



HAL
open science

Difficultés rencontrées par les internes de médecine générale face aux patients ayant un mésusage de l'alcool : analyse des 187 portfolios présentés à l'université de Bordeaux en 2014

Elvire Geonget

► To cite this version:

Elvire Geonget. Difficultés rencontrées par les internes de médecine générale face aux patients ayant un mésusage de l'alcool : analyse des 187 portfolios présentés à l'université de Bordeaux en 2014. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01614394

HAL Id: dumas-01614394

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01614394v1>

Submitted on 10 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.

Université de Bordeaux
U.F.R. des sciences médicales

Année 2017

N° 96

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME D'ÉTAT de DOCTEUR EN MÉDECINE
Présentée et soutenue publiquement le 6 juillet 2017
par Elvire GEONGET

Née le 3 mai 1977 à Bordeaux

Difficultés rencontrées par les internes de médecine générale
face aux patients ayant un mésusage de l'alcool : analyse des
187 portfolios présentés à l'université de Bordeaux en 2014

Directeur de thèse :

Monsieur le Professeur Philippe CASTERA

Membres du jury :

Monsieur le Professeur Fabrice BONNET	Président
Monsieur le Professeur François PETREGNE	Juge
Monsieur le Docteur Benoît FLEURY	Juge
Madame le Docteur Sylvie MAURICE	Rapporteur

Université de Bordeaux
U.F.R. des sciences médicales

Année 2017

N° 96

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME D'ÉTAT de DOCTEUR EN MÉDECINE
Présentée et soutenue publiquement le 6 juillet 2017
par Elvire GEONGET

Née le 3 mai 1977 à Bordeaux

Difficultés rencontrées par les internes de médecine générale
face aux patients ayant un mésusage de l'alcool : analyse des
187 portfolios présentés à l'université de Bordeaux en 2014

Directeur de thèse :

Monsieur le Professeur Philippe CASTERA

Membres du jury :

Monsieur le Professeur Fabrice BONNET	Président
Monsieur le Professeur François PETREGNE	Juge
Monsieur le Docteur Benoît FLEURY	Juge
Madame le Docteur Sylvie MAURICE	Rapporteur

REMERCIEMENTS

A notre président du jury, Monsieur le Professeur Fabrice Bonnet

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier, Médecine interne

Je vous suis très reconnaissante de l'honneur que vous me faites en acceptant de présider ce jury.

Veillez trouver ici l'expression de ma respectueuse considération et de ma gratitude.

A notre juge, Monsieur le Professeur François Pétregne

Professeur Associé de Médecine générale

Je connais votre implication dans la formation des étudiants en 3^{ème} cycle et le rôle essentiel que vous avez eu dans l'existence actuelle de groupes type Balint pour les internes de médecine générale à Bordeaux. J'espère que ce travail, ainsi que les modestes propositions que nous y formulons, pourront vous intéresser.

Veillez recevoir l'expression de mon profond respect et mes sincères remerciements pour avoir accepté de participer à ce jury.

A notre juge, Monsieur le Docteur Benoît Fleury

Médecin addictologue

Au terme de la rédaction de cette thèse, je me dois de vous remercier, tout particulièrement, pour le rôle essentiel que vous avez eu dans mon goût actuel pour l'alcoologie. La qualité et la richesse de l'enseignement que j'ai reçu au cours du DU d'alcoologie m'ont permis d'élargir ma perception des soins en découvrant des domaines que j'avais, jusque-là, peu explorés.

Veillez croire à ma profonde estime et à ma très sincère reconnaissance.

A notre rapporteur et juge, Madame le Docteur Sylvie Maurice

Maître de Conférence des Universités - Praticien Hospitalier, Santé publique

Je vous suis très reconnaissante de l'intérêt que vous avez porté à mon travail.

Veillez recevoir mes vifs remerciements pour avoir accepté d'être le rapporteur de cette thèse, pour les remarques pertinentes que vous avez formulées, pour vos conseils respectueux de la pensée de l'étudiante et permettant d'améliorer la qualité du travail.

