faculté de Nice Sophia Antipolis. Les principaux mots-clefs utilisés ont été : *alcool*, *prise en charge*, *obstacles*, *freins*, *médecin généraliste*, *facteurs favorisants* ; et, en anglais : *alcohol*, *care*, *difficulties*, *general practitioner*. Ces mots-clefs ont été ensuite adaptés aux besoins de l'étude tout le long de ce travail.

- Consultation des **sites de référence** : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT), Société Française d'Alcoologie (SFA), Association Nationale de Prévention en Alcoologie et en Addictologie (ANPAA), Fédération Addiction, INSERM, INPES, HAS, OMS, InVS.

- Enfin, des nouvelles références ont été trouvées dans les bibliographies des documents déjà consultés, par **arborescence**.

Pour constituer la bibliographie, le logiciel **Zotero** a été utilisé.

IV. RESULTATS

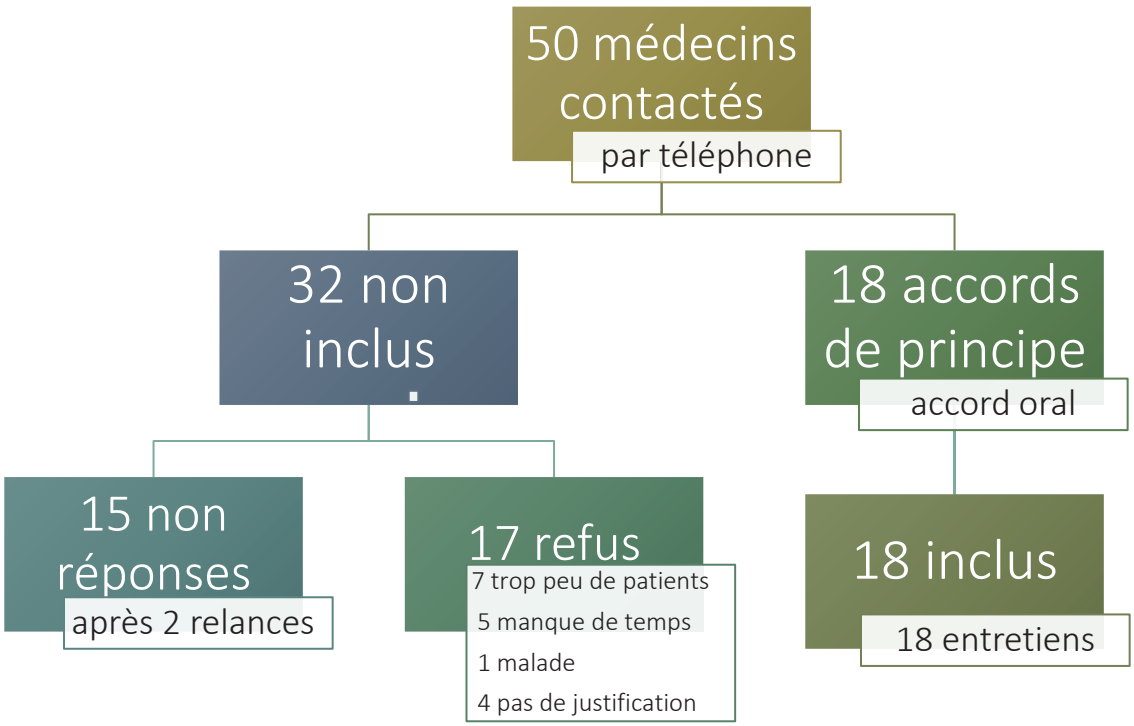
IV.1/ Les données du panel de médecins généralistes

- La population étudiée

La population étudiée concerne les médecins généralistes des Alpes-Maritimes installés en cabinets de médecine générale.

18 médecins généralistes des Alpes-Maritimes ont été interrogés, sur un total de 50 médecins contactés par téléphone. Le détail de la constitution du panel est décrit dans la **figure 4**.

Figure 4 : Diagramme des flux



Les entretiens ont été menés de janvier 2016 à septembre 2016, jusqu'à saturation d'idées au bout de 18 entretiens sur les 20 prévus initialement. Ils ont duré de 16mn et 53s à 1h07 et 27s, pour un total de 7h, 48mn et 55s d'enregistrement et une moyenne de 26mn et 3s par entretien. Ils se sont déroulés au cabinet du médecin généraliste, à l'exception d'un seul, le M5, qui s'est déroulé par téléphone à la volonté du médecin. Pour le M3, son épouse/secrétaire était présente et a également participé à l'entretien.

11 hommes et 7 femmes ont été interrogés. Parmi eux, 4 ont moins de 40 ans, 8 ont entre 40 et 60 ans et 6 ont plus de 60 ans. 16 exercent en milieu urbain et 2 en milieu rural ou mixte rural/urbain. Les

années d'installation vont de 1970 à 2016. Le détail de leurs caractéristiques est présenté dans le **tableau II**.

Tableau II : Caractéristiques de la population étudiée

Entretien	Genre	Age	Année d'installation	Exercice	Consultations	Durée de l'entretien
1	H	>60	1977	Urbain	15-30/j	31'11
2	H	>60	1985	Urbain	>30/j	20'15
3	H	40-60	1991	Rural	15-30/j	27'06
4	H	40-60	1986	Urbain	>30/j	33'28
5	F	40-60	1990	Mixte	15-30/j	23'04
6	F	<40	2015	Urbain	15-30/j	24'30
7	H	>60	1983	Urbain	15-30/j	19'28
8	F	<40	2016	Urbain	15-30/j	18'35
9	H	40-60	1985	Urbain	15-30/j	1''02'27
10	H	<40	2013	Urbain	>30/j	28'48
11	H	40-60	1990	Urbain	>30/j	21'19
12	F	>60	1986	Urbain	15-30/j	22'12
13	F	40-60	2013	Urbain	15-30/j	19'44
14	H	>60	1984	Urbain	15-30/j	23'11
15	H	<40	2011	Urbain	15-30/j	28'16
16	F	40-60	1985	Urbain	15-30/j	16'53
17	F	40-60	2005	Urbain	15-30/j	26'00
18	H	>60	1970	Urbain	15-30/j	22'08

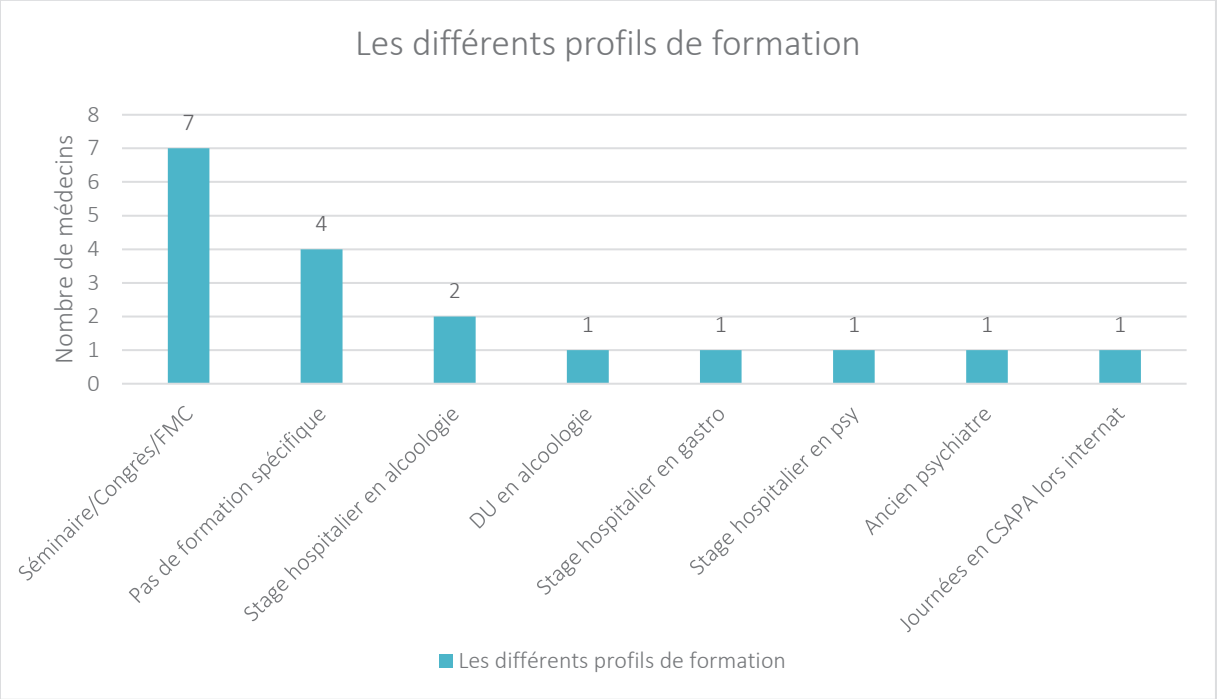
- Quelques données socio-économiques sur les patientèles

La majorité des médecins a une patientèle que ces derniers qualifient comme percevant des revenus moyens.

IV.2/ Les médecins et la prise en charge des problèmes alcool

- Formation sur l'addiction à l'alcool

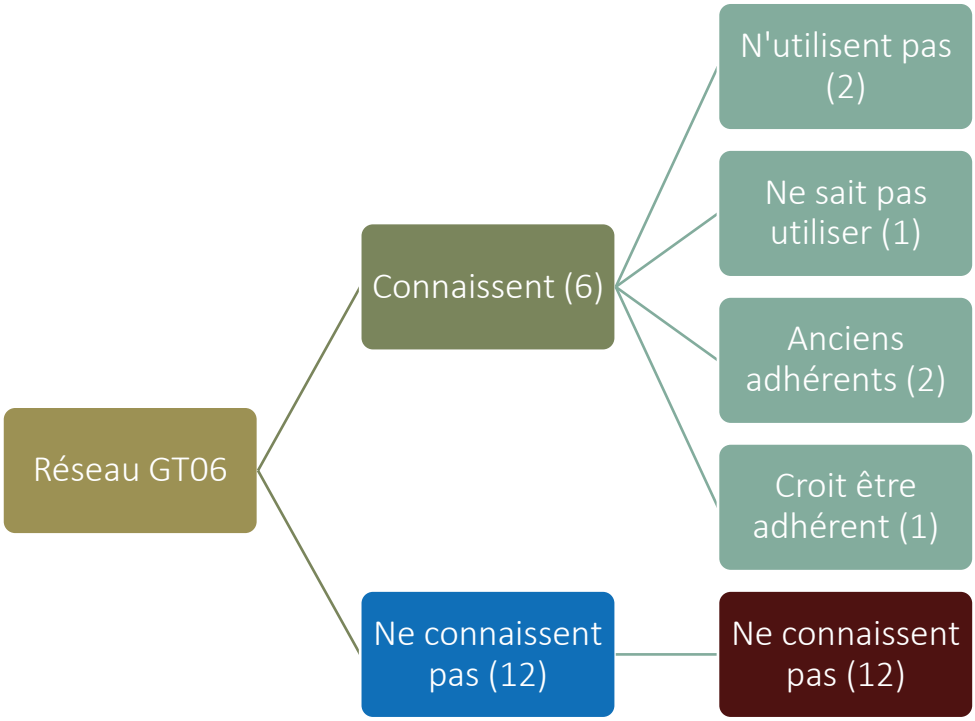
Figure 5



La source de formation principale des médecins généralistes interrogés provient des FMC (Figure 5). Une minorité de médecins a cité sa formation en psychiatrie, la trouvant très pertinente dans la prise en charge des troubles de l'usage d'alcool.

- Les médecins et le réseau addictions des Alpes-Maritimes (GT06)

Figure 6 : Les médecins et le réseau addictions



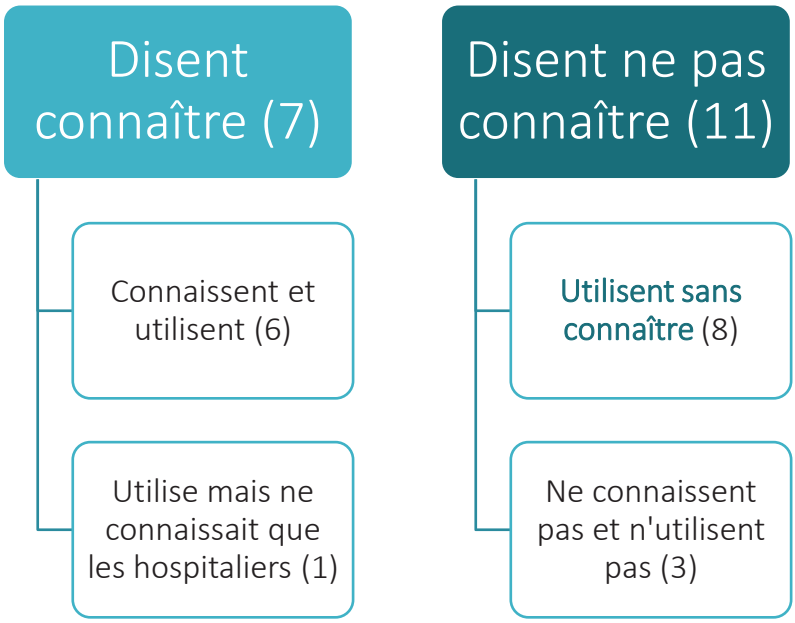
La majorité des médecins interrogés a déclaré ne pas connaître le Réseau Addictions GT06 (**Figure 6**).

Aucun médecin n'a déclaré faire partie du réseau de manière certaine.

Un ancien adhérent a donné une raison pour laquelle il avait quitté le réseau : le manque de temps. L'autre n'a pas donné de raison, mais a énoncé connaître le réseau pour le Subutex et pas pour l'alcool.

- Les médecins et les CSAPA (Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie)

Figure 7 : Les médecins et les CSAPA



La majorité des médecins a dit ne pas connaître les CSAPA ; cependant, au cours des entretiens, il s'est avéré que **seulement une minorité d'entre eux ne travaille pas avec ces centres** (**Figure 7**).

La plupart des CSAPA cités étaient hospitaliers et non ambulatoires.

IV.3/ La prévalence du problème

Notre étude concerne les patients qui se trouvent en trouble moyen ou sévère d'alcool, soit les patients qui se retrouvent en situation d'usage abusif ou de dépendance selon l'ancienne nomenclature (voir DSM IV en **annexe 2**).

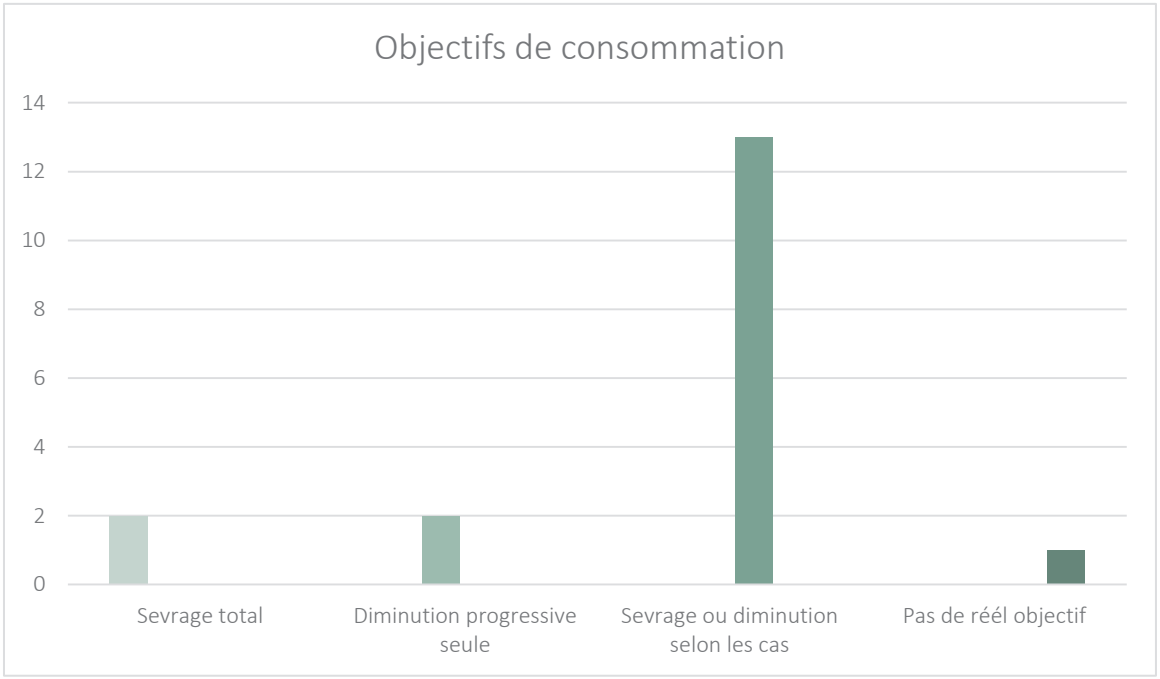
Nos médecins ont globalement cité une prévalence du problème **autour de 5%** dans leurs patientèles, avec des réponses allant de « très marginal » à « 20% ».

IV.4/ Le ou les objectif(s) de prise en charge

Nous avons trouvé intéressant d'interroger les médecins généralistes sur leurs objectifs de prise en charge concrètement sur le terrain, et notamment leur objectif concernant la consommation de leurs patients.

- Objectifs de consommation (Figure 8)

Figure 8



La grande majorité des médecins interrogés pratique la diminution progressive de la consommation ou l'abstinence totale selon les cas (**Figure 8**).

Parmi eux, certains ont déclaré adapter l'objectif de consommation en fonction du niveau de consommation des patients et des atteintes somatiques éventuelles :

« *Baisser la conso ou sevrage complet selon les cas.* ***Ceux qui sont un peu dans le surplus bon ben on essaie d'un peu diminuer, de leur faire prendre confiance. Et ceux qui sont dans le surplus mais qui ont déjà des atteintes, alcool zéro****, quoi*. » (**M5**)

D'autres ont précisé vouloir faire diminuer la consommation progressivement dans un premier temps, avant d'arriver à l'abstinence :

« *Dans un premier temps on essaie de diminuer. Puis bon, ben, c'est… L'addiction, c'est assez difficile, hein. On y arrive pas comme ça du jour au lendemain. Alors bon, euh****… Moi j'ai appris au départ le sevrage complet. Paf ! Du jour au lendemain. Moi je trouve que c'est trop brutal****. Je trouve que… Euh… Intellectuellement, psychologiquement, ben c'est l'horreur. Et puis, je pense qu'on tient pas dans le temps. Donc,* ***c'est d'essayer de diminuer progressivement, voilà. Et si c'est pas possible, eh ben on arrête la totalité****.* » (**M4**)

Une minorité de médecins a déclaré viser seulement un sevrage total (« ***Tolérance zéro***. » (**M12**)).

Certains médecins ont également déclaré viser une diminution progressive sans objectif d'abstinence :

« *Ben,* ***diminution****, parce que bon il faut pas… Je crois qu'il faut… Il faut être honnête et… déjà si on arrive à faire diminuer les gens, c'est déjà bien, parce que l'arrêt complet, ça peut arriver, mais c'est vraiment exceptionnel. [rit]* » (**M14**)

- Les autres objectifs

Le principal autre objectif cité par les médecins a été de **combattre le déni potentiel** des patients.

Les autres objectifs énoncés ont été la nécessité d'une **psychothérapie**, d'une **prise en charge globale**, d'un **dépistage** attentif et la nécessité d'entretenir une **relation de confiance**.