A notre directeur de thèse, Monsieur le Professeur Philippe Castéra

Professeur Associé de Médecine générale

Je vous sais gré de m'avoir guidée, depuis plusieurs années déjà, sur ce chemin de l'étude de l'alcoologie. Vous avez accepté avec enthousiasme de diriger un projet de recherche dans ce domaine et votre proposition originale de s'intéresser au thème de l'alcool dans les portfolios des internes est à l'origine de cette thèse.

Vos commentaires avisés, votre regard critique et bienveillant, le temps que vous m'avez accordé, au cours de nos fréquents échanges, m'ont permis de mener à bien ce travail.

Soyez assuré de ma profonde reconnaissance et de ma gratitude.

Aux 99 patients « rencontrés » à travers la lecture des scripts et aux 89 internes, auteurs de ces récits

Les descriptions détaillées des scènes vécues et rapportées à travers le regard des étudiants ont été l'objet de ce travail, la source dans laquelle nous avons pu identifier les difficultés des internes mais aussi percevoir la gêne des patients face à des questions embarrassantes, ou parfois, leur soulagement d'aborder, enfin, le sujet de leur problème. Nous avons aussi, quelque fois, été surpris par leur décision soudaine de se « mettre à l'eau » et nous nous sommes réjouis, avec l'interne, d'un engagement inespéré dans des soins, « *Dernière chance inattendue !* ».

J'ai ainsi l'impression d'avoir découvert un trésor dans ces portfolios, me permettant de « profiter » de l'expérience de mes pairs. Je souhaite les remercier pour leurs précieux témoignages, qu'ils sachent que ma lecture n'a pas cherché à les juger ni à les évaluer mais bien à relever des difficultés qui auraient pu, aussi, être les miennes.

Quant aux patients décrits, leurs paroles et leurs histoires me sont devenues familières. Je souhaite les remercier de m'avoir permis, à travers ce travail, d'entendre un peu de leur vie et de leurs souffrances. Qu'ils soient assurés que le regard porté sur leurs situations s'est attaché à rechercher les moyens d'améliorer la formation des médecins en alcoologie. Cette lecture attentive aura aussi été une source d'apprentissage utile à mes rencontres avec de futurs patients.

A tous ceux qui ont contribué à ma formation médicale

Aux intervenants du DU d'alcoologie, qui, aux côtés du Dr Fleury, m'ont apporté leurs connaissances et ont su faire grandir mon intérêt pour le sujet. Je tiens notamment à remercier le Pr Gérard Ostermann pour son enseignement sur « l'avance de la parole », le Dr Emmanuel Palomino pour avoir souligné certains « pièges » de la rencontre et m'avoir permis de découvrir le fonctionnement du DISPPA de l'hôpital de Jonzac, Mr Daniel Basso-Fin pour m'avoir fait percevoir les interactions au sein d'un système familial ainsi que le Dr Gérard Bodin pour avoir porté mon attention sur la place de l'alcool dans la désocialisation.

Au Professeur Dominique Dallay, pour son accueil à la maternité de Pellegrin et sa grande humanité.

Au Docteur Henri Vergnoux, pour la confiance qu'il m'a accordée et le plaisir que j'ai pu trouver à travailler auprès de lui, dans le service de cardiologie de l'hôpital de Bergerac.

Au Docteur Jean Mitamona, pour m'avoir permis de m'intégrer dans son service, de bénéficier de son expérience et de participer, avec grand intérêt, aux prises en charge urgentes au sein de l'équipe du SAU de l'hôpital de Marmande.

Au Docteur Guy Lallemand, pour le temps accordé à ses patients, pour la qualité d'écoute que j'ai pu découvrir à ses côtés et pour sa grande bienveillance.

A mes parents,

pour leur présence dans les moments heureux comme dans ceux qui éprouvent, pour leur soutien inconditionnel, pour la richesse de leurs regards croisés et des échanges qui m'ont construite.

Je vous dédie ce travail.