IV.5/ Analyse des entretiens

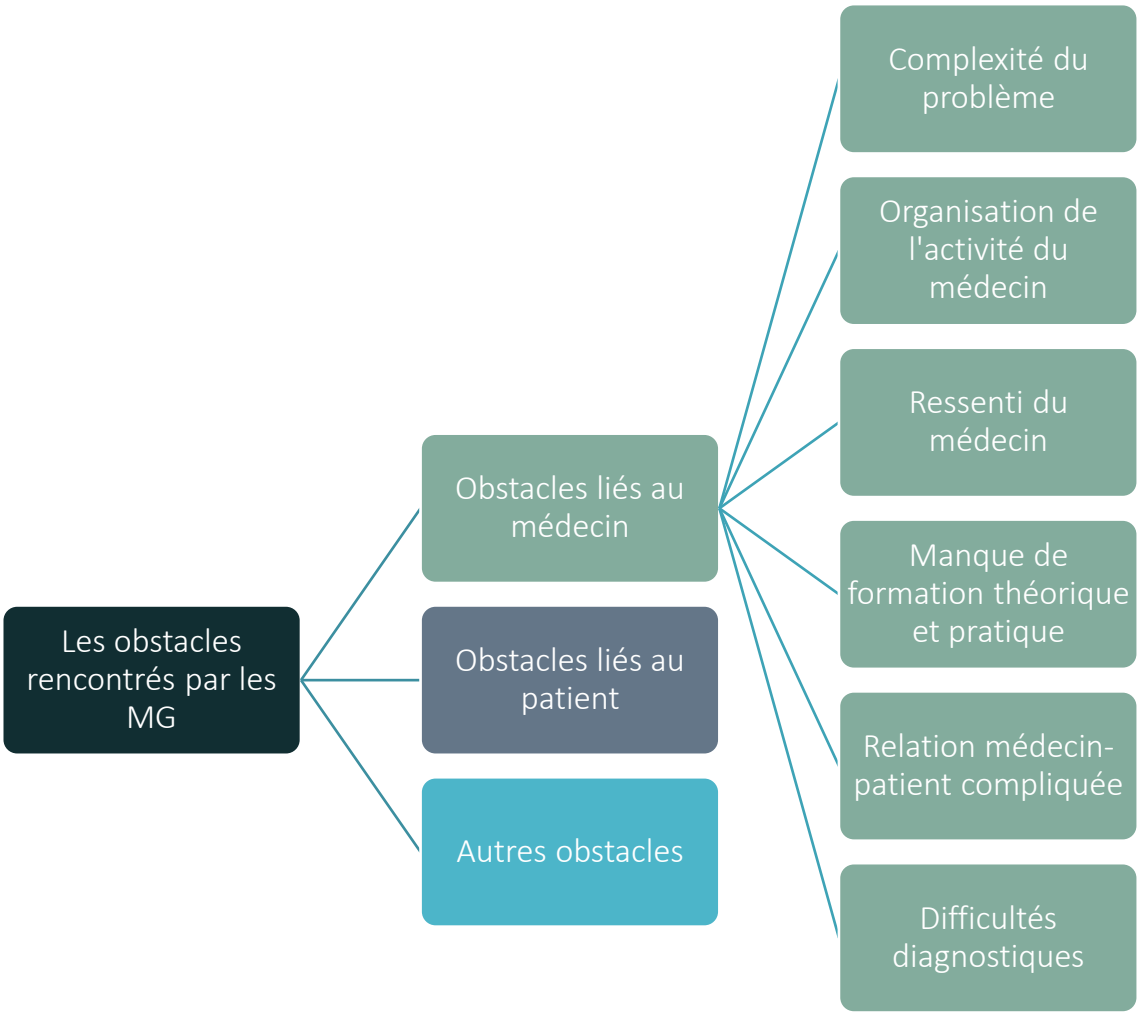
Ce chapitre correspond à l'analyse transversale de l'étude. Les *verbatim* ont été regroupés en catégories et en thèmes plus généraux. Pour chaque thème ou catégorie, une ou deux citations ont été citées en exemples.

Ces citations expriment les idées des médecins, retranscrites au mot à mot. Elles leur appartiennent. Elles n'ont pas été modifiées par l'auteur de cette thèse.

a. Les obstacles rencontrés par les médecins généralistes

- Obstacles liés au médecin (Figure 9)

Figure 9 : Obstacles liés au médecin



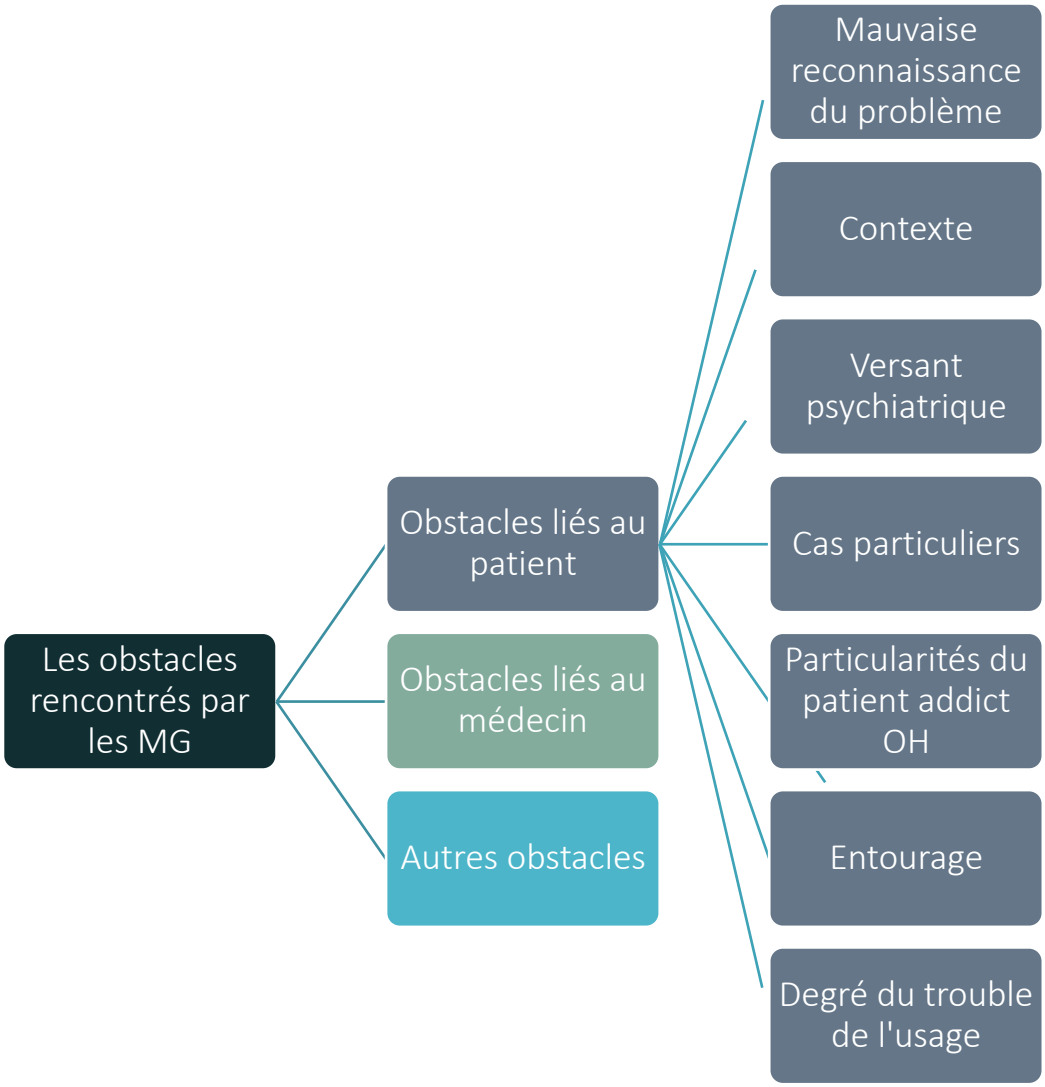
Thèmes	Catégories	Exemples de citations
Complexité du problème	Problème compliqué	« Et puis, l'autre frein, c'est quoi, c'est, euh… Ben c'est que **c'est pas facile**, c'est qu'ils replongent et qu'ils… C'est une maladie qui est quand même **difficile à traiter**, tout simplement. » (**M10**)
	Problème pluridisciplinaire	« Parce que **moi tout seul le prendre en charge, je trouve que c'est compliqué**. » (**M2**) « […] Et ça, ça demande des structures – enfin, une **prise en charge,** je veux dire… **spécifique et très particulière**, quoi. C'est-à-dire, c'est… **A la limite, le médecin, il a un petit rôle mais pas énorme, quoi. C'est plutôt un problème de… d'assistante sociale, de psychologue, Pôle Emploi…** vous voyez ce que je veux dire ? […] » (**M11**)

	Prise en charge longue	« Donc, je lui ai fixé des objectifs au court terme. C'est-à-dire, « bon, ben, on va essayer [29] bières [par jour]. » Et maintenant, je le passe de la bière au cidre**.** Et on est à trois… trois bouteilles de cidre par jour. Sur dix ans. **C'est un travail… un travail de longue haleine.** » (**M9**)
	Problème de spécialiste	« **Ch'uis pas addictologue non plus**, hein… » (**M17**)
	Polyaddiction	« Après en ce moment**,** j'ai du mal avec une jeune fille **qui a une double addiction**, puisqu'elle est addict aussi avec l'héroïne. **Donc c'est un peu difficile pour moi**. […] » (**M5**)
Organisation de l'activité du médecin	Pas assez de temps/pas assez disponible	« Si vous voulez, je trouve que des fois c'est un peu trop, parce que… les gens, quand ils ont une envie d'arrêter, ça peut être très brutal. **Donc si vous les faites poireauter deux-trois semaines pour avoir un rendez-vous pour une prise en charge, ça peut être trop tard.** » (**M14**) « **Ah ben c'est le temps. C'est le temps !** C'est le temps, c'est-à-dire, je pense que quelque part, euh… Là moi j'ai des consultations qui sont réglées à peu près toutes les vingt minutes… Je veux dire, **il faut passer du temps, quoi**. » (**M2**)
	Peu de patients concernés dans la patientèle	« **J'en ai pas non plus énormément**. Il faut aussi avoir une pratique… **Pour faire quelque chose où on se sent à l'aise, il faut en avoir beaucoup**… Voilà. » (**M6**)
Ressenti du médecin	Découragé	« **Un peu découragé**, parce que, avec l'expérience et le temps, on voit de toute façon qu'**il y a quasi rien qui marche**. » (**M11**) « Non, c'est tellement… tellement déprimant, et... Tellement long, tellement lassant ! Non mais, dans le genre, 'fin voilà, c'est... [soupire] **On a l'impression qu'on n'y arrive jamais** […] » (**M17**)
	Pas à l'aise	« Euh… Non, **je suis mal à l'aise**, je sais pas. » (**M7**)
	Impuissant parfois	« […] **Il y a des gens pour qui, il faut admettre qu'on puisse rien faire**. » (**M9**)
	Pas intéressé par le problème	« **C'est un sujet qui m'intéresse peu et qui me dérange**. **J'ai pas envie**. » (**M7**)
Manque de formation théorique et pratique	Pas de formation	« En tant que jeune médecin, je pourrais dire aussi qu'il y a le **frein à la formation,** parce qu'on n'est pas tellement formé à traiter le sevrage, en tout cas en ville. » (**M8**)

	Peu d'expérience	« Mais **après, je n'ai pas une grande grande expérience.** […] » (**M13**)
Relation médecin-patient compliquée	Peur de heurter le patient	« […] Est-ce qu'ils vont comprendre ? **Est-ce qu'ils vont pas mal le prendre ?** […] » (**M6**)
	Caractère du médecin	« **Et j'aime pas me faire manipuler par les gens**. Ça par contre, je peux me taper une grosse colère dans ces cas-là. » (**M14**)
	Patient non connu	« On est mal à l'aise quand on est, effectivement, face à quelqu'un qui arrive… **Quelqu'un qu'on connaît pas, par exemple, qui est là depuis pas longtemps dans la patientèle** […] » (**M10**)
Difficultés diagnostiques	Limite « pathologique » difficile	« Alors, **où se situe l'alcoolisme chronique pathologique** ? Voilà. **Il faut trouver la… La zone… La frontière à partir de laquelle on peut parler d'alcoolisme chronique**. Elle est un p'tit peu différente d'un individu à l'autre. Mais bon. Globalement, il est évident que s'il y a une consommation excessive, ça se traduit aussi par des signes cliniques, physiques, et dans le comportement. Social, professionnel… '**Faut essayer de trouver le… Faire le diagnostic.** » (**M1**)
	Biais du médecin	« **Moi par rapport à la Bretagne, ici, j'ai l'impression qu'on boit que de l'eau**. Donc **j'ai peut-être un regard un petit peu différent**, aussi, sur les habitudes des gens. Je sais pas. Et peut-être sûrement aussi vis-à-vis de l'alcool. [rit] » (**M4**) « **Quand on est avec des médecins, il y en a pas mal qui picolent eux-mêmes**, aussi. Sans être addictifs, au moins consommateurs excessifs. Dans la profession, il y en a plein… **C'est peut-être un frein essentiel à la prise en charge**, hein. […] » (**M7**)
	Problème des diagnostics différentiels	« Et puis tu vas voir que **les addictions, il faut pas en voir où y'en a pas**. » (**M9**)

- Obstacles liés au patient (Figure 10)

Figure 10 : Obstacles liés au patient



Thèmes	Catégories	Exemples de citations
Mauvaise reconnaissance du problème	Déni	« « Non mais ça va, je bois très peu Docteur. » Tu fais quoi ? Ça s'appelle le pré-contemplatif, le contemplatif, l'informatif, l'actif… **Ben il y en a qui sont au pré-contemplatif : « Ah non non, moi je bois très peu. » Voilà. Tu peux, tu peux pas aborder, ça. Si la personne ne veut pas être un peu… Participer.** N'accède pas à cette idée de dire « je bois »… Donc la limite, voilà. » (**M2**)
	Peu de suivi/d'adhérence au traitement	« C'est lié essentiellement au profil psychologique de ces personnes, qui n'est pas absolument superposable les uns avec les autres. Ils ont chacun leur personnalité

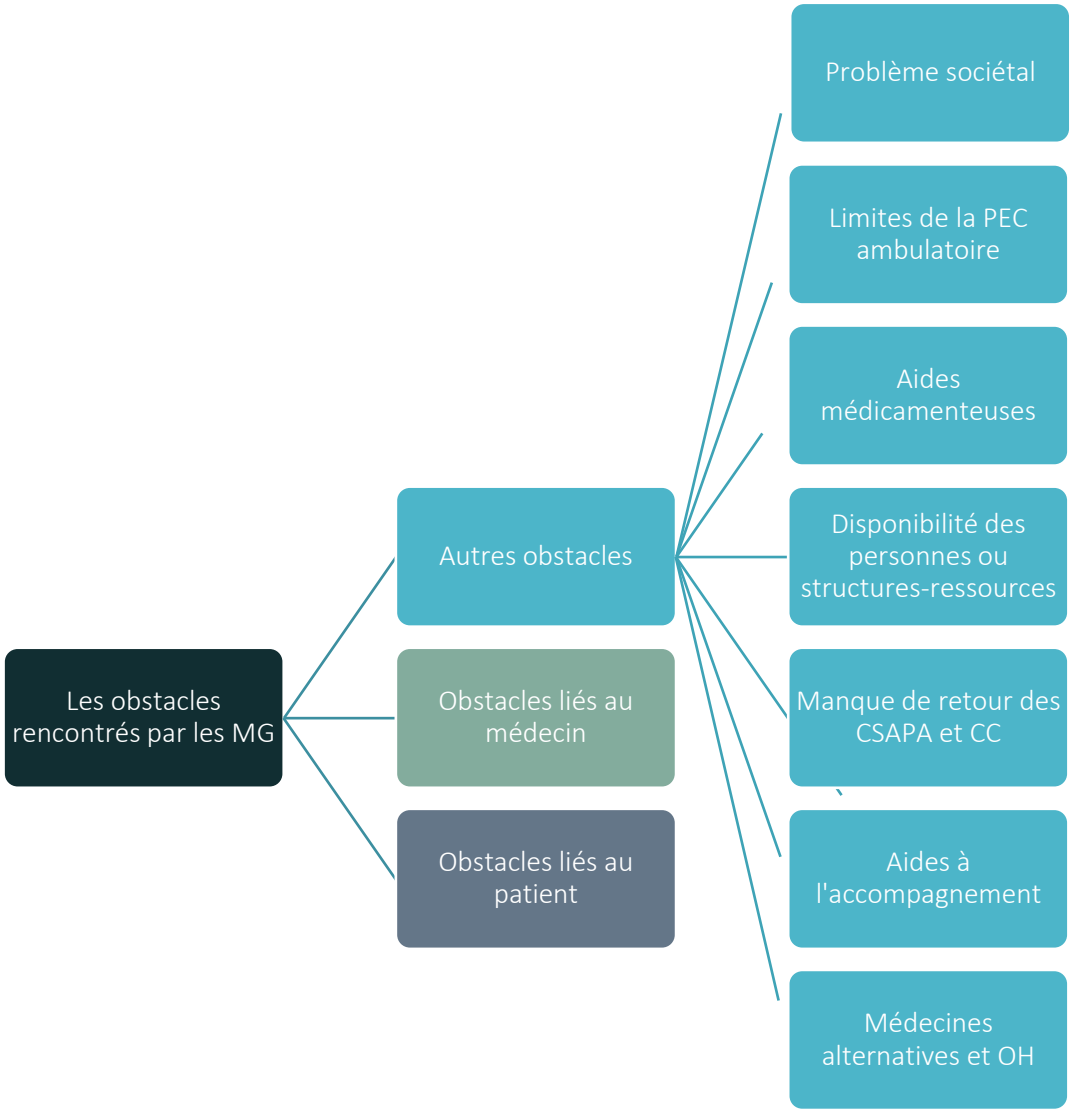
		propre mais effectivement, **ils sont relativement peu disciplinés et peu adhérents**. C'est clair. » (**M3**) « La relation avec le patient, ben elle change au fur et à mesure. C'est-à-dire qu'**un jour ils sont décidés**, effectivement, ils vous disent – **on a l'impression qu'ils nous disent la vérité, ils ont envie d'arrêter, etc. Puis on les revoit régulièrement, et puis quelques mois après**, on sent que, ils veulent pas avouer qu'ils ont rechuté ou bien qu'ils ont pas réussi à baisser la consommation à quoi on, on avait presque écrit par contrat, quoi, donc. Et **là, on sent qu'ils sont fuyants** […] » (**M16**)
	Pudeur, honte	« Oh ben, **il y en a qui hésitent à en parler**, quand même, hein. Qui sont **relativement pudiques**, et qui n'en parlent pas ou qui n'en parlent que quand il y a un problème récurrent […] » (**M12**)
Contexte	Impact sur la qualité de vie/Contexte	« Les gens qui sont un peu dans une situation – **ils ont plus de boulot, ils sont dans un contexte où du coup, ben ils se réfugient dans l'alcool, il y a des problèmes familiaux**, etc. Si on leur demande en plus d'arrêter, pour eux ça fait… un truc en plus, quoi, de difficile à affronter, et **ils ont du mal à vouloir arrêter parce que c'est un peu leur bouée de sauvetage**, quoi. » (**M8**)
	Histoire de la consommation	« Moi ce que je trouve très difficile, [c'est que] ce sont souvent des patients qui ont… un **passif,** avec, euh, voilà. **Des parents, souvent, eux-mêmes, qui avaient des problèmes d'alcool**, quelque chose qui se récupère plus, qui… **Des gens qui ont été intoxiqués très tôt**, souvent jeunes… Bon, ceux-là… [soupire] » (**M6**)
	Autres problèmes de santé que l'alcool	« Elle revenait quand même de temps en temps… **Pas pour l'alcool, hein, mais pour d'autres choses**. 'Fin, j'essayais toujours de voir où en était l'alcool mais sa situation était tellement précaire que, que c'était difficile. Ça ça peut être un frein, j'imagine : **s'il y a d'autres problèmes que l'alcool, que ce soit [au niveau] social ou médical**. Donc, **l'alcool n'est plus une priorité mais un facteur aggravant**. Ça c'est un, c'est un frein. » (**M15**)
	Manque de ressources financières	« Ça c'est vrai que parfois c'était un frein de se dire, ben, **il y a le B1-B6 qui va être à la charge**, **parce qu'il y a des patients un peu précaires**. » (**M15**)
Versant psychiatrique	Comorbidités psychiatriques associées	« C'est une maladie qui est quand même **difficile à traiter**, tout simplement. **Surtout quand il y a, on va dire, de la dépression associée, quelque chose comme ça**. » (**M10**)
	Une psychothérapie difficile	« Les psychologues de ville, mais les gens, **ça coûte cher, ils veulent pas y aller, il y a du monde, ils y vont**

		une fois, ils y retournent plus. Donc ça, c'est compliqué, aussi. » (**M8**)
	Connotation du mot « psychiatre/psychologue »	« Euh, pas un psychologue – ça ils ne le voudront pas. Ça je peux vous le garantir, moi ça fait des années que j'essaye d'envoyer certains chez un psy, un psychologue, euh, même la maison de retraite, voyez, à type de… Mais **du moment qu'il y a le mot « psy » c'est très très rare qu'ils répondent**. Très rare. Voilà. » (**M5**)
	Origine (psychiatrique) de la consommation non traitée	« Bon, après j'ai l'Espéral®, l'Aotal®, et puis **tous les anxiolytiques, parce que j'estime que si on traite pas l'origine, pourquoi ils boivent**, dans quel état ils sont avant et, et comment ils se mettent après… comment ils réagissent à cet état… **Si on traite pas ça, ça sert à rien**. Parce qu'ils rechutent aussitôt, je pense. » (**M12**)
	Psychologue non remboursé	« Après peut-être un autre frein, ce serait le **non-remboursement de la psychologue en ville**, parce que clairement, on sait que l'alcool est rarement un problème à lui tout seul et qu'il cache souvent soit une dépression, soit une pathologie psychiatrique autre, donc. » (**M15**)
Cas particuliers	Les femmes	« Mais par contre, moi où j'ai souvent des problèmes, c'est plus avec les **femmes**. C'est terrible, je savais pas que c'était… Je vous assure, hein ! C'est… J'en ai vraiment plein, et c'est quasiment tout le temps un alcoolisme caché, nocturne bien souvent. Et vous vous en rendez compte parce que, bon, vous avez les analyses… des choses comme ça. Et j'en ai quelques-unes qui en sont mortes, hein. Euh, je veux dire… donc c'est vraiment un **alcoolisme assez difficile.** » (**M14**)
	Les jeunes	« Il y a le problème d'**alcoolisation des jeunes**, aussi. Parce que les jeunes… **C'est pas une alcoolisation chronique qu'ils ont. Ils font souvent des soirées hyper arrosées où ils se mettent minables.** Pour eux c'est presque normal, ils se considèrent pas comme alcooliques. Pour eux, c'est un jeu. C'est une manière aussi de se montrer un peu aux copains, tout ça. Faire comme les autres. Il y a un danger aussi parce que quelque part je pense que ces jeunes-là, tôt ou tard, ils vont basculer dans une alcoolisation chronique et régulière. Il faut penser à ça, aussi. **Il n'y a pas que l'alcoolisme chronique standard,** le beauf alcoolisé pendant… depuis vingt ou trente ans, qui a sa stéatose en train de basculer en cirrhose, le nez rouge… [rit] Il n'y a pas que ça. **Il y a aussi les jeunes de vingt à vingt-cinq ans, ou même plus jeunes.** On en voit**,** aussi. » (**M1**)
Particularités du patient addict à l'alcool	Patients « épuisants »	Secrétaire : « […] …**Ils sont vite fatigants**, aussi, hein ? Justement, on est obligé de répéter tout le temps les mêmes choses. » (**M3**)

	Sevrage total difficile voire impossible	« Bon les miens, de désirs, ce serait de **les faire arrêter mais 'faut être lucide, on y arrive jamais**. » (**M9**)
	Etat d'ébriété lors de la consultation	« C'est là qu'on sait pas quoi faire parce que, **on peut pas faire grand-chose quand on est déjà en face de quelqu'un en état d'ivresse**. C'est là que c'est compliqué. » (**M10**)
	Bénéfices secondaires de la prise en charge	« Les patients qui sont dans l'addiction, bien souvent c'est aussi pour créer une espèce d'auto-destruction qui fait qu'ils deviennent dépendants des autres et que les autres s'occupent d'eux. **Quelque part quand ils sortent de ça, quelque part on s'occupe moins d'eux.** » (**M1)**
Entourage	Non aidant/Absent	« Il y a toujours, des fois, un entourage, euh… Où il y a des **heurts avec l'entourage**. La patiente et la famille de la patiente qui refusent cet alcoolisme… [soupire] Voilà. Ça demande aussi une écoute de la part de la famille**,** aussi. La prise en charge aussi passe par là. » (**M12**)
	Consommateur d'alcool lui-même	« Euh, ben du coup, dans les autres freins, c'est **le conjoint ou la conjointe qui consomme**. Ça c'est vraiment difficile, même si… Justement, **s'il y en a un des deux qui consomme plus que l'autre et qui n'a pas envie d'arrêter, c'est clairement un frein**. Et qui revient assez souvent, hein. » (**M15**)
Degré du trouble de l'usage	« Alcoolisme mondain »	« Il y en a deux ou trois qui ont arrêté, **mais le [consommateur d'alcool] mondain, il veut pas. Très difficile**. » **(M18)**
	Patients dépendants	« Après pour les autres, **ceux qui sont vraiment - enfin dépendants, les choses comme ça, 'fin c'est, c'est, c'est… C'est une catas- 'fin, c'est… [soupire] C'est sans fin, quoi, je veux dire**. » (**M11**)

- Autres obstacles (Figure 11)

Figure 11 : Autres obstacles



Thèmes	Catégories	Exemples de citations
Problème sociétal	Banalisé, tabou	« Euh… après, chez les hommes, c'est plutôt le fait que c'est **complètement banalisé. Parce que comme c'est dans les habitudes souvent familiales et sociales**, on va dire, donc… » **(M16)** « […] déjà si on arrive à faire diminuer les gens, c'est déjà bien, parce que l'arrêt complet, ça peut arriver, mais c'est vraiment exceptionnel. [rit] **Surtout en France. Hein. Donc, on est un pays où l'alcool est important, ne serait-ce que par le vin**, donc, faire complètement arrêter… Passer à zéro, ça peut arriver, mais c'est vraiment exceptionnel. » **(M14)**

	Alcool pas cher	« Alors, l'argent n'est pas un problème, parce que... quand elles ont pas d'argent, elles achètent du **vin à un euro...** voilà. » (**M9**)
Limites de la prise en charge ambulatoire	Refus d'aller en structure (hôpital/CSAPA/CC)	« Si on est tout seul dans son coin, à leur coller un Révia® tous les jours et dire « bon ben faut moins boire, faut plus boire du tout sinon ça va pas aller », **et le gars il veut pas être hospitalisé donc on fait quoi ?** […] » (**M1**)
	Prise en charge en ville difficile	« Parce qu'à l'hôpital, oui c'est facile, on les a là sous le nez. Donc, c'est facile de dépister les complications, etc, **mais quand ils sont en ville, c'est un peu plus compliqué**. **S'ils reviennent pas régulièrement, etc, on n'a pas envie qu'ils fassent un sevrage chez eux,** quoi. Et puis, c'est pas forcément facile. » (**M8**) « Je trouve qu'y a **pas assez d'encadrement en ville**, tout court. D'équipe dédiée à ça. Parce que, ben nous déjà on peut faire le travail mais je pense qu'ils auraient besoin d'être accompagnés plus et de voir quelqu'un d'autre en plus du médecin. » (**M8**)
	Sevrage ambulatoire trop brutal	« […] **Il faut jamais arrêter brutalement l'alcool. Les gens qui arrêtent brutalement, c'est la cata.** Dans mon domaine personnel de médecine générale. Ils arrêtent brutalement, ils meurent brutalement. » (**M9**)
	Sortie de cure	« Il y a parfois des patients pour lesquels l'enfermement dans une institution est nécessaire. C'est aussi une histoire de prison d'horaires. Ils se sentent entourés, protégés. Dès qu'ils sortent… **Le problème est à la sortie,** il est pas tellement là-dedans. C'est pas simple du tout. » (**M1**)
Aides médicamenteuses	Doutes sur l'efficacité	« Alors les médicaments, ça ça arrive, euh, mais… **Les médicaments, je sais pas ce que ça vaut.** » (**M14**)
	Difficiles à utiliser/manque de formation	*A propos du Baclofène* : « Donc en fait, je trouve qu'il y a une **discordance entre ce qui est dit – pas sur la réussite, mais sur la mise en place, la facilité, tout ça – et en pratique, c'est assez compliqué**. En plus, ils nous ont sorti tout un protocole d'usage… **Ils croient qu'on a que ça à faire, remplir cinquante mille papiers, envoyer, faire signer le patient**, le truc, ça va. [moue exaspérée] C'est non. » (**M11**) « Et quant au, comment il s'appelle ? Le Liorésal®, euh… Alors **je sais pas du tout comment on l'utilise**, donc. [rit] Je sais que j'ai fait des prescriptions à un patient, mais je sais pas du tout, enfin, j'ai fait des

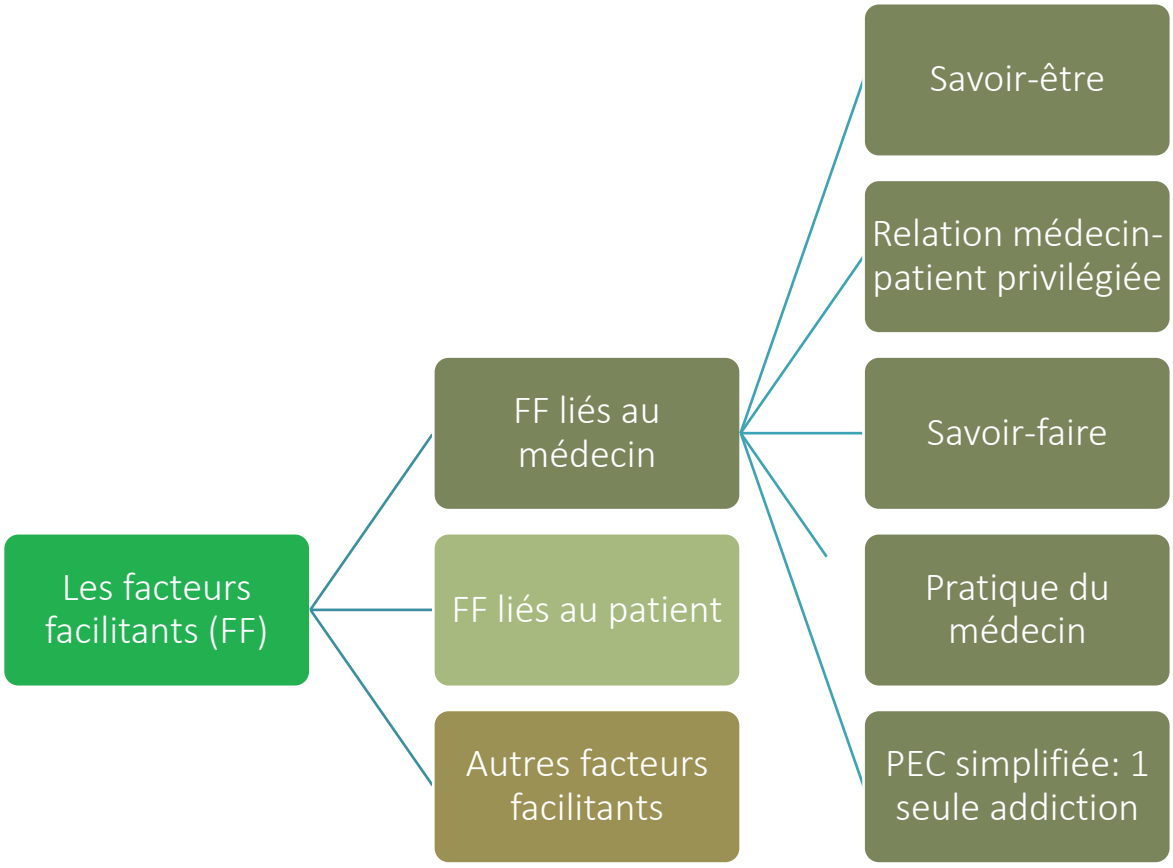
		renouvellements. **Sur ça, on n'a aucune formation non plus,** donc… [rit] » (**M14**)
	Devoir sevrer secondairement les patients de ces médicaments	« J'essaye de pas les utiliser dans un premier temps. Je préfère ne pas être très iatrogène. **Remplacer quelque chose, une addiction par une autre, intellectuellement ça me gêne**. Voilà. » (**M4**)
	Mal supportés	« Alors il y a le **Sélincro®** que j'ai essayé, mais apparemment, les gens, c'est… **Ils ont beaucoup de mal à s'y faire**, apparemment, sur les quelques cas que j'ai essayés. » (**M14**)
	Baclofène effrayant	« Voilà ! Le Baclofène ! Mais, euh, pff. Bon, ça a l'air très prometteur, c'est vrai, mais pffff… [soupire] **Quand je vois les doses que l'on donne, moi ça m'affole.** » (**M4**)
	Pas de « médicament miracle »	« Là au jour d'aujourd'hui, **on n'a pas de médicament miracle, comme tu traites pour la tension ou quoi**. » (**M2**)
Disponibilité des personnes ou structures-ressources	Ville d'exercice loin du CHU/CSAPA	« Ici en réalité, on n'est pas spécialement aidés, **on est à 100km du CHU**. » (**M3**) « Alors après, on peut toujours s'appuyer sur les CSAPA, **mais à [ville], par exemple, il n'y a pas de CSAPA, donc ça va être Antibes**. Donc ça va, ça va compliquer aussi, puisque ça veut dire aller plus **loin**, donc finalement… » (**M15**)
	Déficit d'accès à une psychothérapie dans la ville d'exercice	Secrétaire : « S'il y a quelque chose qui manque, c'est souvent **l'accès à la consultation psy**. Parce que quand t'as une addiction, et que… C'est vrai qu'ici, on n'a plus de, de… Le CMP ne monte plus, il n'y a plus de psychiatre qui monte ici. » (**M3**)
	Manque de disponibilité des CMP	« […] **le CMP est débordé**… » (**M15**)
	Manque de disponibilité des CC/CSAPA	« C'est pas mal [les CSAPA]. J'en ai envoyé plusieurs, des patients. Le souci, je crois que c'est… Le défaut qu'on peut [trouver], c'est le **problème de la disponibilité,** je crois. C'est que, quand un rendez-vous est raté, quand les horaires, etc… C'est vrai que les patients, il y en a beaucoup qui sont revenus vers moi après quelques, quelques séances au CSAPA en me disant : « Ah non, je reste avec vous, Docteur. C'est plus facile pour moi », etc. » (**M10**) *A propos des Centres de Cure*: « Mais là encore, c'est un peu long parce qu'il faut… Il faut faire une demande de prise en charge, il faut qu'il y ait l'accord de la sécu, une place au centre en question… **Entre-temps, il s'écoule des semaines et parfois le patient se décourage un petit peu…** Il arrive qu'à la

		sortie, la décision qui avait été prise au départ capote parce que le temps s'est écoulé entre-temps. » (**M1**)
CSAPA et Centres de Cure (CC)	Manque de retour	« C'est que, **quelquefois on envoie sur les centres et on ne sait pas ce qu'il se passe.** Pas forcément ce qu'il se passe. **Ou alors, on le sait beaucoup plus tard**. Et ça, ça peut être un peu embêtant, un peu compliqué, m'enfin. » (**M10**)
Aides à l'accompagnement	Manque de supports à donner au patient	« **Il n'y a pas tellement de supports qu'on peut leur donner**, je trouve. Qui pourrait les aider aussi eux chez eux, à lire quand ils sont un peu perdus… Ça y'a pas tellement, moi j'ai pas en tout cas. » (**M8**)
	CDT pas toujours fiable	« **Quand le gars il boit de façon chronique, t'as la CDT qui est normale**. Et le mec il se f*ut de ta gu*ule, il continue à picoler. » (**M9**)
Médecines alternatives et OH	Impossibilité de prescrire des médicaments homéopathiques à base d'alcool	« **Je ne donne pas de potions alcoolisées parce que c'est vrai que si on fait « alcool zéro », c'est difficile pour eux.** » (**M5**)

b. *Les facteurs facilitants*

- Facteurs facilitants liés au médecin (Figure 12)

Figure 12 : Facteurs facilitants liés au médecin



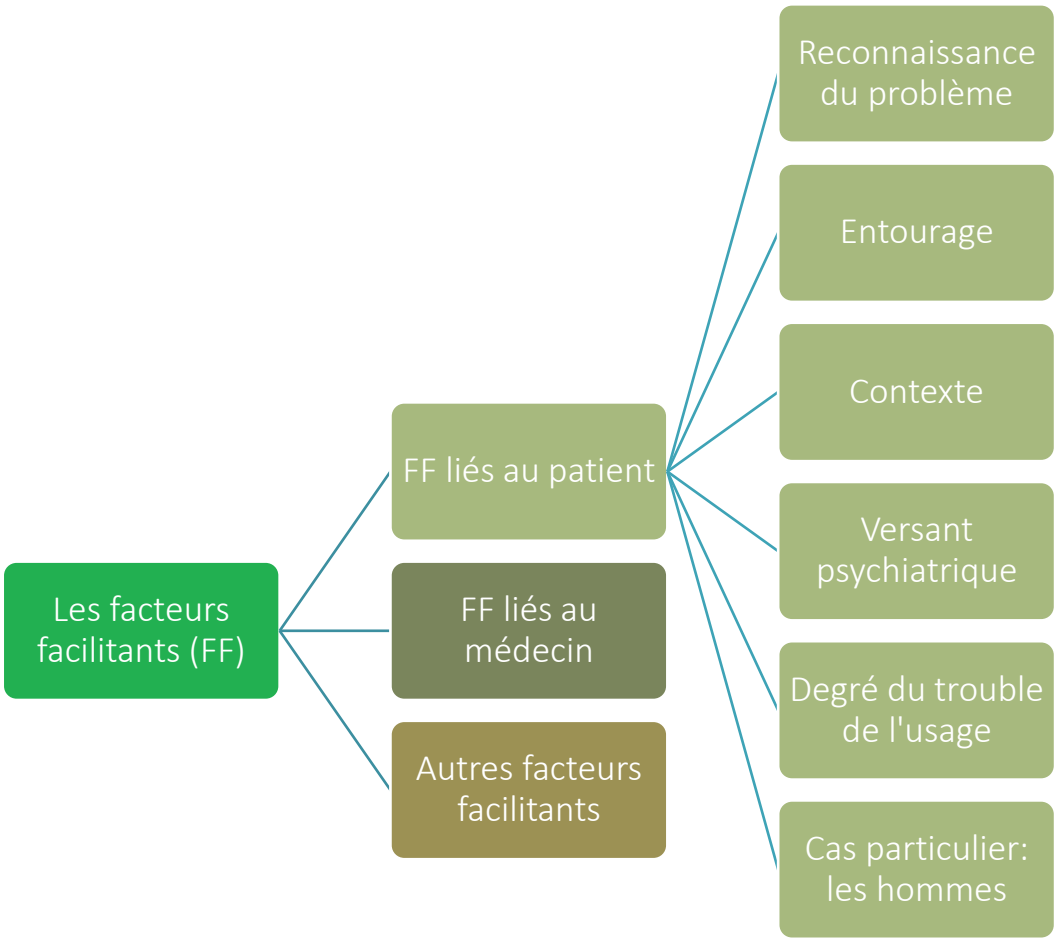
Thèmes	Catégories	Exemples de citations
Attitude du médecin – Savoir-être	A l'aise/Pas de réticence	«Moi **je parle facilement avec mes patients**, donc il y en a, ça sort spontanément ou je pose moi la question et, et j'interpelle le patient, voilà. « Quelle est votre consommation ? Combien ? Est-ce que vous pensez que c'est normal ? Est-ce que vous pensez que c'est trop ? Est-ce que, depuis quand ? » Etc, voilà. Mais, je, **j'en parle au cours de mes, de mon questionnaire**. » **(M12)**