A Stéphan,

pour le bonheur de cheminer en parallèle depuis l'enfance, pour ta préoccupation sincère et concrète à mon égard, pour tes conseils et ton affection de grand frère.

A Elisabeth,

qui m'a souvent encouragée dans ce travail et qui aurait certainement aimé le voir accompli. Pour la générosité de son attention, la spontanéité de ses propositions et l'originalité de ses points de vue, pour l'influence qu'elle continuera à avoir dans ma vie.

A mes nièces, Clélia et Daphné, pour le bonheur de les voir grandir et de constater toujours leur inventivité joyeuse !

A mes grands-parents, disparus trop tôt, pour le souvenir de leur tendresse.

A mes amis

Au plaisir d'avoir partagé les bancs de la faculté et de continuer à partager certains moments précieux de nos vies ainsi que de nombreux éclats de rire avec Amandine, Carole et Véronique.

Aux amis d'enfance, de lycée ou de voyages, pour le lien que nous avons pu maintenir ou renouer de loin en loin, retrouvant dans nos échanges un regard familier et capable de s'enrichir encore de nos expériences communes ou personnelles.

Aux nombreux co-internes avec lesquels j'ai pu partager mes expériences d'apprentie médecin. Qu'il est nécessaire d'échanger à propos de nos hésitations, de nos étonnements, de nos frustrations et de nos satisfactions, aussi, parfois ! Je souhaite que ces dialogues puissent se poursuivre longtemps, entre confrères, établis ici ou là.

TABLE DES MATIERES

Abréviations et acronymes	1
Préambule.....	3
1. Contexte de l'étude et objectifs.....	5
1.1. Les freins à l'implication des médecins généralistes en alcoologie.....	5
1.2. Quelques données épidémiologiques sur les effets nocifs de la consommation d'alcool	6
1.3. Formation en addictologie des étudiants en médecine générale	8
1.4. Le portfolio : outil d'apprentissage et d'évaluation.....	14
1.5. Objectifs de l'étude	19
2. Matériel et méthode	21
2.1. Schéma de l'étude	21
2.2. Population de l'étude	21
2.3. Méthode.....	21
3. Résultats	27
3.1. Dénombrement et composition des portfolios étudiés.....	27
3.2. La « thématique alcool » dans les portfolios	27
3.3. Les « problématiques alcool » dans les portfolios	31
3.4. Analyse des 99 scripts développant des « problématiques alcool »	32
3.4.1. Les auteurs	32
3.4.2. La situation.....	35
3.4.2.1. Les terrains de stage.....	35
3.4.2.2. Les patients	37
3.4.2.3. La rencontre entre patient et interne	37
3.4.3. Les thèmes étudiés dans les « problématiques alcool »	43
3.4.4. Les difficultés rencontrées par les internes.....	46
3.4.4.1. Les grands domaines des difficultés identifiées dans les scripts P+.....	46
3.4.4.2. Défaut de connaissances ou de compétences en alcoologie	47
♦ Difficultés en rapport avec les soins alcoologiques.....	48
♦ Difficultés en rapport avec les comorbidités organiques.....	55
♦ Difficultés en rapport avec les comorbidités addictologiques.....	60
♦ Difficultés en rapport avec le diagnostic du mésusage	62
♦ Difficultés en rapport avec l'interrogatoire du patient	63
♦ Difficultés en rapport avec les comorbidités psychiatriques.....	65
♦ Difficultés en rapport avec l'objectif de soins	68