	Empathique/A l'écoute	« Après oui ben il y a, j'imagine, le type de médecin. Je suis pas, je suis pas trop vieille école à dire : « C'est comme ça, vous faites comme ça » donc **j'essaye vraiment de favoriser l'écoute du patient** et de, et d'essayer de le faire réfléchir et se modifier. Ce qui est plus long, mais du coup je pense que quand même ça crée un climat de confiance. » (**M15**)
	Ne juge pas	« Je, moi je, voilà. **Je déculpabilise les gens.** C'est surtout les déculpabiliser qu'il faut faire, à mon avis. Parce qu'ils sont dans la souffrance, physique, morale, et puis surtout l'entourage, hum, voilà. » (**M4**)
	Fait rire le patient	« '**Faut rigoler avec eux.** Devenir leur copain, et puis bon, « tu sais ce qui me ferait plaisir ? » Et comme ça, ça marche ! » (**M9**)
Relation médecin-patient privilégiée	Le médecin connaît ses patients	« **Je suis un vieux médecin, donc je les connais, les gens**. Et s'ils veulent me dire ou pas me dire… » (**M2**)
	Relation de confiance	« Puis on les revoit régulièrement, et puis quelques mois après, on sent que, ils veulent pas avouer qu'ils ont rechuté ou bien qu'ils ont pas réussi à baisser la consommation à quoi on, on avait presque écrit par contrat, quoi, donc. Et là, on sent qu'ils sont fuyants. [Et à ce moment-là], ben **on essaye de dédramatiser, on essaye de pas les culpabiliser et surtout, on essaie de rétablir avant tout une relation de confiance**. » (**M16**)
	Le médecin connaît l'entourage	« Il y a **l'entourage qui peut effectivement nous dire – nous mettre au courant, entre guillemets – de certaines choses**, et on peut ou pas en parler au patient, parce qu'il faut pas non plus que ça, que ça entraîne des problèmes dans le couple ou dans la famille, après, hein.» (**M16)**
	Lien de premier recours	« Ben j'ai l'impression que quand même, **le généraliste, c'est le premier recours**, et on est assez libre de lui parler [au patient]. Donc, ça c'est facilitant, quoi. Ils iraient pas voir, à mon avis, aller taper au CSAPA directement en disant : « Bonjour, j'ai un problème d'alcool ! » donc, finalement, on est quand même la première rentrée. » (**M15**)
Savoir-faire	Formation/Expérience	« Après c'est vrai qu'à Nantes, j'en voyais beaucoup. Je bossais chez un… J'avais fait un stage de **Faisant Fonction Médecin** à l'époque. Et c'était, simplement, c'était un **service pour alcooliques**. » (**M3**)
	Connaître le motif caché de la prise d'alcool	« En fait **il y a une demande, et puis il y a qu'est-ce qu'il y a derrière.** » (**M9**)

	Aime s'occuper des addictions	« Enfin, **tout ce qui est addiction**, que ce soit tabac, alcool, drogues, **j'aime bien le prendre en charge**, donc. Donc, j'essaye de faciliter. » (**M15**)
	Sait gérer les situations de crise seul	« Ici en réalité, on n'est pas spécialement aidés, on est à 100km du CHU. **Donc les décisions, on a l'habitude de les prendre seuls**, hein, quand elles sont importantes. Que ce soit dans les urgences… Ça arrive, hein. Une hémorragie digestive… » (**M3**)
Pratique du médecin	Disponible	« Il faut **être disponible pour eux quand ils ont besoin**, au moment où ils ont besoin, parce que si jamais ils rentrent chez eux, ils vont [fait le geste de déboucher une bouteille] attaquer la bouteille. Donc c'est dommage, mais quand ils ont besoin, c'est bien qu'ils aient une écoute. » (**M12**)
	Visites à domicile	« Puis tu regardes, **c'est bien de voir les gens vivre, aussi, chez eux...** » (**M9**)
Facteur de simplification de la prise en charge	Une seule addiction	« […] si la personne n'a **pas d'autre co… d'addiction associée**, souvent, hein. **C'est plus facile, je trouve**. » (**M6**)

- Facteurs facilitants liés au patient (Figure 13)

Figure 13 : Facteurs facilitants liés au patient

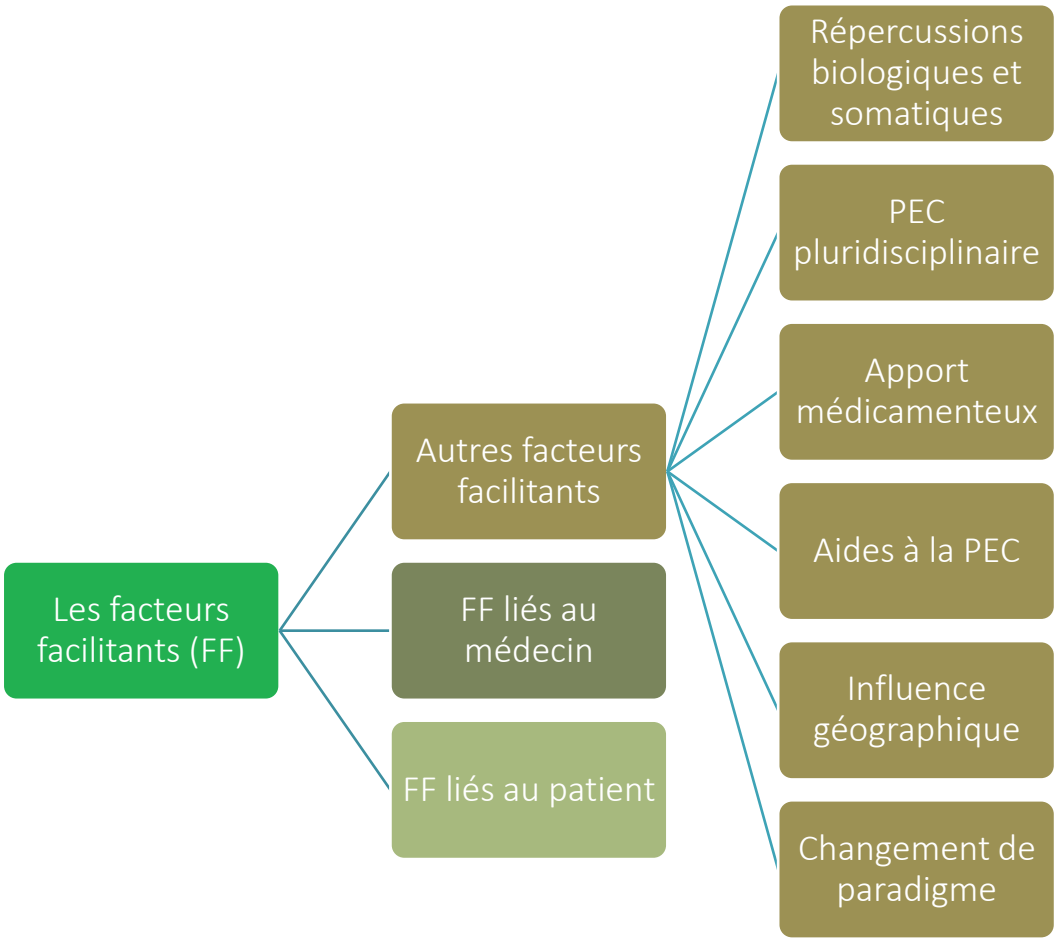


Thèmes et sous-catégories	Catégories	Exemples de citations
Reconnaissance du problème	Pas de déni	« Là, à vrai dire, **le gros problème, c'est que la personne arrive à s'avouer à elle-même qu'elle est dépendante de l'alcool. C'est tout, après.** Une fois qu'il a passé cette étape, la situation s'éclaircit un petit peu. » (**M1**)
	Suivi en place/Motivés	« Si on arrive à **faire revenir le patient régulièrement**, ça l'ancre dans un… Une démarche thérapeutique où ça l'aide à arrêter, ça c'est sûr. » (**M8**)
	Si « déclic »	« Et puis, je sais pas ce qui s'est passé, elle vivait seule, **elle a eu un déclic. Et elle a remonté la pente**. » (**M4**)

Entourage	Entourage aidant	« On reçoit les familles, aussi. On discute beaucoup avec les, l'entourage de ces gens-là. **C'est parfois plus facile d'intervenir par ce biais, d'ailleurs. Parce que l'entourage est utile**. » (**M3**)
Contexte	Impact sur la qualité de vie	« **Moi ce qui m'aide surtout, c'est de… Où je sensibilise les gens, c'est l'impact.** L'impact qu'a cette addiction sur leur vie familiale. Parce qu'en fait, il y a le problème personnel, certes, qui est primordial, et ensuite le retentissement sur, sur leur vie. Et sur leurs rapports avec les autres. » (**M4**)
	Pas de comorbidité associée	« Si y'a **pas d'autre pathologie** […] » (**M6**)
	Début du parcours de la consommation	« Euh… qu'est-ce qui peut nous aider ? Ben, après, il y a le degré, aussi. Est-ce qu'on est au **début d'un alcoolisme** ? » (**M10**)
	Couverture sociale	« S'il y a des choses favorisantes, alors un patient qui avait la **CMU**, donc du coup j'imagine que le volet financier… **Il savait qu'il pouvait venir quand il voulait**. Ça ça doit être facilitant. » (**M15**)
Versant psychiatrique	Elément psychiatrique déclencheur	« […] et qu'il y a un **contexte**, on va dire, **psychologique, dépressif**, voilà. C'est vrai que ça… c'est assez lourd, mais en même temps, voilà : **si autour il y a des choses qu'on peut, on arrive par d'autres biais aussi à les… J'allais dire, leur faire accepter le problème, à leur faire voir quelqu'un,** voilà, des centres de cure, des choses comme ça. Voilà. On peut y arriver, quand même. » (**M17**)
	Une psychothérapie assidue	« **Quand ils veulent bien aller voir le psy au CMP, ça marche bien**, aussi, quand même, la plupart du temps. » (**M8**)
Degré du trouble de l'usage	Trouble léger	« Si c'est un **abus léger qui porte pas trop à conséquence, là on arrive à raisonner**, à, bon, à réduire, à revenir sur des quantités, enfin… « normales » et ça pose pas trop de problèmes. » (**M11**)
Cas particulier	Les hommes	« **Les garçons, c'est plus facile**, avec le temps, avec une relation de confiance. » (M9)

- Autres facteurs facilitants (Figure 14)

Figure 14 : Autres facteurs facilitants



Thèmes et sous-catégories	Catégories	Exemples de citations
Répercussions biologiques et somatiques	Conséquences biologiques et somatiques de la consommation	« Il a un problème de **GGT au plafond et ça ça lui a fait peur**, quand il a vu que son bilan biologique s'était vraiment dégradé. **Et il a voulu qu'on le, qu'on le prenne en charge**. » (**M13**) « Après quand, quand je sens qu'il y a un retentissement possible physiquement, bon ben on fait **une échographie du foie, etc, de manière à avoir une imagerie qui peut leur faire peur, leur faire ouvrir les yeux**, encore une fois, et puis, euh… leur faire confronter la réalité, c'est-à-dire qu'il y a un réel problème et qu'il faut s'y attaquer. » (**M16**)

	Amélioration biologique et somatique	« Ah oui, une preuve aussi, au niveau de la **biologie**, au niveau de **l'état hépatique** etc. Euh, ça dépend des personnes qui sont déjà un peu atteintes**, quand il y a un retour à une normale, ça c'est super bénéfique pour la personne.** Elle constate son objectif, son évolution positive et ça**,** c'est bien. Quand des gens ont une cirrhose, et il y a eu sevrage complet, alcool zéro, et le foie régénère c'est génial, moi je suis content. **Ça c'est une preuve objective du bien-fondé de la méthode**. » (**M5**)
Prise en charge pluridisciplinaire	Prise en charge pluridisciplinaire	« Après, les patients plus lourds… ouais, j'ai pas l'impression de les suivre vraiment moi, ou c'est souvent avec des **psy**, ou… voilà, des **addicto**. **C'est pas moi toute seule.** Je sais pas, on essaie d'initier un peu le truc, mais, voilà. » (**M17**)
	Sevrage institutionnel	« Ce qui marche le mieux, finalement, c'est l'unité, là-haut, à l'Archet. **En gastro, ils ont une unité de… sevrage** […] » (**M11**)
	CSAPA/Consultation addictologue	« **Le CSAPA, je trouve que ça facilite**… que c'est pas mal, ça, parce que vraiment, on sait au moins où les diriger. En général ceux qui y vont, ils disent qu'ils sont bien suivis. Je les revois et ils continuent à y aller, donc là, **j'ai l'impression qu'il y a un suivi, vraiment, après la consultation**, que ça n'a pas abouti à rien. » (**M6**)
	Réseau addictions	*NB : Cite le réseau, mais n'utilise pas encore :* « Alors après, j'ai, j'ai pas encore… **je sais qu'il y a des réseaux de prise en charge des addictions**, et… Je pense que peut-être par les réseaux, on peut avoir accès à une psychologue de soutien, voilà. Ça il faudrait creuser. » (**M15**)
Apport médicamenteux	Les nouveaux médicaments	« Peut-être, oui, y a des demandes par rapport au Baclofène. Alors, euh, je suis, je sais pas, j'ai trouvé un début d'aide où ils expliquent comment faire le début. Après… Plus pour, **pour favoriser le lien thérapeutique**, tout en disant au patient que rapidement, moi je vais pas avoir le droit de le prescrire et qu'il faudra aller voir un addictologue, mais au moins **pour qu'il y ait quelque chose qui puisse être commencé**. » (**M15**)
	Information dans les médias	*A propos des nouveaux médicaments :* « Après, qu'est-ce qui peut aider, c'est s'il y a de la pub, **s'ils ont entendu de la pub, s'ils viennent avec une idée dans la tête en disant : « Ben tiens, j'ai entendu parler d'un truc »**, ou « Ça a marché chez mon copain Machin et je veux la même chose ». Ça, ça peut

		être une aide pour nous. Dans leur entourage, le nom des molécules qui ont fait leur preuve et qui, qui les motivent. » (**M13**)
Aides à la prise en charge	Campagnes médiatiques	« S'il y a une aide, c'est l'aide médiatique. **L'aide médiatique avec les différentes campagnes qui font, qui peuvent sensibiliser les gens à leur arrêt**. » (**M4**)
	Supports papiers	*Parle des supports papiers accompagnant le Sélincro® (carnets de suivi…) :* « Le Sélincro® c'est pas mal, hein : ils ont des **plaquettes, on fait une analyse, on… on revoit le nombre de verres**. Si c'est, **c'est toujours des outils**, puis après 'faut avoir le réflexe de s'en servir. » (**M13**)
	Entretien motivationnel	« Ça c'est sûr que l'entretien individuel, ça ça marche bien. **L'entretien motivationnel**, etc. Régulier. » (**M8**)
Influence géographique	Régions du Sud favoriseraient moins la consommation d'alcool	« **Ils boivent pas tellement, ici, dans la région.** C'est surtout les personnes âgées qui boivent. Ils se réunissent entre eux, ils font les apéritifs… Euh, celui [ceux] qui boi[ven]t avec intempérance, y en a pas beaucoup. Quand j'étais dans l'Est, ils buvaient beaucoup plus. Dans l'Est, en Moselle. » (**M18**)
Changement de paradigme	Fin du dogme de l'abstinence	« Mais bon, maintenant, avec le Sélincro®, on peut diminuer sans forcément sevrer ; donc ça peut être une **diminution sans forcément arriver à un sevrage total**. Ce qui passe plus… **ce qui passe mieux, d'ailleurs, psychologiquement. C'est plus facile de diminuer que de dire « Bon, je vais complètement arrêter. »** » (**M13**)

c. Les ressources utilisées par les médecins généralistes

- Ressources médicamenteuses

Les médicaments d'aide au maintien de l'abstinence ou d'aide à la réduction de la consommation :

- Les plus cités par les médecins sont l'**Acamprosate** (Aotal®), le **Nalméfène** (Sélincro®) et le **Baclofène**.

- La **Naltrexone** (Révia®) et le **Disulfirame** (Espéral®) ont été cités par une minorité de médecins.

- Certains médecins ont indiqué **préférer faire des renouvellements plutôt qu'initier** eux-mêmes ce genre de traitement, soit par crainte devant des médicaments considérés de « spécialité », soit par défaut de formation. Quelques médecins ont précisé, par exemple, qu'ils

accepteraient d'initier un traitement par Baclofène s'ils recevaient une formation pour cela :

« ***Si c'est pour l'utiliser n'importe comment, je vois pas l'intérêt****, donc. C'est quand même un médicament qui a des effets secondaires, hein. Donc, tant qu'à faire, autant l'utiliser correctement,* ***mais on n'a aucune formation ne serait-ce que… on sait pas. Donc je pense que c'est un peu le souci, aussi****.* » (**M14**)

- Parmi les médecins utilisant peu ces médicaments, certains ont indiqué ne pas être convaincus de leur efficacité. D'autres ont tout simplement énoncé « ne pas les aimer » ou leur préférer les **anxiolytiques**, l'**homéopathie** ou même l'**eau sucrée** (**M5**). L'idée a également été avancée que ces médicaments seraient des **produits de substitution dont il faudrait sevrer le patient secondairement** :

« *Oui, ben… Oui, oui. J'utilise… Enfin au début, j'essaye.* ***J'essaye de pas les utiliser dans un premier temps. Je préfère ne pas être très iatrogène. Remplacer quelque chose, une addiction par une autre, intellectuellement ça me gêne.*** *Voilà. Mais s'il le faut, ben… Oui. On utilisera*. » (***M4***)

- Concernant le Baclofène spécifiquement, il a été signalé qu'il pouvait être « effrayant » à utiliser du fait des posologies parfois élevées dans le cadre de la réduction de la consommation d'alcool. Les médecins ont également mentionné que les obligations liées à la RTU pouvaient être difficiles à mettre en pratique dans le cadre de leur activité au cabinet.

<u>Les autres médicaments</u> :

- Les **anxiolytiques, benzodiazépines ou autres**, ont été cités par la majorité des médecins.
- Les **antidépresseurs** ont également une place importante dans la prise en charge.
- La **vitaminothérapie** a été citée par une minorité de médecins.

- <u>Ressources non médicamenteuses au cabinet</u>

- Spontanément, dans cette partie, **la majorité des médecins a cité la biologie comme une aide précieuse dans la prise en charge**. Une **imagerie du foie** a également été citée comme étant utile, que ce soit à l'aide d'une échographie, d'un scanner, ou d'un simple dessin réalisé d'après la palpation du foie (**M18**).

  Les médecins utilisent ces examens complémentaires comme leviers de la prise en charge ; ils sont, pour eux, un moyen de combattre le déni des patients et d'assurer le suivi.

A propos d'une patiente :

« *Et c'est une dame en plus que je peux pas du tout suivre,* ***elle refuse toutes les prises de sang, alors les complications liées à l'alcool, c'est impossible d'essayer en lui montrant sa prise de sang de lui dire : « Ah ben écoutez, vous voyez, il y a des conséquences, il faudrait quand même… »*** *S'appuyer sur ça, c'est pas possible*. » (**M8**)

Une amélioration constatée par ces examens complémentaires permettrait aussi d'encourager le patient :

« *Ah oui, une preuve aussi, au niveau de la biologie, au niveau de l'état hépatique etc. Euh, ça dépend des personnes qui sont déjà un peu atteintes,* ***quand il y a un retour à une normale, ça c'est super bénéfique pour la personne.*** *Elle constate son objectif, son évolution positive et ça c'est bien. Quand des gens ont une cirrhose, et il y a eu sevrage complet, alcool zéro, et le foie régénère c'est génial, moi je suis content.* ***Ça c'est une preuve objective du bien-fondé de la méthode***. » (**M5**)

- La **CDT** a été citée spécifiquement par quelques médecins. Les médecins s'aident aussi des **signes cliniques d'imprégnation alcoolique** (haleine, etc).

- L'**entretien motivationnel** représente une aide à la prise en charge pour une minorité de nos médecins. Ceux qui ont dit s'en servir font partie des médecins jeunes (moins de 40 ans). Le **conseil minimal** a également été cité.

- Les **recommandations OMS de consommation** sont données aux patients et peuvent aider à la prise en charge.

- Le **cycle de Prochaska et DiClemente** a également été mentionné (avec quelques erreurs).

- Les médecins ayant mentionné les **questionnaires** ont dit qu'**ils ne les utilisaient pas**. Plusieurs raisons ont été avancées : le manque de connaissance précise de ces questionnaires, le fait de ne « pas avoir le réflexe » de les utiliser, le fait que ces questionnaires ne correspondent pas au mode d'exercice du médecin. Pour certains des médecins, ces questionnaires peuvent aussi se révéler **« chronophages » au détriment du lien avec le patient** :

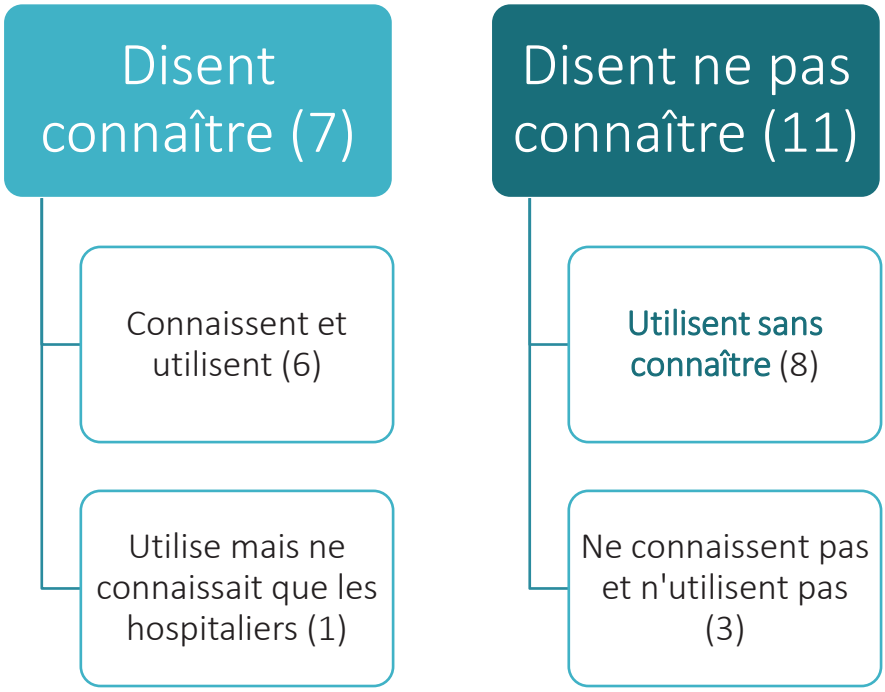
« ***J'en connais pas des fiables****, et puis bon. Euh… Il y a un moment où… C'est vrai que bon, quand je suis avec mes patients, la consultation se fait, 'fin…* ***on ressent un peu les choses comme ça****, et puis… Mais c'est vrai que, et puis d'une certaine manière aussi, quand on est en consultation en ville, on n'a pas autant de temps qu'en hospitalier, donc* ***faire des échelles d'évaluation, etc, ça peut représenter quelques minutes supplémentaires aux dépens du contact, tout bêtement****, ou un truc comme ça*. » (**M10**)

- <u>Personnes ou structures-ressources</u>

L'addiction à l'alcool est un problème complexe. Nos médecins travaillent en réseau pluridisciplinaire afin d'y faire face.

Les CSAPA (Centres de Soins et d'Accompagnement en Addictologie) :

Figure 7 : Les médecins et les CSAPA



Cette figure a été présentée dans le IV.2/. Elle ne sera pas plus commentée ici. Elle sera plus analysée dans la partie Discussion.

- Le suivi par un **spécialiste addictologue** est utile pour la plupart de nos médecins.

La prise en charge psychothérapeutique :

- Les médecins ont mentionné la nécessité d'un **accompagnement par un psychologue et/ou un psychiatre.** Quand la situation l'exige, ils peuvent aussi **faire hospitaliser les patients en psychiatrie**. Le **suivi en Centre Médico-Psychologique** a également été cité comme étant utile.

Concernant le sevrage :

- Le sevrage peut se faire en ambulatoire ou en hospitalier. La majorité de nos médecins travaille avec les « **Centres de Cure** ».

Les médecines alternatives :

- La **sophrologie** et l'**hypnose** ont été mentionnées comme aides à la prise en charge.

<u>Les associations</u> :

- Une minorité de nos médecins travaille avec les associations. Les **Alcooliques Anonymes** et la **Croix Bleue** ont été mentionnés. Pour les médecins, ces associations permettent d'aider notamment grâce aux psychothérapies de groupes.

d. Les propositions et les besoins des médecins

Ce **tableau III**, regroupant d'une part les conseils que les médecins interrogés souhaitent donner à leurs confrères concernant la problématique alcool et d'autre part les propositions des médecins pour améliorer la prise en charge des patients en trouble de l'usage d'alcool moyen ou sévère, a été réalisé à partir des deux dernières questions du guide d'entretien.

Tableau III : Conseils et Propositions des médecins généralistes

Conseils à l'attention des confrères	Propositions des médecins
Cultiver la **relation médecin-patient** (notamment l'écoute).	Adapter la **formation** ➔ Plus tôt dans les études.
Affiner le **dépistage** et la **prévention** (jeunes, femmes...). **Y penser**.	Mieux organiser la **prise en charge ambulatoire** ➔ Développer le réseau. ➔ Accueil de jour en ville. ➔ Développer la consultation psy en rural. ➔ Soins post-cure : professionnel au domicile du patient. ➔ **Equipe dédiée en ville comme pour les soins palliatifs.** ➔ Structure d'accueil en pension complète.
Ne pas être pressé/être plus **disponible**.	Renforcer la **prise de conscience collective**, notamment auprès des jeunes (campagnes de prévention, etc).
Ne pas se décourager.	Améliorer la **communication entre les différents intervenants pluridisciplinaires** ➔ Liste de contacts.
Prendre en charge le côté **psychologique**.	Avoir de la **documentation à destination des patients**.
Accepter les échecs.	**Revaloriser la consultation** addiction.
Primum non Nocere.	**Continuer la recherche** médicamenteuse.
Ne pas faire sans savoir.	Revoir la **législation de la vente des boissons alcoolisées** dans un but de prévention.

Orienter vers les **spécialistes**.	
Trouver un juste milieu entre **ce qui est acceptable et ce qui ne l'est pas.**	

V. DISCUSSION

Cette étude est une étude qualitative. Elle ne cherche pas à quantifier ou mesurer quelque chose, mais elle recueille des données verbales, subjectives par nature, dans une démarche interprétative.[30] **Cette étude ne permet donc pas de généraliser les résultats obtenus à la population générale des médecins généralistes des Alpes-Maritimes, mais elle apporte des pistes de réflexion** utiles à la compréhension du fonctionnement des médecins, sur le terrain, au sein de leur cabinet de médecine générale.

V.1/ Les résultats

- L'objectif principal de l'étude : les obstacles, comparaison avec la littérature

Les obstacles retrouvés dans notre étude sont compatibles avec les données de la littérature[31] [32]. L'un de ces deux travaux[32], une étude quantitative portant sur l'évaluation des pratiques professionnelles des MG lillois dans la prise en charge des patients alcoolodépendants en médecine de ville, retrouve notamment les résultats suivants : **81%** des médecins répondeurs au questionnaire ont cité comme obstacles le **déni du patient**, **75% le refus de prise en charge par le patient**, **48% le manque de suivi des patients** ayant une problématique alcool, **45%** des médecins ont cité un **temps de consultation insuffisant**, **28%** ont signalé **avoir des difficultés à aborder la problématique** et seulement 1% ont dit ne rencontrer aucune difficulté. Les autres obstacles relevés étaient un **manque d'envie** de la part du médecin, les **rechutes**, le **manque d'expérience des médecins**, la **difficulté de la prise en charge**.

La deuxième étude[31] retrouve comme difficultés principales à la prise en charge le **manque de compliance des patients** (64%), les **rechutes** (60%), le **manque de rémunération par rapport au temps passé avec les patients** (48%). Le **déni** a été classé dans « autres difficultés ». C'est une thèse dite qualitative mais effectuée à l'aide d'un questionnaire à questions fermées diffusé majoritairement par courrier électronique. Ainsi, notre étude, basée sur les entretiens individuels en face à face et semi-dirigés, permet une plus grande liberté dans les réponses des médecins et probablement ainsi, du même coup, des réponses plus variées et plus complètes.

L'obstacle le plus souvent cité, dans notre étude, est également le **déni,** cité par quasi la totalité des médecins interviewés. Le **manque de suivi et d'adhérence au traitement** était également un obstacle majeur pour nos médecins. Ces obstacles sont combattus avant tout grâce au **savoir-être** du médecin et à la **relation médecin-patient** : la plupart des médecins nous ont dit n'éprouver aucune réticence à aborder le problème. Ils privilégient l'écoute, cherchent à déculpabiliser les patients, trouvent leur force dans leur connaissance du patient et de son milieu de vie et nourrissent la relation autour du lien de confiance.

Et ce, même si la complexité du problème et le manque de formation théorique et pratique (le manque de « savoir-faire ») ont également été cités comme obstacles à la prise en charge.

- Manque de formation

Ce constat que les médecins généralistes privilégient le savoir-être au savoir-faire en addictologie est retrouvé dans d'autres travaux[33]. Il semble dû en partie au manque de formation des médecins : **une adaptation de la formation** est la proposition d'amélioration de la prise en charge la plus importante pour nos médecins. Notre médecin le plus récemment installé (en 2016) et le plus jeune (classé dans les « moins de 40 ans » mais qui a en vérité moins de 30 ans) a cité le manque de formation dans ses principaux obstacles (**M8**).

Ceci suggère que ce manque de formation concerne également les médecins sortis récemment de la faculté, et pas que les plus anciennes générations.

Pour pallier à ce problème, il a été proposé par un autre de nos jeunes médecins (**M6**) de **revoir notre formation initiale concernant l'addiction** : d'ouvrir plus de stages dans les CSAPA ou les CMP, et que les services spécialisés accueillent des internes voire même des externes. Des **journées en CSAPA durant les stages de SASPAS** pourraient également être utiles.

Actuellement, dans la formation initiale théorique, un item des ECN, le N°74, intitulé « Addiction à l'Alcool », est entièrement consacré à cette addiction spécifique.[34] Une petite partie de l'item N°26 intitulé « Prévention des risques fœtaux » est appelée « Alcool et Grossesse ».[35] Une page du Collège des Enseignants de Neurologie est consacrée aux « complications neurologiques de l'alcoolisme »[36].

A la faculté de médecine de Nice, sur la liste des séminaires de 2015-2016 du DES de médecine générale, il n'y a plus de séminaire consacré aux addictions.[37]

Cette nécessité de revoir la formation initiale est un résultat connu, attendu et retrouvé dans d'autres études.[38]

La formation des médecins ne relève pas simplement de la formation initiale, cependant. Dans notre étude, la source de formation principale de nos médecins provient des **FMC**, **séminaires et congrès**. La deuxième provient des **stages hospitaliers**, en « alcoologie », gastro-entérologie ou psychiatrie.

Aucun médecin n'a cité les groupes de parole, ou groupes BALINT, et effectivement, une recherche sur le site internet officiel de la Société Médicale Balint montre qu'il n'y en a pas à Nice.[39] Ce sont pourtant des outils utiles pour approcher de façon plus fine la réalité des pratiques et des discours des professionnels de santé. Ils permettent de prendre en compte les affects et les représentations à la fois des soignants, et, indirectement à travers leurs discours, des soignés.[40]

Les groupes BALINT permettent notamment d'apporter des pistes de réflexion quand la relation médecin-patient pose problème.[41] Dans une problématique où cette relation est primordiale et représente un tel soutien pour les médecins, s'en passer est dommage. **De nouveaux groupes de parole type « BALINT » pourraient être organisés autour de l'addiction, au sein, par exemple, d'un partenariat plus étroit entre les médecins généralistes et le Réseau Addictions GT06**. Il faudrait toutefois pour cela s'adapter à l'activité de ces médecins de ville surchargés de travail.

- Manque de temps

En effet, l'argument principal avancé par les médecins concernant le manque de formation est le **manque de disponibilité pour les faire**, alors même que l'adaptation de la formation est la proposition la plus importante pour nos médecins pour améliorer la prise en charge. Ce manque de temps a également des conséquences lors des consultations avec les patients : l'addiction à l'alcool est un problème complexe, et les généralistes, dans leur rôle de premier maillon de la chaîne de soins[42], ont le sentiment qu'ils peuvent parfois difficilement accorder aux patients ayant un trouble de l'usage d'alcool tout le temps qui leur serait nécessaire.

La prise en charge est complexifiée encore par le fait que les patients viennent rarement consulter directement pour le problème alcool, et quand les médecins essaient d'organiser une **consultation dédiée** pour tenter d'accorder plus de temps au problème, les patients parfois ne viennent pas.

Une proposition avancée, pour remédier à ce problème, serait de **revaloriser la consultation addiction** en lui accordant un tarif particulier à la hauteur du temps consacré aux patients, comme il existe, par exemple, une revalorisation de la consultation diagnostique d'une dépression quand l'échelle d'Hamilton est utilisée.[43]

Une autre proposition, qui n'est pas tant une proposition qu'un conseil donné par les médecins à leurs confrères, est de **ne pas se montrer pressé en matière d'alcool**.

En effet, la relation médecin-malade, en médecine générale, est une relation qu'on sait tous privilégiée. Aucun autre médecin ne connaît le malade comme le médecin généraliste, et son rôle de première ligne fait qu'il peut voir le malade souvent, et sur la durée.

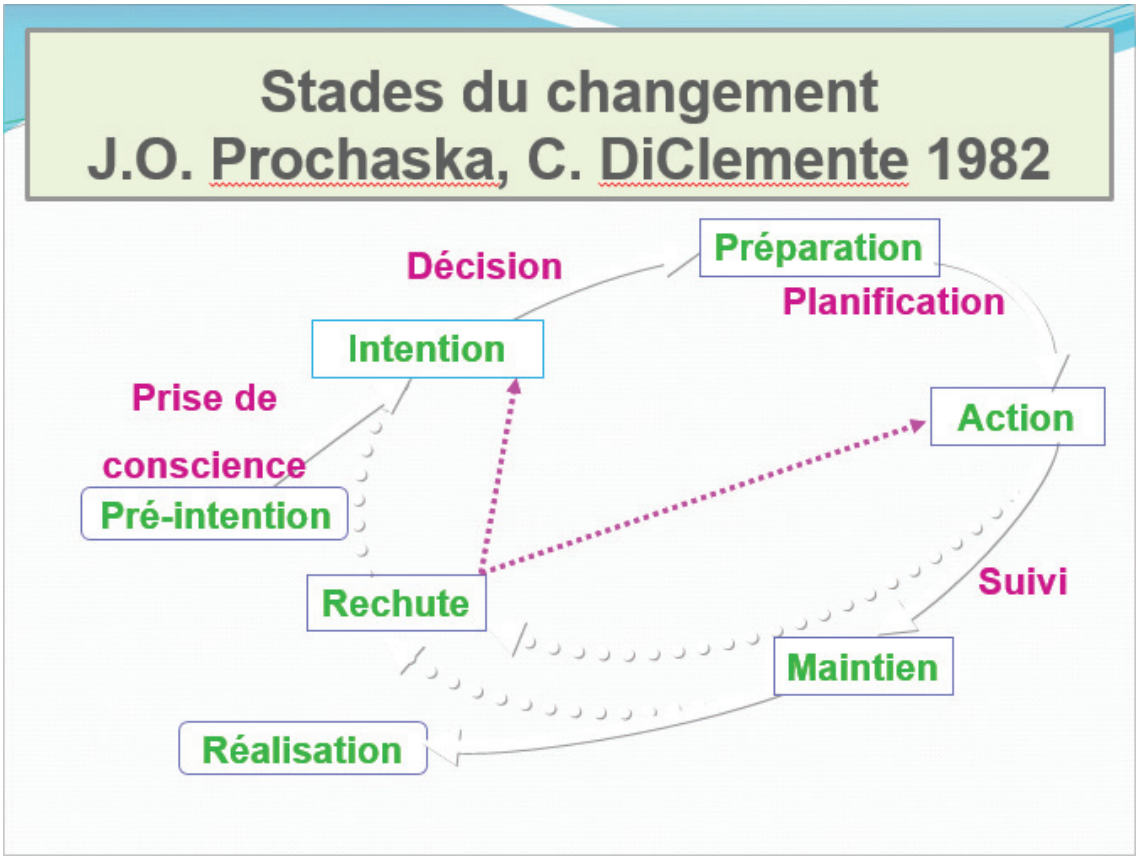
C'est appuyé par les études : **en 2013, 85% en moyenne de la population française de tous les âges a consulté au moins une fois dans l'année un médecin généraliste**. Ces taux varient très peu d'une classe d'âge à une autre, le taux le plus bas étant de 82% en moyenne pour les 0-16 ans.[44]

L'un de nos médecins l'a très bien exprimé (**M9**) : le médecin généraliste revoit facilement le patient, alors le médecin généraliste peut se donner le temps d'aborder la thématique de l'addiction à l'alcool, petit à petit, d'une consultation à l'autre.

Cette « philosophie » de la prise en charge est compatible avec le **Cycle de Prochaska et DiClemente**, qui sera plus amplement commenté en **annexe 3**.

Le modèle transthéorique de Prochaska et DiClemente (**Figure 15**) est essentiellement un modèle de changement individuel qui décrit **comment les gens modifient un comportement problématique ou acquièrent un comportement positif.** Il a été élaboré initialement dans le contexte de la psychothérapie, mais s'intéresse tout autant aux changements de comportement que les gens font de façon autonome. La volonté et la capacité des personnes de s'autoréguler constituent les éléments centraux sur lesquels reposent les interventions qui s'en inspirent.[45]

Figure 15 : Cycle de Prochaska et DiClemente



Ce modèle est très connu et utile dans la prise en charge des addictions. Il est utilisé notamment dans l'addiction tabagique.[46] Le cheminement de pensée de la personne qui doit effectuer le changement de comportement (l'arrêt ou la réduction de la substance, dans une problématique addictive) est découpé en plusieurs étapes[47] :

- La Pré-Contemplation ou Pré-Intention : Le patient ne pense pas avoir de problèmes avec sa consommation. Il n'envisage pas de changer de comportement, dont il ressent essentiellement les bénéfices.

- La Contemplation ou l'Intention : À ce stade commence à se manifester l'ambivalence. Le patient envisage un changement de comportement, mais il hésite à renoncer aux bénéfices de la situation actuelle. On parle alors de balance décisionnelle, qui amène à comparer les pour et les contre d'un changement avec ceux de son comportement actuel.

- La Préparation/ Détermination : À ce stade, le patient se sent prêt à démarrer la phase d'action dans un futur proche ; il détermine des décisions et commence à les mettre en place dans le temps.

- L'Action : Le changement est engagé vers des modifications de son style de vie. Les difficultés sont importantes.

- Le Maintien : À cette phase de consolidation, il convient de rester prudent car les tentations sont nombreuses de retourner au comportement problématique.

- La Rechute : **La rechute est possible et fait partie du processus normal de changement.** Ce n'est pas une manifestation pathologique mais un temps qui peut être nécessaire à la réussite finale du processus.

- La Sortie Permanente ou Réalisation : Ce stade marque la réussite finale du processus dans lequel la personne consolide le stade de maintien.

La **rechute** fait ainsi partie du processus normal du changement de comportement, et même au stade de **déni** (la **Pré-Contemplation**), le professionnel de santé peut « faire quelque chose » : ce stade de la prise de décision peut être l'occasion de la diffusion de messages de prévention dans un but de réduction des risques. Ceci, dans l'attente que le patient arrive au stade de **Contemplation**, où le médecin pourra utiliser l'ambivalence du patient pour l'amener à prendre une décision de changement.[44]

Il serait utile d'**organiser une mise à jour des connaissances des médecins généralistes afin de leur transmettre ces messages** : cela les encouragerait certainement quand ils doivent faire face aux rechutes ou au déni de leurs patients. C'est d'autant plus important que l'absence de déni et l'acquisition de l'adhérence du patient représentent l'un des facteurs facilitant la prise en charge principaux cités par nos médecins.

- Les représentations des médecins généralistes

Elles sont multiples : elles concernent le patient addict à l'alcool, le produit alcool lui-même, la pathologie du trouble de l'usage d'alcool, les possibilités de prise en charge ainsi que les acteurs de la prise en charge pluridisciplinaire, les nouveaux médicaments d'aide au maintien de l'abstinence ou à la réduction de la consommation.