♦ Difficultés en rapport avec l'examen clinique	69
♦ Difficultés en rapport avec les examens complémentaires	70
3.4.4.3. Difficultés relationnelles.....	71
♦ Difficultés dans la relation interne-patient	72
♦ Difficultés dans la relation interne-autre(s) soignant(s).....	78
♦ Difficultés dans la relation interne-proche(s) du patient	80
3.4.4.4. Difficultés organisationnelles.....	83
♦ Indications du lieu du sevrage en alcool	83
♦ Difficultés organisationnelles en pratique ambulatoire	85
♦ Difficultés organisationnelles en pratique hospitalière	87
3.4.4.5. Situations médico-légales	89
♦ Soins sans consentement	90
♦ Sortie d'hospitalisation contre avis médical.....	90
♦ Secret médical opposé à l'entourage professionnel du patient.....	91
♦ Etablissement d'un certificat de non hospitalisation.....	91
♦ Etablissement d'un certificat de constatation de coups et blessures	91
♦ Transmission d'une information préoccupante.....	92
4. Discussion.....	93
4.1. Discussion de la méthode	93
4.2. Discussion des résultats	96
5. Propositions	133
Conclusion	145
Références bibliographiques.....	147
Annexe 1 : Définition de la liste de mots clés	153
Annexe 2 : Grille de lecture des scripts P+	156
Annexe 3 : Caractéristiques des patients décrits dans les scripts P+	160
Annexe 4 : Questionnaires AUDIT, AUDIT-C, FACE	164
Annexe 5 : Trouble de l'usage de l'alcool : critères diagnostiques (DSM-5) ...	166
Annexe 6 : Modèle de Prochaska et DiClemente	167
Annexe 7 : Programme de l'enseignement en addictologie en 3ème cycle de médecine générale.....	169
Annexe 8 : Publication affichée au congrès de la SFA en 2016	170
Serment d'Hippocrate	171

ABREVIATIONS ET ACRONYMES

AGIR 33 : Addictions Gironde

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

ANPAA : Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie

ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé

API : alcoolisation ponctuelle importante

AUDIT : Alcohol Use Disorder Identification Test

BPCO : bronchopneumopathie chronique obstructive

BZD : benzodiazépine

CCAA : Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie

CDA : consommation déclarée d'alcool

CDT : Carboxy Deficient Transferrin

CEID : Comité d'Etude et d'Information sur la Drogue et les Addictions

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIDDIST : Centre d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles

CMP : Centre médico-psychologique

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

CNH : certificat de non-hospitalisation

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

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

CSSRA : centre de soins de suite et de réadaptation en addictologie

DES : diplôme d'études spécialisées

DISPPA : Département d'Information et de Soins aux Personnes ayant un Problème avec l'Alcool

DMG : département de médecine générale

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

DT : delirium tremens

DU : diplôme universitaire

EBM : Evidence Based Medicine

ECN : Epreuves Classantes Nationales

ELSA : Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie

EM : entretien motivationnel

EP : élément ponctuel

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

GAP : Groupe d'Analyse de Pratiques

γ GT : γ -glutamyltransférase

HAD : hospitalisation à domicile
HAS : Haute Autorité de Santé
IEA : intoxication éthylique aiguë
IMG : interne de médecine générale
INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
IRM : imagerie par résonance magnétique
IST : infection sexuellement transmissible
ITT : incapacité totale de travail
MG : médecin généraliste
MSA : Mutualité Sociale Agricole
MSU : Maître de Stage des Universités
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ORL : oto-rhino-laryngologie
PF : portfolio
PMI : Protection Maternelle et Infantile
RSCA : Récit de Situation Complexe et Authentique
RTU : recommandation temporaire d'utilisation
SAF : syndrome d'alcoolisation fœtale
SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente
SASPAS : Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé
SAU : Service d'Accueil des Urgences
SFA : Société Française d'Alcoologie
SFMU : Société Française de Médecine d'Urgence
SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
SSR : soins de suite et de réadaptation
TCAF : troubles causés par l'alcoolisation fœtale
TCC : thérapie cognitivo-comportementale
TSO : traitement de substitution aux opiacés
UHCD : unité d'hospitalisation de courte durée
VGM : volume globulaire moyen
VIH : virus de l'immunodéficience humaine

PREAMBULE

Une interne décrit la deuxième consultation d'une patiente lombalgique rencontrée lors de son stage au cabinet de médecine générale :

« Je lui demande comment se sont passés les jours au domicile, comment elle a occupé ses journées. Je me doute bien qu'elle ne va pas me dire qu'elle a bu de l'alcool, mais je ne sais pas trop comment aborder le sujet... Elle me répond qu'elle va chez le kiné et essaye de se reposer. Un peu tendue je me lance : "Avez-vous consommé de l'alcool aujourd'hui ?". Il doit être environ 15h. Ses yeux s'arrondissent et se plongent dans les miens, puis elle baisse la tête.

"Euh non, je ne bois pas beaucoup.

- C'est-à-dire ?

- Comme tout le monde." ».

Ces quelques lignes tirées d'un script du portfolio d'une interne de médecine générale (IMG) illustrent l'une des nombreuses difficultés éprouvées par les étudiants face aux patients ayant un mésusage de l'alcool.

Avant d'être moi-même interne, j'ai souhaité suivre l'enseignement du diplôme universitaire d'alcoologie de l'université de Bordeaux. L'intérêt que j'ai trouvé à découvrir et étudier ce vaste domaine a persisté au fil des années, m'amenant à souhaiter l'explorer encore à l'occasion de mon travail de thèse.

A la recherche d'un sujet, alors que je rédigeais mon portfolio, les échanges fréquents avec mon futur directeur de thèse ont parfois porté sur les deux projets en cours, notamment dans un mail intitulé « thèse et portfolio ». C'est ainsi que l'idée d'étudier le thème « alcool » dans les écrits des internes nous est apparue puis a progressivement évolué jusqu'au sujet actuel.

Le travail présenté commencera par rappeler brièvement les difficultés perçues par les médecins généralistes dans la pratique de l'alcoologie, la formation addictologique des étudiants et les principes pédagogiques qui sous-tendent l'utilisation du portfolio comme outil d'apprentissage et d'évaluation des internes de médecine générale à Bordeaux.

L'étude des 187 portfolios ayant permis la validation du DES de médecine générale en 2014 sera ensuite détaillée et discutée. Nous avons évalué la présence d'une thématique « alcool » dans les textes qui les composent ainsi que la fréquence avec laquelle leurs auteurs choisissent d'étudier des sujets dans ce domaine. Enfin, nous avons analysé précisément les difficultés rencontrées par les internes lorsqu'ils soignent des patients ayant un mésusage de l'alcool. A partir de ces résultats, nous formulerons des propositions d'amélioration dans la formation des futurs médecins généralistes en alcoologie.

1. CONTEXTE DE L'ETUDE ET OBJECTIFS

1.1. LES FREINS A L'IMPLICATION DES MEDECINS GENERALISTES EN ALCOOLOGIE

Les médecins généralistes (MG) sont « *parmi les intervenants les mieux placés en terme de coût/efficacité, pour faire diminuer de façon significative la surconsommation de boissons alcooliques de leurs patients* » [1]. Ce constat peut s'expliquer par les modalités d'exercice de ces praticiens de premier recours. En effet, ils sont situés à proximité de leurs patients, facilement accessibles et connaissent leur cadre de vie. De plus, leur polyvalence les conduit à être sollicités pour de nombreux troubles physiques ou psychiques liés au mésusage de l'alcool. Enfin, le suivi au long cours des patients favorise l'établissement d'une relation de confiance et pourrait permettre à ces médecins de repérer, à l'occasion de consultations pour d'autres motifs, une consommation à risque ou nocive voire une dépendance [2].

Malgré leur place privilégiée, les médecins généralistes sont pourtant réticents à s'impliquer dans le repérage du mésusage et dans l'accompagnement addictologique des patients présentant un trouble de l'usage de l'alcool. Ils ne sont que 23%, d'après les résultats du Baromètre santé médecins généralistes 2009, à déclarer aborder la question de la consommation d'alcool au moins une fois avec chacun de leurs patients [3]. Cette proportion est de 63% en ce qui concerne la consommation de tabac. De plus, l'enquête souligne le parallélisme constaté entre l'importance que les MG accordent à leur rôle dans la prévention sur un thème donné et la facilité à aborder ce thème en consultation. Cette observation se vérifie dans tous les domaines de prévention étudiés (tabagisme, activité physique, alimentation, etc.) sauf celui de la consommation d'alcool. En effet, trois quarts des médecins estiment que la prévention des mésusages de l'alcool fait partie de leur rôle mais jugent que c'est l'un des thèmes les plus difficiles à aborder, avec l'usage des drogues et la vie affective et sexuelle. Seuls 19,3% déclarent qu'il est tout à fait facile d'aborder le sujet de l'alcool.