Les patients concernés :

Nos médecins ont déclaré une prévalence globale de patients concernés (en trouble moyen ou sévère d'alcool, soit en situation d'usage abusif ou de dépendance selon l'ancienne nomenclature) **autour de 5%.** Or, en médecine générale, 18% des patients adultes consultant pour n'importe quel motif seraient à risque d'une alcoolisation excessive, soit **quasiment un patient sur cinq[4]**, et **8% seulement des patients concernés seraient traités**.[7]

Pourquoi une telle différence ? Le médecin est comme tout autre conditionné par les représentations culturelles et sociales de l'alcool : alcool aliment, alcool « bon pour la santé », alcool symbole de convivialité et de fête… En miroir, les troubles de l'usage de l'alcool sont vécus de façon très négative à travers les stéréotypes de l' « alcoolique »[48] : c'est un patient qui ne vient pas à ses rendez-vous. Ils sont « épuisants », ils manipulent. Les thérapeutiques ne marchent pas. Ils ont des histoires compliquées, et quand ils boivent depuis toujours, « à quoi bon ? »

Les patients qui ne correspondent pas au profil attendu des patients « alcooliques » peuvent ne pas être dépistés. Ainsi, le trouble de l'alcool chez les femmes ou chez les jeunes a semblé surprendre certains de nos médecins.

Les préjugés des médecins semblent donc bousculés par la réalité de terrain, mais ce n'est pas suffisant pour améliorer le dépistage.

Les médecins et le produit alcool :

Le déni d'une consommation excessive est très fréquent chez les patients ayant un trouble de l'usage d'alcool, mais il a été souvent constaté un déni ou une minimisation des consommations excessives même chez les patients non dépendants. **Ce déni s'apparente au déni des politiques et de la société dans ce domaine**.[48]

Le **poids sociétal de l'alcool,** et notamment du vin, dans notre pays n'est plus à prouver.[49] Son impact, les conséquences de sa banalisation et de son tabou, ont été cités en tant qu'obstacle à la prise en charge par plusieurs de nos médecins.

Ainsi, le médecin non en trouble de l'usage d'alcool n'est pas exempt de déni. Par ailleurs, s'il est en trouble de l'usage, il pourra lui-même être soumis au déni de sa consommation et de celle des autres comme n'importe quel patient concerné.

Le rapport du médecin autour du produit alcool, sa culture, même son lieu de naissance, sont autant d'éléments qui peuvent biaiser son dépistage de la pathologie. Quelques-uns de nos médecins l'ont très bien exprimé : venant par exemple d'une région où « on boit plus », ils ont avoué avoir des difficultés à dépister les troubles de l'usage d'alcool chez les patients des Alpes-Maritimes.

Pour pallier à ce problème, **une meilleure prise de conscience collective du problème alcool est nécessaire**. Comme nous l'avons déjà exprimé à la fin des généralités, les campagnes de prévention contre les méfaits de l'alcool ont été nombreuses, et, au fil des ans, se sont faites plus ciblées.[27] Il n'en reste pas moins que pour certains patients, comme au temps du Dr Galtier-Boissière (**Figure 3**), le vin et la bière ne sont toujours pas considérés comme dangereux.[50]

Les buveurs de moins de 30 ans sont plus conscients des méfaits de l'alcool[49], mais avec la montée du *Binge Drinking*, **les campagnes de prévention ne doivent pas se relâcher et doivent veiller à continuer de viser toutes les tranches d'âge de la population**. La législation doit les appuyer pour asseoir leur impact dans notre société si profondément viticole.

- Une limite « pathologique » du diagnostic difficile à définir

Il a été cité, parmi les obstacles à la prise en charge, des difficultés à poser le « diagnostic » et à déterminer le seuil à partir duquel la consommation d'alcool devient pathologique. Dans leur langage, les médecins ont eu tendance à utiliser le vocabulaire du DSM IV (« consommateurs abusifs et dépendants »), mais aucun ne m'a énoncé la liste de ses critères diagnostiques.

Par ailleurs, **seuls 13% des médecins ont recours à des questionnaires standardisés de consultation[51]**, et aucun dans notre étude. Les raisons avancées sont qu'ils ne correspondent pas à la pratique de ville, en médecine générale. Les médecins n'ont pas le temps nécessaire pour les réaliser, ou « n'y pensent pas ». Ils sont même décrits comme un obstacle à la relation par l'un de nos médecins.

Les recommandations de dépistage et d'intervention brève auprès des patients ne se plaignant pas de leur consommation d'alcool et n'ayant aucun dommage qui lui soit lié semblent irréalistes en cabinet de médecine générale.[52]

Nous ne nous étendrons pas plus sur le repérage précoce. Il n'est pas l'objet de cette thèse.

- L'objectif de consommation

Un fait intéressant de notre étude est la mise en évidence de l'objectif de consommation de nos médecins, regardant leurs patients en trouble moyen ou sévère d'alcool ; en effet, **la majorité de nos médecins pratique la diminution progressive de la consommation ou l'abstinence totale selon les cas,** et ce, malgré le dogme de l'abstinence. Une minorité vise même simplement une diminution progressive sans objectif d'abstinence. **Très peu ont déclaré viser seulement l'abstinence totale et définitive.**

Certains médecins, notamment les plus jeunes, savent que, avec la venue des nouveaux médicaments, l'abstinence totale n'est plus l'objectif principal dans la prise en charge d'un problème alcool. L'un de nos médecins, entre 40 et 60 ans mais installé depuis seulement 2013, l'a même énoncé très clairement comme étant un facteur facilitant (**M13**).

Mais les autres médecins pensent toujours que l'abstinence totale devrait normalement être la seule voie possible, et ne la visent pas **parce qu'elle ne correspond pas à la réalité de terrain**.

Cela peut donner lieu à un sentiment de culpabilité, exacerbé par les rechutes et le sentiment d'échec, et la complexité du problème peut finir par décourager le médecin.

J'ai assisté, pour les besoins de cette thèse, au colloque qui s'est tenu le 17/09/2016 à la faculté Cochin à Paris, intitulé « Addictions et Baclofène : les nouveaux paradigmes »[53]. Les quatre dernières grandes études sur le Baclofène y ont été présentées et commentées. Le Pr Jaury, auteur de l'essai Bacloville, était présent pour nous faire part des premiers grands résultats de l'étude.

Les résultats positifs de Bacloville ont permis aux intervenants hospitaliers de prôner les nouveaux paradigmes amenés, selon eux, par le Baclofène : la fin du dogme de l'abstinence, mais aussi et surtout, la fin d'une « thérapie pour le malade » pour arriver à une « thérapie avec le malade », opposant du même coup la médecine dite paternaliste à une médecine plus centrée sur le patient.

Notre étude, cependant, même si elle ne peut pas être généralisée à l'ensemble des médecins généralistes, laisse suggérer que, même sans connaître les nouvelles avancées, **les médecins sont déjà dans un état d'esprit de réduction des risques et non plus d'abstinence**. Nos médecins généralistes pratiquent déjà une médecine centrée patient et non plus une médecine paternaliste.

Et en se centrant sur le patient, ils en sont naturellement arrivés à viser une réduction des risques et des dommages, qui correspond plus à la réalité de terrain.

Les médecins jeunes interrogés ont semblé mieux connaître les différentes thérapeutiques, et la réduction des risques et l'approche centrée patient paraissent naturelles, pour eux.

Leur formation initiale est plus récente et plus actualisée. Mais les anciens médecins, eux, ont tendance à ne pas savoir que leur approche de réduction des risques est celle qui est de plus en plus recommandée et se sentent souvent coupables de ne pas réussir à faire atteindre l'abstinence à leurs patients.

C'est une information à leur faire passer. Pour que les médecins généralistes ne s'épuisent pas et ne se découragent pas, il est vraiment important de les encourager et de leur dire que leur conduite est la bonne.

Il serait intéressant de réaliser une nouvelle étude, avec un plus gros échantillon, pour voir si ces observations peuvent être généralisées à l'ensemble des médecins généralistes.

- Les nouveaux médicaments

Il y a un manque de formation important, dénoncé par les médecins dans cette étude, concernant ces médicaments, et notamment concernant le Baclofène.

Ce manque de formation entraîne une peur de ces traitements, voire une représentation erronée de ce qu'ils sont : certains médecins de notre étude les voient comme de nouvelles Substances Psycho-Actives (SPA), venant remplacer l'addiction à l'alcool par une autre.

Ces médicaments ne sont pas des « drogues », mais le manque de formation nourrit une résistance des médecins à leur prescription, comme, à l'époque et encore de nos jours, les Traitements de Substitution aux Opiacés (TSO) tels que la Buprénorphine.[54] Il convient de **former les médecins généralistes**, afin qu'ils puissent choisir, avec leurs patients, la meilleure thérapeutique possible en toute connaissance de cause.

Par ailleurs, les obligations de la RTU sont difficiles à mettre en œuvre, dans un contexte de médecine générale libérale.

Il a été annoncé lors du colloque sur le Baclofène auquel j'ai assisté que la RTU serait modifiée prochainement dans l'objectif d'être plus pragmatique.

- Les examens complémentaires

Les examens complémentaires, et notamment la biologie, sont utilisés par nos médecins comme un levier de la prise en charge. Ils leur permettent de combattre le déni des patients, en les mettant face aux conséquences de leur consommation d'alcool. Ainsi, les conséquences somatiques de la consommation d'alcool ont été citées comme l'un des principaux facteurs facilitant la prise en charge, avec le manque de réticence des médecins, la relation médecin-patient et l'absence de déni.

D'autres études ont montré l'utilisation importante de la biologie par les médecins dans la prise en charge des problèmes alcool[32], alors même que l'usage des marqueurs biologiques n'a pas d'utilité en dépistage de routine selon les recommandations.[55] Les médecins doivent agir avant qu'il y ait des conséquences, mais il n'en reste pas moins que pour les médecins de notre panel, les examens complémentaires restent une aide utile.

- Les patients et la psychiatrie

Plusieurs observations :

- Les comorbidités psychiatriques associées à la consommation m'ont à la fois été citées comme obstacle et comme facteur facilitant la prise en charge : si elles complexifient encore la situation du patient pour certains médecins, elles constituent aussi un point d'ancrage sur lequel ces derniers peuvent agir, comme pour l'atteinte biologique.

  Ainsi, un suivi psychiatrique assidu a aussi été cité comme facteur facilitant.

- Il faut encore, cependant, que ce suivi soit possible : deux médecins, un médecin exerçant en rural et un autre exerçant dans une ville éloigné des CHU, ont expliqué que le suivi psychiatrique était très compliqué dans leur lieu d'exercice, du fait de **l'absence de psychiatres, de CMP ou de psychologues**. Une proposition des médecins pour y remédier serait de **développer davantage le réseau pluridisciplinaire** dans leur lieu d'exercice.

- Un autre obstacle à cette prise en charge a aussi été le **non remboursement des psychologues**, dans une petite ville en pénurie de psychiatres.

- Enfin, la « connotation négative » associée à la psychiatrie aux yeux du grand public constitue aussi un obstacle à la prise en charge des patients, notamment quand ils ne se sentent pas « malades ».

- Les médecins généralistes et les CSAPA

Le manque de formation concerne aussi les possibilités de prise en charge au niveau pluridisciplinaire. Ainsi, **si la grande majorité des médecins de notre panel travaille avec les CSAPA, peu d'entre eux connaissaient véritablement le nom « CSAPA » et leur fonction**.

Il est aussi intéressant de noter que la plupart des CSAPA cités sont **hospitaliers**. En effet, la plupart des médecins de notre panel les connaissant pensaient que « les centres en ville ne prenaient en charge que les drogues « dures » », ou alors ne savaient simplement pas que des centres ambulatoires existaient. **Le Réseau GT06 pourrait aider à diffuser aux médecins une information claire et succincte sur les CSAPA**, à la fois hospitaliers et ambulatoires, dont la collaboration avec un médecin généraliste est précieuse.

J'ai moi-même apporté une information sur les CSAPA à la fin de mon entretien, orale et écrite (diffusion de la plaquette de contacts du Réseau GT06). Il pourrait être intéressant d'effectuer une nouvelle étude qualitative pour déterminer si mon discours et mon entretien ont changé quelque chose dans la pratique en addictologie des médecins que j'ai rencontrés.

A noter : certains médecins travaillant régulièrement avec les CSAPA se sont plaints du manque de retour des centres. Le perfectionnement et l'entretien du réseau de soins pluridisciplinaire ne doivent pas se faire de manière unilatérale.

Concernant l'amélioration du réseau de soins, des propositions intéressantes ont été faites par nos médecins généralistes, comme la possibilité d'organiser un **accompagnement personnalisé à chaque**

patient en post-cure, par un professionnel formé à cela, ou la **création d'une équipe pluridisciplinaire mobile traitant l'addiction en ville comme pour les soins palliatifs**.

L'accès à une formation adaptée et cette amélioration du système de soins au niveau pluridisciplinaire, avec une bonne communication entre les différents intervenants, représentent les propositions principales de nos médecins généralistes à l'amélioration de la prise en charge des patients ayant un problème alcool.

V.2/ Les limites de l'étude

- La population étudiée

La population étudiée est celle des médecins généralistes des Alpes-Maritimes, car c'est la région où je souhaite exercer. Comme c'est expliqué dans la partie Matériel et Méthodes, elle a été choisie au hasard à partir des Pages Jaunes et d'une liste aléatoire de nombres.

En 2015, dans la région PACA, la population des médecins généralistes est composée de **55% d'hommes et 45% de femmes**. Notre panel de médecins comporte 11 hommes et 7 femmes.

➔ Pour respecter absolument les proportions, il nous aurait fallu 10 hommes et 8 femmes. Cependant, nos proportions correspondent à celles de la population générale des médecins, qui est de 60% d'hommes et 40% de femmes.

L'âge moyen des médecins généralistes PACA en 2015 est de 52 ans. **26,7% sont âgés de 60 ans et plus, tandis que les moins de 40 ans représentent 14,8% des effectifs**.

➔ Nous ne pouvons pas vérifier l'âge moyen car nous avons classé les médecins par tranches d'âge, mais pour respecter les proportions des âges extrêmes, il nous aurait fallu 5 médecins de plus de 60 ans et 3 de moins de 40 ans. Or, nous avons 6 médecins de plus de 60 ans et 4 de moins de 40 ans.

Une hypothèse pour expliquer ces légères différences serait que les médecins « âgés » et plus jeunes auraient plus tendance à accepter les entretiens en face à face pour des thèses que les autres. Les médecins de plus de 60 ans sont souvent installés depuis longtemps. Ils savent gérer leur activité et leur temps. C'est peut-être plus facile pour eux de recevoir des étudiants pour des thèses.

A l'inverse, la soutenance de la thèse est plus récente pour les médecins jeunes. Ils comprennent peut-être plus combien sa réalisation peut être difficile, et sont de ce fait peut-être plus enclins à aider les futurs thésés.

Concernant les médecins ruraux, il y en a 13% sur toute la France en 2015. Nous avons 2 médecins ruraux ou semi-ruraux.

➔ Cela correspond à nos proportions.

Ainsi, notre panel de médecins n'est pas exactement représentatif, au niveau socio-démographique, de la population des médecins généralistes PACA. Cependant, les légères différences peuvent s'expliquer et ce panel a permis un large spectre d'opinions diverses, avec une saturation d'idées arrivée à 18 entretiens sur les 20 prévus initialement. Dans une étude qualitative, cela limite le biais.

- Les biais

Une étude qualitative, par définition, cherche à déduire et non pas à prouver. Elle permet de produire des pistes de réflexion. Son petit échantillon ne permet pas une extrapolation à la population générale, mais c'est attendu et cela ne correspond pas à un véritable « biais ».

De même, le codage des *verbatim* et leur analyse ont été réalisés par l'auteur seul, qui réalisait d'ailleurs une étude qualitative pour la première fois. Cela pourrait introduire un biais de subjectivité, mais c'est un biais inhérent aux études qualitatives.

Dès le recrutement par téléphone, le thème de la thèse est annoncé. Cela a pu introduire un biais de sélection, puisqu'on peut penser que les médecins ayant répondu sont tous intéressés par l'addiction à l'alcool. Cependant, en observant les réponses, on peut constater que ce n'est pas le cas, ce qui diminue un peu l'influence de ce biais.

Il a pu aussi y avoir un biais de désirabilité sociale, lors des entretiens en face à face. Les médecins ont pu ne pas avoir dit ce qu'ils pensaient véritablement de l'addiction à l'alcool; des médecins, cependant, n'ont pas hésité à m'exprimer leur manque d'intérêt, ou, au contraire, leur attrait pour la question.

Le guide d'entretien s'est voulu le plus ouvert possible, mais mes questions de relance, face à un médecin déstabilisé parfois par les questions ouvertes, ont pu parfois orienter les réponses. De même, mon attitude s'est voulue la plus neutre possible mais certains médecins semblaient guetter mes réactions à leurs réponses. Il y a biais de subjectivité.

VI. CONCLUSION

Cette étude est une étude qualitative traitant du vécu de la prise en charge de l'addiction alcool par les médecins généralistes des Alpes-Maritimes. Elle cherchait à relever les obstacles à la prise en charge, les facteurs la facilitant, les ressources des médecins généralistes et leurs propositions pour améliorer cette prise en charge.

Ses résultats sont compatibles avec les données de la littérature. Les principaux obstacles relevés sont le déni du patient, son manque de suivi, la complexité du problème de l'addiction, le manque de temps et de formation du médecin généraliste ainsi que l'impact sociétal de l'alcool et les défauts du réseau de soins pluridisciplinaire.

Pour chacun de ces obstacles, les médecins ont développé des stratégies pour y faire face. Les facteurs facilitants reposent sur le lien privilégié du médecin généraliste avec son patient, sa connaissance du terrain, la relation de confiance. Le médecin compense son manque de formation - manque de « savoir-faire » - par du savoir-être.

Malgré le dogme de l'abstinence, les médecins généralistes semblent déjà dans une optique de réduction des risques et non plus d'abstinence totale, autour d'une approche centrée patient. Une autre étude, avec un échantillon plus important, pourrait le prouver. Avec la remise en cause de l'abstinence, on pourrait ainsi déculpabiliser ces médecins et leur dire que leur approche est la bonne. Cela les encouragerait et leur permettrait de lutter contre l'épuisement et le défaitisme auxquels ils sont sujets dans la prise en charge de l'addiction à l'alcool.

Les propositions des généralistes sont centrées autour de l'adaptation de la formation, d'une meilleure organisation et connaissance du réseau de soins pluridisciplinaire et d'une prise de conscience collective du problème alcool, autour des campagnes de prévention notamment à destination des jeunes.

Les médecins travaillent avec les CSAPA sans savoir à quoi ils servent, ne connaissent pas les CSAPA ambulatoires et se sentent isolés dans la prise en charge ambulatoire. Il y a un vrai travail d'information à leur fournir sur ces centres et sur les différentes possibilités de prise en charge.

Une nouvelle étude qualitative pourrait être réalisée auprès des médecins interviewés pour savoir si l'intervention de l'auteur et les informations délivrées ont changé quelque chose dans leur prise en charge de l'addiction à l'alcool.

L'originalité de ce travail repose dans son caractère qualitatif et semi-dirigé. Les autres études retrouvées relevant les obstacles à la prise en charge sont quantitatives ou limitent les réponses des médecins. Les entretiens semi-dirigés ont permis de mettre au jour plusieurs points importants en restant au plus près du médecin généraliste et de son activité de tous les jours.

VII. ANNEXES

Annexe 1 : Les questionnaires d'aide à la prise en charge

- Le questionnaire CAGE-DETA

Questionnaire CAGE-DETA (Alcool)

1. Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ?
2. Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ?
3. Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop ?
4. Avez-vous déjà eu besoin d'alcool dès le matin ?

→ Une réponse positive à deux questions sur quatre est un bon critère prédictif d'un problème de consommation d'alcool.

Diminuer **E**ntourage **T**rop **A**lcool.

Source : HAS[56].

- Les questionnaires AUDIT et AUDIT-C

AUDIT :

Alcohol Use Disorder Identification Test. Test à 10 items conçu pour identifier et caractériser un trouble de l'usage d'alcool. Les questions portent sur les **12 derniers mois**.

Score > ou = à 7 pour l'homme et 6 pour la femme : trouble de l'usage probable.

Score > ou = à 13 quel que soit le sexe : dépendance probable.

Source : SFA[11].

AUDIT-C :

Version abrégée du questionnaire AUDIT. Reprend ses trois premières questions.

Score > ou = à 4 pour l'homme et 3 pour la femme : trouble de l'usage probable.

Score > ou = à 10 quel que soit le sexe : dépendance probable.

Source : SFA[11].

Questionnaire AUDIT

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

Jamais	[0]	
1 fois par mois ou moins	[1]	
2 à 4 fois par mois	[2]	
2 à 3 fois par semaine	[3]	
Au moins 4 fois par semaine	[4]	[ ]

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

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

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

Jamais	[0]	
Moins de 1 fois par mois	[1]	
1 fois par mois	[2]	
1 fois par semaine	[3]	
Tous les jours ou presque	[4]	[ ]

4. Au cours de l'année écoulée, à quelle fréquence avez-vous constaté que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire une fois que vous aviez commencé ?

Jamais	[0]	
Moins de 1 fois par mois	[1]	
1 fois par mois	[2]	
1 fois par semaine	[3]	
Tous les jours ou presque	[4]	[ ]

5. Au cours de l'année écoulée, à quelle fréquence le fait d'avoir bu de l'alcool vous a-t-il empêché de faire ce qui était normalement attendu de vous ?

Jamais	[0]	
Moins de 1 fois par mois	[1]	
1 fois par mois	[2]	
1 fois par semaine	[3]	
Tous les jours ou presque	[4]	[ ]

6. Au cours de l'année écoulée, à quelle fréquence, après une période de forte consommation, avez-vous dû boire de l'alcool dès le matin pour vous sentir en forme ?

Jamais	[0]	
Moins de 1 fois par mois	[1]	
1 fois par mois	[2]	
1 fois par semaine	[3]	
Tous les jours ou presque	[4]	[ ]

7. Au cours de l'année écoulée, à quelle fréquence avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou de regret après avoir bu ?

Jamais	[0]	
Moins de 1 fois par mois	[1]	
1 fois par mois	[2]	
1 fois par semaine	[3]	
Tous les jours ou presque	[4]	[ ]

8. Au cours de l'année écoulée, à quelle fréquence avez-vous été incapable de vous souvenir de ce qui s'était passé la nuit précédente parce que vous aviez bu ?

Jamais	[0]	
Moins de 1 fois par mois	[1]	
1 fois par mois	[2]	
1 fois par semaine	[3]	
Tous les jours ou presque	[4]	[ ]

9. Vous êtes-vous blessé ou avez-vous blessé quelqu'un parce que vous aviez bu ?

Non	[0]	
Oui mais pas au cours de l'année écoulée	[2]	
Oui, au cours de l'année	[4]	[ ]

10. Est-ce qu'un ami ou un médecin ou un autre professionnel de santé s'est déjà préoccupé de votre consommation d'alcool et vous a conseillé de la diminuer ?

Non	[0]	
Oui mais pas au cours de l'année écoulée	[2]	
Oui, au cours de l'année	[4]	[ ]
TOTAL		[ ]

Le questionnaire AUDIT-C reprend les trois premières questions de ce questionnaire.

Annexe 2 : Les critères DSM-IV

o Critères d'abus du DSM-IV

A – Mode d'utilisation inadéquat d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significatives, caractérisées par la présence **d'au moins une des manifestations suivantes au cours d'une période de 12 mois** :

1. utilisation répétée d'une substance conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison (par exemple, absences répétées ou mauvaises performances au travail du fait de l'utilisation de la substance, absence, exclusion temporaires ou définitives de l'école, négligence des enfants ou des tâches ménagères).

2. utilisation répétée d'une substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux (par exemple, lors de la conduite d'une voiture ou en faisant fonctionner une machine alors qu'on est sous l'influence d'une substance).

3. problèmes judiciaires répétés liés à l'utilisation d'une substance (par exemple, arrestations pour comportement anormal en rapport avec l'utilisation de la substance).

4. utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par des effets de la substance (par exemple, disputes avec le conjoint à propos des conséquences de l'intoxication, bagarres).

B – **Les symptômes n'ont jamais atteint, pour cette classe de substance, les critères de la dépendance à une substance**.

o Critères de dépendance du DSM-IV

Les critères de dépendance à une substance selon le DSM-IV correspondent à un mode d'utilisation inadapté d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance, cliniquement significatives, caractérisées par la **présence de trois (ou plus) des manifestations suivantes, à un moment quelconque d'une période continue de 12 mois** :

1. la substance est souvent prise en quantité plus importante ou plus longtemps que prévu.

2. incapacité de diminuer ou contrôler la consommation malgré un désir persistant d'arrêter.

3. apparition d'un sevrage à l'arrêt de la consommation ou consommation d'autres substances pour éviter un syndrome de sevrage.

4. existence d'une tolérance aux effets de la substance : à dose constante, l'effet de la substance diminue, ou besoin de doses plus fortes pour obtenir le même effet qu'auparavant.

5. beaucoup de temps passé à se procurer la substance, à la consommer ou à se remettre de ses effets.

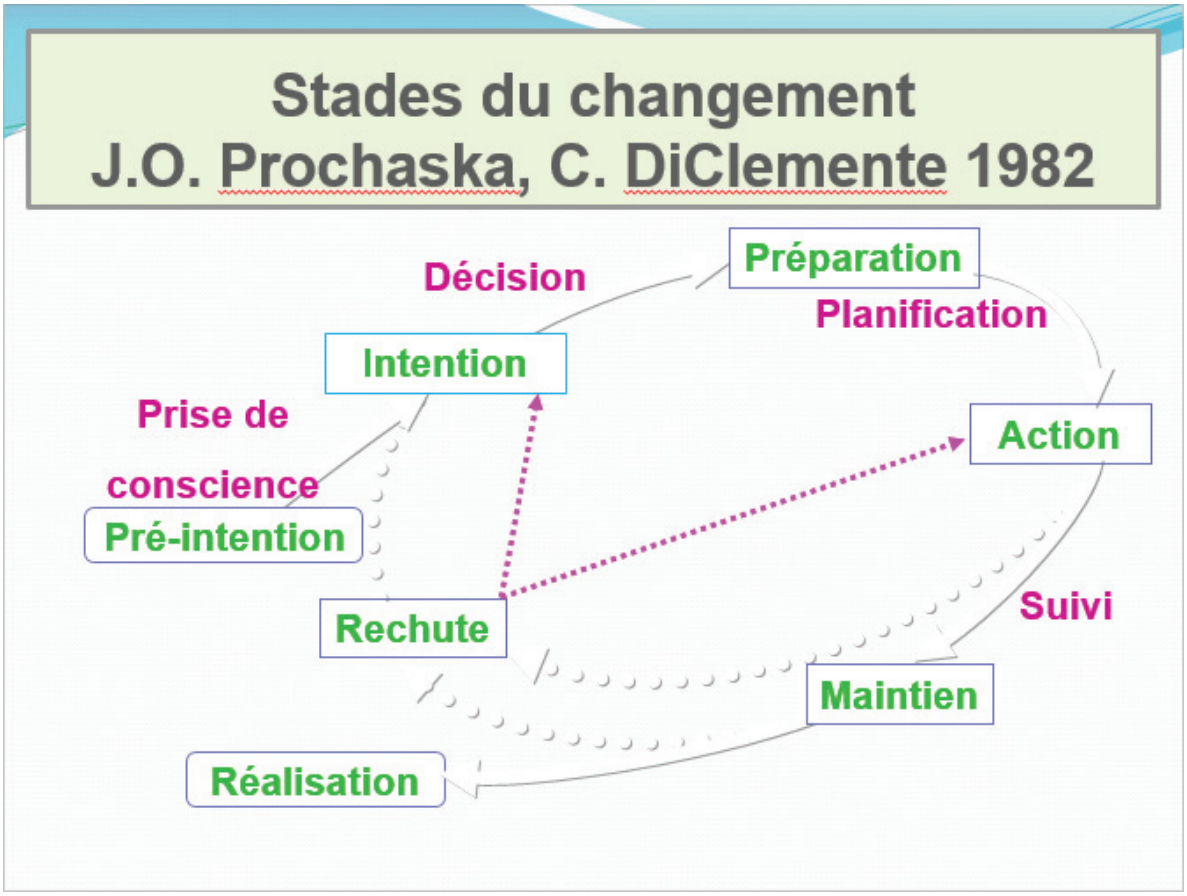
6. réduction ou abandon d'activités sociales, professionnelles ou de loisirs au profit de l'utilisation de la substance.

7. persistance de la consommation malgré des conséquences néfastes psychiques ou physiques évidentes.

Source : HAS[57].

Annexe 3 : Le cycle de Prochaska et DiClemente

Figure 15 : Cycle de Prochaska et DiClemente



La Pré-Contemplation ou Pré-Intention : Le patient ne pense pas avoir de problèmes avec sa consommation. Il n'envisage pas de changer de comportement, dont il ressent essentiellement les bénéfices.

Attitude du professionnel : transmettre quelques informations dans une stratégie de réduction des risques. Cela peut être abordé sous forme de questions : « comment faites-vous pour réduire les risques de bad trip ? Les risques de dépendance ? Pour limiter les effets nocifs comme les troubles de la mémoire par exemple ? »

La Contemplation ou l'Intention : À ce stade commence à se manifester l'ambivalence. Le patient envisage un changement de comportement, mais il hésite à renoncer aux bénéfices de la situation actuelle. On parle alors de balance décisionnelle, qui amène à comparer les pour et les contre d'un changement avec ceux de son comportement actuel.

Attitude du professionnel :

- réaliser un entretien motivationnel visant à développer la motivation de la personne, en s'appuyant notamment sur les divergences entre le comportement et les valeurs du patient (enfants, travail, famille, études, santé mentale…).
- évaluer les risques et les avantages de la consommation.
- reconnaître l'ambivalence et évoquer les raisons de changer.

La Préparation/ Détermination : À ce stade, le patient se sent prêt à démarrer la phase d'action dans un futur proche ; il détermine des décisions et commence à les mettre en place dans le temps.

Attitude du professionnel :

- valoriser toute décision de changement
- aider à trouver une bonne stratégie : établir des plans, fixer des buts et déterminer les ressources nécessaires pour appuyer les interventions définies

L'Action : Le changement est engagé vers des modifications de son style de vie. Les difficultés sont importantes.

Attitude du professionnel : soutenir et encourager le patient pour l'aider à avancer.

Le Maintien : À cette phase de consolidation, il convient de rester prudent car les tentations sont nombreuses de retourner au comportement problématique.

Attitude du professionnel :

- faire une liste des situations à risque de « rechute ».
- préparer un système d'alarme en cas de rechute.
- valoriser les efforts.

La Rechute : **La rechute est possible et fait partie du processus normal de changement.** Ce n'est pas une manifestation pathologique mais un temps qui peut être nécessaire à la réussite finale du processus.

Attitude du professionnel :

- dédramatiser.
- être tolérant avec le patient.
- réunir les réseaux de soutien.

La Sortie Permanente ou Réalisation : Ce stade marque la réussite finale du processus dans lequel la personne consolide le stade de maintien.

Source : [44] .

Annexe 4 : Le questionnaire des données sociodémographiques

Caractéristiques démographiques des participants (médecins généralistes)

1. Comment vous identifiez-vous ? Homme □ Femme □

2. Vous avez :

Moins de 40 ans □

Entre 40 et 60 ans □

Plus de 60 ans □

3. Depuis combien d'années exercez-vous ? Ou quelle est votre date d'installation ?

4. Vous exercez : en milieu urbain □ en milieu semi-rural/rural □

5. Vous recevez en consultation :

Moins de 15 patients/j □

Entre 15 et 30 patients/j □

Plus de 30 patients/j □

6. Sur le plan général, comment définiriez-vous votre patientèle au niveau socio-économique ?

En difficulté □

Possédant des revenus moyens □

Aisée □

7. Avez-vous déjà suivi une formation spécifique sur la prise en charge des addictions ? De quel type ? (séminaire, congrès, diplôme universitaire complémentaire)

8. Connaissez-vous le Réseau Addictions des Alpes-Maritimes GT 06 ? Si oui, êtes-vous adhérent ?

Savez-vous s'il existe un CSAPA (Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) proche de votre lieu d'exercice ?

Annexe 5 : Première version du guide d'entretien

Guide d'entretien

Introduction : Je réalise une thèse sur la prise en charge des patients en trouble moyen ou sévère d'alcool en cabinet de médecine générale (usage abusif d'alcool ou situation de dépendance selon l'ancienne nomenclature).

Début d'entretien : Je vais commencer par les questions puis à la fin de l'entretien, je vous ferai remplir un petit questionnaire concernant vous-même et votre activité. Bien entendu, les données seront anonymisées. Vous pourrez si vous le voulez, à la fin de la thèse, en recevoir un exemplaire par courriel ou par courrier.

Thème 1 : Les concernés.

A votre avis, dans votre pratique, combien de patients dans une journée sont en situation d'abus ou dépendants à l'alcool ?

- Peu (< ou = à 5)
- La moitié environ (autour de 10)
- Beaucoup (plus de 15)

Thème 2 : Objectif.

Quel est le niveau de consommation que vous souhaitez atteindre avec ces patients ? Souhaitez-vous agir sur autre chose ?

- Abstinence.
- Réduction de la consommation seule.
- L'un ou l'autre.

Thème 3 : Obstacles.

Parlez-moi des obstacles ou des freins que vous pouvez rencontrer dans l'accompagnement de ces patients. / Qu'est-ce qui vous bloque dans l'accompagnement de ces patients ?

- Liés au médecin.
- Liés au patient.
- Relance possible : Parlez-moi d'un patient pour lequel vous avez eu des difficultés…

Thème 4 : Facteurs facilitants.

Parlez-moi au contraire des facteurs facilitant cet accompagnement/ de ce qui marche.

- Liés au médecin.
- Liés au patient.

Thème 5 : Ressources.

Parlez-moi des ressources que vous utilisez pour vous aider dans l'accompagnement de ces patients.

- Ressources médicamenteuses.
- Ressources non médicamenteuses au cabinet.
- Personnes ou structures-ressources.

Thème 6 : Propositions.

Parlez-moi de ce qui, selon vous, pourrait vous aider à améliorer la prise en charge de ces patients.

Conclusion : Pouvez-vous me décrire une situation clinique marquante à laquelle vous avez été confronté(e) dans cette problématique ? Ou alors, est-ce qu'il y a un message important que vous souhaiteriez faire passer ?

Annexe 6 : Deuxième version du guide d'entretien

Guide d'entretien – version 2

Introduction : Je réalise une thèse sur la prise en charge des patients en trouble moyen ou sévère d'alcool en cabinet de médecine générale (usage abusif d'alcool ou situation de dépendance selon l'ancienne nomenclature).

Début d'entretien : Je vais commencer par les questions, puis à la fin de l'entretien, je vous ferai remplir un petit questionnaire concernant vous-même et votre activité. Bien entendu, les données seront anonymisées. Vous pourrez si vous le voulez, à la fin de la thèse, en recevoir un exemplaire par courriel ou par courrier.

Thème 1 : Les concernés.

A votre avis, quelle est la proportion de votre patientèle qui se trouve en trouble moyen ou sévère d'alcool ?

- Donnée : seuls 8% des patients concernés sont traités.

Thème 2 : Objectif.

Quel(s) est votre/sont vos objectif(s), chez ces patients ? Et au niveau de leur consommation ?

- Abstinence.
- Réduction de la consommation seule.
- L'un ou l'autre.

Thème 3 : Obstacles.

Parlez-moi des obstacles ou des freins que vous pouvez rencontrer dans l'accompagnement de ces patients. / Qu'est-ce qui vous bloque dans l'accompagnement de ces patients ?

- Liés au médecin.
- Liés au patient.
- Relance possible : Parlez-moi d'un patient pour lequel vous avez eu des difficultés…

Thème 4 : Facteurs facilitants.

Parlez-moi au contraire des facteurs facilitant cet accompagnement/ de ce qui marche.

- Liés au médecin.
- Liés au patient.

Thème 5 : Ressources.

Parlez-moi des ressources que vous utilisez pour vous aider dans l'accompagnement de ces patients.

- Ressources médicamenteuses.
- Ressources non médicamenteuses au cabinet.
- Personnes ou structures-ressources.

Thème 6 : Propositions.

Parlez-moi de ce qui, selon vous, pourrait vous aider à améliorer la prise en charge de ces patients.

Conclusion : Pouvez-vous me décrire une situation clinique marquante à laquelle vous avez été confronté(e) dans cette problématique ? Ou alors, est-ce qu'il y a un message important que vous souhaiteriez faire passer ?

Annexe 7 : La plaquette de contacts du Réseau GT06

Cette plaquette, fournie par le Réseau, a été distribuée et commentée à la fin des entretiens à tous les médecins interviewés.



RESEAU ADDICTIONS ALPES-MARITIMES

GT.06 (Généralistes & Toxicomanie 06)

Appui auprès des Médecins Généralistes lors de prise en charge complexe de patients addicts (substances psychoactives licites ou illicites, addiction sans produit (jeux de grattage, de casino, de vidéo…)

Régulation et orientation auprès des structures

Prise en charge coordonnée du parcours de soins du patient Sensibilisation des soignants

Education des patients

Tél. 04 93 65 87 49

Fax : 04.93.74.44.86

Mail : gt.06@orange.fr

Administrateurs du Réseau Addictions GT.06 :

Dr Pierre AIRAUDI – Président

Dr Jean NOUCHI – Vice-Président

M. Patrick FAVOT- Trésorier

Dr Bernard STEFANI – Vice-Trésorier

Dr Eve GELSI – Secrétaire de Bureau

Equipe de Coordination :

Nadine RUBAGOTTI – Coordinatrice Administrative

M. Hugues RENAULT – Psychologue – secteur St Vallier de Thiey- Valderoure 06 59 88 25 37

Melle Jo FERRARI – Psychologue- secteur de Sospel – Breil Sur Roya-Tende 06 09 88 41 49

Melle Greta TONKOVA – Psychologue- secteur Roquesteron- Carros 06 74 65 42 84

Melle Alexandra MAIFFRET – Psychologue- Secteur Valdeblore 06 2515 77 38

Siège social et bureau : 14 Avenue Reibaud – 06600 Antibes

Numéro d'agrément : 100 225

Association régie par la Loi 1901 n°18597

Annuaire des CSAPA et CAARUD à destination des professionnels

Les Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie sont des établissements médico-sociaux, de proximités, pluridisciplinaires et ambulatoires. Ils ont pour missions l'accueil, l'information, l'évaluation, l'orientation et suivi en addiction des personnes en difficulté (addictions avec ou sans produit) et leur entourage.

Il existe des CSAPA Généralistes, Spécialisés, Associatifs et Hospitaliers.

CSAPA NICE MALAUSSENA – 10 avenue Malausséna- Nice

04.92.03.21.50 / 06.86.59.15.72 (Infirmier ELSA)

Entretien d'accueil pluridisciplinaire sur rendez-vous, tous les jours de 9h15- 12h00 et 14h00-17h45

Consultations de spécialistes : Psychiatres Consultations
Jeunes Consommateurs Langue parlée : Anglais
Délivrance de Méthadone

CSAPA EMERGENCE PSA - 8 rue Veillon - Nice

04. 92.47.81.81

Entretien d'accueil réalisé par les Travailleurs sociaux et/ou par le Médecin. Avec et sans Rendez-vous :

RV tous les jours 9h11 Sans RDV 11h13h Sur rendez-vous
tous les après-midi. Consultations Jeunes Consommateurs

Consultations de spécialistes : psychiatre et gastroentérologue Langue parlée
Anglais, application Google pour traduction.
Délivrance de Méthadone

CSAPA PSP-ACTES- 6 Avenue Olivetto - Nice

04. 93.53.17.00

M. FAVOT - Chef de Service

Entretien d'accueil pluridisciplinaire, sans rendez-vous, tous les jours de 8h30 à 12h30 et de 13h15 à 17h15 sauf le mardi matin.
Consultations Jeunes Consommateurs

Accompagnement à l'hébergement, possibilité d'aides financières Mise à disposition de
Matériel de Réduction des Risques
Langues parlées : anglais et italien
Délivrance de Méthadone

CSAPA ODYSSEE – ANPAA 06 - 2 rue Gioffredo - Nice

Spécialisé ALCOOL

04.93.62.62.10 – M. Christophe MARTIN – Directeur. Entretien d'accueil sur rendez-vous, tous les jours 9h00 - 12h00 et 14h00-17h00 sauf le jeudi matin

Consultations médicales, psychologiques et sociales.

Langues parlées : Anglais – Italien- Consultations Jeunes Consommateurs Tram station
Garibaldi
Bus 4-22-15-17- N22 Arrêt Delfy
Antenne Antibes : 6 rue de l'Isle – 06600 Antibes. Tél. 04 93 34 34 88

CSAPA CHU ARCHET 2- 151 Route de Saint Antoine de Ginestière- Nice

Toutes addictions sauf toxicomanie 04.92.03.61.32

Entretien sur Rendez-vous assuré par les IDE puis Médecins, tous les jours du Lundi au Vendredi de 9h à 17h00
Consultations de spécialistes : psychiatre, diététicien et gastroentérologue

CSAPA CH STE MARIE - 87 Avenue Joseph Raybaud - Nice

04.93.13 57 66

Entretien d'accueil sur Rendez-vous, tous les jours du lundi au vendredi de 8h à 16h00 assuré par infirmières et Médecins.
Consultations Jeunes Consommateurs
Délivrance de Méthadone
Autoroute A8 sortie Nice Est N°55
Bus : ligne 16 Arrêt Pont Garigliano et traverser le Boulevard de l'Ariane.

CSAPA CH STE MARIE – Antenne Maison d'arrêt de Nice 12 rue de la Gendarmerie - Nice

04.93.13.58.71
Fax : 04.93.13.70.94
Suivi des personnes incarcérées
Délivrance de Méthadone et de subutex

CSAPA ANTIBES – 14 Avenue Reibaud 06600 ANTIBES

04.93.33.26.82 /

Entretien sur rendez-vous, tous les jours de 9h00- 13h00 et 14h00-17h00 Consultations de spécialistes : Psychiatres –Hépatologue.

Consultations Jeunes Consommateurs Langue parlée :
Anglais
Délivrance de Méthadone

CSAPA CANNES – 7 rue Teisseire – 06400 CANNES

04.93.39.14.45

Sur rendez-vous, tous les jours de 9h00- 13h00 et 14h00-17h00 Consultations de spécialistes : Psychiatres

Consultations Jeunes Consommateurs Langue parlée :
Anglais
Délivrance de Méthadone – 27 Avenue Isola Bella 06400 CANNES
Tél. 04.93.69.72.69

CSAPA GRASSE – Hôpital CLAVARY « La Caravelle » 06130 Grasse

04.93.09.56.83

Entretien sur rendez-vous, tous les jours de 9h00- 13h00 et 14h00-17h00 Consultations de spécialistes : Psychiatres
Consultations Jeunes Consommateurs
Délivrance de Méthadone

CSAPA MENTON - 06500 MENTON

Tél. 04 92 10 13 83

7, route du Val de Gorbio La Villa Rose 06500 **MENTON** Accès : Près de l'hôpital de la Palmosa

Entretien sur rendez-vous, tous les jours de 9h00- 13h00 et 14h00-17h00 Consultations de spécialistes : Psychiatres
Consultations Jeunes Consommateurs
Délivrance de Méthadone

CSAPA ODYSEE- Anpaa06 – Permanence MENTON

Spécialisé ALCOOL
2, avenue Antoine Péglion- 06500 Menton.
Centre Hospitalier La Palmosa. Téléphone : 04 93 62 62 10

Les CAARUD visent la réduction des risques, ils s'adressent aux personnes qui ne sont pas engagées dans une démarche de soins afin de limiter et/ou éviter les pratiques à risque.

CAARUD ENTRACTES - UNITE MOBILE - NICE

04.93.16.00.49 / 06 68 39 96 39/ 06 68 39 98 17 Contact :
Chef de Service M. Stéphane AKOKA

Accueil pluridisciplinaire sans rendez-vous tous les matins avenue Thiers (devant la poste) et tous les après-midi bd Raimbaldi

Entretien orienté sur la Réduction des Risques, suivi médical, social et éducatif. Langues parlées : Anglais, Italien, Espagnol et Allemand

Emplacement du BUS :

Tous les matins av Thiers devant la Poste Tous les après-midi Bd Raimbaldi

Mise à disposition de matériel stérile d'injection et de sniffet récupération de matériel souillé T.R.O.D. (Test rapide orientation diagnostic VIH)

Veille sanitaire / Analyse de produits psychoactifs (dispositif SINTES et Médecins du Monde)
Education aux risques liés à l'injection

CAARUD LOU PASSAGIN UNITE FIXE - 12 rue Emmanuel Philibert - NICE

04.93.80.28.18 ou 06 78 32630 M. Bruno
BLASI Chef de Service

Entretien d'accueil pluridisciplinaire avec ou sans Rendez-vous Tous les matins : de 9h à13h00 ;

Les après-midi : Mardi 14h - 17h00 / Mercredi et vendredi 14h-16h30 / Jeudi 17h-19h Langues parlées : Anglais – Italien – Russe (traducteur bénévole)

Consultations Jeunes Consommateurs

Mise à disposition de matériel stérile d'injection et de sniffet récupération de matériel souillé T.R.O.D. (Test rapide orientation diagnostic VIH)

Distribox (échangeurs récupérateurs de seringue) Réseau Pharmacie (distribution gratuite de Kit+) Veille Sanitaire
Analyse de produits psychoactifs

CAARUD LOU PASSAGIN - UNITE MOBILE - NICE

04.93.80.28.18 ou 06 78 3 2630 ÷M.Bruno
BLASI Chef de Service Sans Rendez-vous
Entretien d'accueil pluridisciplinaire

Langues parlées : Anglais – Italien – Russe (traducteur bénévole) Secteur Poste Thiers et Boulevard Raimbaldi (quartier de la Gare)

Mise à disposition de matériel stérile d'injection et de sniffet récupération de matériel souillé T.R.O.D. (Test rapide orientation diagnostic VIH)
Réseau Pharmacie (distribution gratuite de Kit+)

Vétérinaire bénévole 1 fois par mois pour soigner les animaux. Intervention dans les squats
2 fois par mois le Médecin du Centre intervient dans le bus (plaies, abcès)

Annexe 8 : Serment d'Hippocrate



Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.
Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

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

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.
Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.
Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les moeurs.

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

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

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.
Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

VIII. BIBLIOGRAPHIE

[1] OCDE, « Tackling Harmful Alcohol Use - Economics and Public Health Policy - en - OECD », *site OCDE*, 12 mai 2015. http://www.oecd.org/health/health-systems/tackling-harmful-alcohol-use-9789264181069-en.htm.

[2] « Alcool : évolution de l'usage quotidien parmi les 18-75 ans - OFDT », 2014. http://www.ofdt.fr/statistiques-et-infographie/series-statistiques/alcool-evolution-de-lusage-quotidien-parmi-les-18-75-ans/.

[3] OFDT, « Alcool, tabac et cannabis durant les « années collège » - Tendances 80 - avril 2012 - OFDT ». http://www.ofdt.fr/publications/collections/periodiques/lettre-tendances/alcool-tabac-cannabis-durant-annees-college-tendances-80-avril-2012/.

[4] « Enquête Alcool - Patients vus en médecine générale et hôpitaux - OFDT », *site OFDT*, 2000. http://www.ofdt.fr/statistiques-et-infographie/sources-statistiques/enquete-alcool-patients-vus-en-medecine-generale-et-hopitaux/.

[5] France Saint-Maurice et Lars Møller, « Numéro thématique–L'alcool, toujours un facteur de risque majeur pour la santé en France Special issue–Alcohol remains a major risk factor for health in France », *BEH - InVS*, no 16-17-18 (7 mai 2013), http://www.automesure.com/library/pdf/BEH-alcool_2013.pdf.

[6] « INPES - Alcool ». http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/alcool/index.asp.

[7] Robert Kohn et al., « The treatment gap in mental health care », *Bulletin of the World health Organization* 82, no 11 (2004): 858–866, http://www.scielosp.org/pdf/bwho/v82n11/v82n11a11.pdf.

[8] « Repérage précoce et intervention brève en alcoologie - note de cadrage HAS - Mars 2014 », http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-04/reperage_precoce_et_intervention_breve_en_alcoologie_en_premier_recours_-_note_de_cadrage.pdf.

[9] Patrice Couzigou et al., « Intervention brève en alcoologie », *La Presse Médicale* 38, no 7–8 (juillet 2009): 1126-33, doi:10.1016/j.lpm.2008.09.026.

[10] « Outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève - HAS - déc 2014 », http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-12/outil_rpib_v2.pdf.

[11] « Mésusage de l'alcool : dépistage, diagnostic et traitement - recommandations de bonne pratique 2015 de la SFA », http://www.sfalcoologie.asso.fr/download/RBP2014-SFA-Mesusage-AA.pdf.

[12] « Controverses et actualité en alcoologie - réunion de la SFA - mars 2012 », http://www.sfalcoologie.asso.fr/download/AA2012_2-ReunionSFA.pdf.

[13] Claudine Berr et al., « Alcool : effets sur la santé - INSERM », Study report, (2001). http://lara.inist.fr/handle/2332/1325.

[14] « Guide Pratique pour faire le point sur votre consommation d'alcool - INPES », http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/861.pdf.

[15] « Les repères de consommation d'OH : standards remis en question - OFDT - nov 2015 », http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eisxsbv9.pdf.

[16] « AMELI-SANTE - A quoi correspond une consommation d'alcool excessive ? », *site de la Sécurité Sociale*, 29 août 2016. http://www.ameli-sante.fr/alcool-et-sante/lalcool-definition-et-reperes-de-consommation.html.

[17] « NIAAA newsletter - Winter 2004 - Number 3 », http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/Newsletter/winter2004/Newsletter_Number3.pdf.

[18] « AlcoBinge », *AlcoBinge*, 2016. http://alcobinge.crihan.fr/index.php?info=binge.

[19] « WHO | Governments confront drunken violence », *WHO*. http://www.who.int/bulletin/volumes/88/9/10-010910/en/.

[20] « L'alcool, une des toutes premières causes d'hospitalisation en France - InVS 2015 - BEH 24-25 - F.Paille, M.Reynaud », http://invs.santepubliquefrance.fr//beh/2015/24-25/pdf/2015_24-25_1.pdf.

[21] « Alcool et santé - INSERM », *site INSERM*, mars 2016. http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/alcool-et-sante.

[22] Benjamin Rolland, « Trouble de l'usage d'alcool : les nouvelles méthodes d'évaluation », *ResearchGate* 28, no 2 (1 juin 2014): 59-65, https://www.researchgate.net/publication/263967580_Trouble_de_l'usage_d'alcool_les_nouvelles_methodes_d'evaluation.

[23] « Notre histoire - ANPAA », *site de l'ANPAA*. http://www.anpaa.asso.fr/lanpaa/qui-sommes-nous/histoire.

[24] Myriam TSIKOUNAS, « L'école, premier lieu de lutte contre l'alcoolisme », Text, *Histoire par l'image*, (31 janvier 2006). https://www.histoire-image.org/etudes/ecole-premier-lieu-lutte-contre-alcoolisme.

[25] Marcel Pagnol, *La Gloire de mon père* (Editions de Fallois, 2014), Google-Books-ID: 7MVsBQAAQBAJ.

[26] « INPES - Les campagnes de communication ». http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/alcool/campagnes-communications.asp.

[27] « Campagnes de lutte contre la consommation excessive d'OH - INPES 2016 », http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/alcool/pdf/campagnes-alcool-v2.pdf.

[28] « Research Randomizer ». https://www.randomizer.org/.

[29] « Guide méthodologique pour réaliser une thèse qualitative - mars 2013 - site du CAGE Nice », s. d.

[30] « Introduction à la recherche qualitative - revue Exercer 2008;84:142-5. », http://dmg.medecine.univ-paris7.fr/documents/Cours/Outils%20methodo%20pour%20la%20these/introduction%20RQ%20Exercer.pdf.

[31] Marion GROPPI, « EVALUATION DU RESSENTI DES MEDECINS GENERALISTES DANS LA PRISE EN CHARGE DES PROBLEMES D'ALCOOL » (UNIVERSITE PIERRE ET MARIE CURIE (PARIS 6, 2010), http://www.cmge-upmc.org/IMG/pdf/these_groppi.pdf.

[32] Marc Ledroit, « Prise en charge du patient alcoolodépendant en médecine de ville: évaluation des pratiques professionnelles des médecins généralistes lillois » (Thèse d'exercice, Université du droit et de la santé, 2015).

[33] Leïla Benkiran, « Le médecin généraliste face aux principales addictions aux produits (tabac, alcool, cannabis, opiacés, cocaïne): freins au repérage et à la gestion dans la pratique courante: enquête qualitative réalisée auprès de 20 praticiens de la région PACA », 13 mars 2014, 84, http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01232248/document.

[34] « N° 74 - Addiction à l'alcool | COLLEGE NATIONAL UNIVERSITAIRE DES ENSEIGNANTS D'ADDICTOLOGIE ». http://cunea.fr/cours/ndeg-74-addiction-lalcool.

[35] « Liste des items ECN - Campus de Gynécologie et Obstétrique ». http://campus.cerimes.fr/gynecologie-et-obstetrique/liste-2.html.

[36] « Collège des enseignants en Neurologie - Complications neurologiques de l'alcoolisme ». http://www.cen-neurologie.fr/2eme-cycle/Items%20inscrits%20dans%20les%20modules%20transversaux/Complications%20neurologiques%20de%20l'alcoolisme/index.phtml.

[37] « Programe_Seminaires_2015-2016_2.pdf », http://www.nice.cnge.fr/IMG/pdf/Programe_Seminaires_2015-2016_2.pdf.

[38] S. Rouyer, « Un point sur la formation des Médecins Généralistes en addictologie - présentation s'appuyant sur une thèse de 2006 », *Groupe Interalcool Rhône Alpes*. http://groupeinteralcool.free.fr/index.php/component/content/article/48-2009-2010/62-rouyer-generalistes.

[39] « Liste groupes | Société Médicale Balint ». https://www.balint-smb-france.org/liste-groupes-balint.php.

[40] « Pour une meilleure prise en charge des problèmes d'alcoolisation en médecine générale: Elaboration d'un programme de formation et de coordination de soins - SFMG, 1993 », http://www.sfmg.org/data/generateur/generateur_fiche/1252/fichier_sfmg_drmg_42_1993_051ccb1.pdf.

[41] « Les groupes Balint | Société Médicale Balint ». https://www.balint-smb-france.org/groupe-balint.php.

[42] HUAS D. et RUEFF B., *Alcool et Médecine Générale* (Neuilly-sur-Seine: GMsanté, 2010).

[43] « CCAM en ligne - Test d'évaluation d'une dépression », *ameli.fr*. http://www.ameli.fr/accueil-de-la-ccam/trouver-un-acte/fiche-abregee.php?code=ALQP003.

[44] « Consommation de soins par habitant - 2012-2013 », http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/indicateur_9-2.pdf.

[45] NORMAND BRODEUR, « Les stratégies de changement employées par des hommes ayant des comportements violents envers leur conjointe », *Mesure et analyse à partir du modèle transthéorique du changement*, 2006, http://www.collectionscanada.gc.ca/obj/s4/f2/dsk3/QQLA/TC-QQLA-23895.pdf.

[46] « Outil associé à la recommandation de bonne pratique « Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence » - HAS 2014 », http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil_attitudes_stade_changement_patient.pdf.

[47] « Le cercle de Prochaska et Di Clemente », *Addictions, le portail des acteurs de santé*. http://intervenir-addictions.fr/intervenir/faire-face-usage-problematique-cannabis/.

[48] Pierre Gallois, Jean-Pierre Vallée et Yves Le Noc, « Les mésusages de l'alcool : repérage et intervention brève en médecine générale », *Médecine* 2, no 7 (1 septembre 2006): 302-6, http://www.jle.com/fr/revues/med/e-docs/les_mesusages_de_l_alcool_reperage_et_intervention_breve_en_medecine_generale__270584/article.phtml?tab=texte.

[49] « Histoire et alcoolisme ». http://hepatoweb.com/Alcoolisme-historique.php.

[50] « "Les Hommes et l'Alcool" - étude qualitative sur les représentations des hommes face à l'alcool - INPES 2003 », http://inpes.santepubliquefrance.fr/70000/dp/03/dp030122.pdf.

[51] « INPES - Alcool et professionnels de santé : outils pour en parler et repérer ». http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/alcool/professionnels-sante.asp.

[52] Dominique Huas et Bernard Rueff, « Le repérage précoce et l'intervention brève sur les consommateurs excessifs d'alcool en médecine générale ont–ils un intérêt », *Exercer* 90, no 21 (2010): 20–3, http://www.campus-umvf.cnge.fr/materiel/pp.20-3_exercer_90_Alcool_Rueff_Huas.pdf.

[53] « Addictions et baclofène, les nouveaux paradigmes », *Association BACLOFENE*, 3 octobre 2016. http://www.baclofene.org/baclofene/addictions-et-baclofene-les-nouveaux-paradigmes-videos-du-colloque-du-17-septembre-2016.

[54] « Substitution aux opiacés : vingt ans d'hypocrisie », *Libération.fr*, 27 décembre 2015. http://www.liberation.fr/france/2015/12/27/substitution-aux-opiaces-vingt-ans-d-hypocrisie_1423123.

[55] B. ROLLAND et al., « Abstinence dans l'alcoolodépendance : approche critique et actualisée des recommandations nationales de 2001 », *Presse Médicale (La)*, no Vol.42, n°1 (janvier 2013): 19-25.

[56] « outil_questionnaire_cage - HAS / Service des bonnes pratiques professionnelles / octobre 2014 », http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil_questionnaire_cage.pdf.

[57] « Critères d'abus et de dépendance selon le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux de l'Association américaine de psychiatrie (DSM-IV) - HAS Oct 2014 », http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/annexe_criteres_dsm-iv_abus_dependance_sevrage.pdf.

RESUME

Introduction :

Le trouble de l'usage d'alcool est un problème de santé publique majeur. C'est un problème fréquent et souvent sous-estimé par les médecins. Avec 49000 décès évitables par an et ses conséquences touchant à la fois la sphère privée, publique et professionnelle, sa gravité n'est plus à démontrer.

Nous nous sommes interrogés sur les obstacles rencontrés par les médecins généralistes dans leur prise en charge du trouble de l'usage d'alcool moyen à sévère, au plus près de leur activité de médecine générale. Nous avons également cherché à relever au contraire les facteurs facilitant cette prise en charge, les ressources utilisées par les médecins et leurs propositions pour améliorer cette prise en charge.

Matériel et Méthode :

Etude qualitative par entretiens semi-dirigés individuels auprès de 18 médecins généralistes installés en cabinet, dans les Alpes-Maritimes.

Résultats :

Les principaux obstacles relevés sont le déni du patient, son manque de suivi, la complexité du problème de l'addiction, le manque de temps et de formation du médecin généraliste, l'impact sociétal de l'alcool et les défauts du réseau de soins pluridisciplinaire. Les facteurs facilitants reposent sur le lien privilégié du médecin généraliste avec son patient, sa connaissance du terrain, la relation de confiance. Le médecin compense son manque de formation – manque de « savoir-faire » - par du savoir-être. Les ressources sont centrées autour des examens complémentaires, notamment biologiques, et du réseau pluridisciplinaire. Les médecins demandent une adaptation de leur formation, une meilleure prise en charge pluridisciplinaire avec une vraie communication entre les différents intervenants, une revalorisation de la consultation addiction et une meilleure prise de conscience collective du problème.

Conclusion :

Cette étude tire son originalité de son caractère qualitatif et semi-dirigé. Elle suggère que les médecins sont dans une philosophie de réduction des risques et non plus de recherche absolue de l'abstinence et met au jour le manque de communication entre les différents intervenants du réseau pluridisciplinaire de soins en matière d'addiction.