Trois quarts des médecins généralistes se disent également peu à l'aise pour aborder ce sujet avec des patients qu'ils supposent avoir un usage à risque ou nocif de l'alcool [1]. Dans ces situations, ils évoquent plus facilement le sujet en présence de conséquences somatiques que si les troubles sont exclusivement psychiques ou sociaux. Enfin, face à des patients dépendants, ils sont partagés entre le désir de les aider (3/4 des MG) et le sentiment d'insatisfaction éprouvé à les accompagner (3/4).

Les nombreuses réticences des MG à s'impliquer en alcoologie sont notamment expliquées par les motifs suivants : le sentiment d'inefficacité à induire un changement de comportement, la perception d'un manque de formation et de compétences, la crainte de

détériorer la relation médecin-malade ou encore le temps nécessaire à consacrer à ces patients [1,3].

Malgré la connaissance de la gravité potentielle des complications médicales liées au trouble de l'usage de l'alcool et la perception de la fréquence des conséquences néfastes dans toutes les dimensions de la vie du patient, de nombreux médecins généralistes ne parviennent pas à surmonter leurs réticences et à s'impliquer dans ce domaine.

1.2. QUELQUES DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES SUR LES EFFETS NOCIFS DE LA CONSOMMATION D'ALCOOL

La consommation d'alcool diminue régulièrement en France depuis les années 1960, essentiellement en lien avec la baisse de la consommation de vin [4]. Cependant, la France demeure parmi les pays les plus gros consommateurs, se situant au 6^{ème} rang des pays de l'Union européenne en 2013 [5]. L'enquête Baromètre santé 2014, effectuée auprès des 15-75 ans, permet d'évaluer la moyenne hebdomadaire de consommation d'alcool à 5,5 verres standard, chiffre stable par rapport à 2010. Plus précisément, la fréquence de la consommation quotidienne d'alcool continue de diminuer (11 à 10%) alors qu'un autre mode de consommation progresse, en particulier chez les plus jeunes, les alcoolisations ponctuelles importantes¹ (API). Ainsi, parmi les 18-25 ans, la proportion des individus ayant connu des ivresses répétées (au moins 3 par an) a presque doublé entre 2005 et 2014 (15% vs 29%). Le comportement des jeunes femmes se rapprochant de celui des jeunes hommes, une hausse significative des ivresses régulières (au moins 10 par an) et des API mensuelles est constatée parmi les étudiantes entre 2010 et 2014 (7% vs 11% et 19% vs 28%) [6].

Les effets sur la santé d'une consommation excessive chronique d'alcool et d'épisodes répétés d'ivresse sont majeurs en termes de mortalité et de morbidité. A l'échelle mondiale, 5,9% des décès annuels sont imputables au mésusage de l'alcool [7]. En France cette part a été estimée à 9% soit 49000 morts par an [8]. Ces décès prématurés concernent, pour plus de 20% d'entre eux, une population de moins de 35 ans. La plus grande part de cette mortalité est liée au développement de cancers, à des maladies cardiovasculaires, à des pathologies digestives et à des accidents [8]. La consommation d'alcool représente la 2^{ème} cause évitable de mortalité par cancer après le tabagisme, les localisations concernées étant les voies aéro-digestives supérieures, l'œsophage, le côlon et le rectum, le foie et le sein [9].

¹ Une alcoolisation ponctuelle importante correspond à la consommation d'au moins 6 verres en une seule occasion.

La prévalence des troubles psychiatriques est, elle aussi, augmentée parmi les individus qui présentent un trouble de l'usage de l'alcool. D'après l'étude ECA [10], **37% des sujets alcoolodépendants ou consommateurs abusifs présentent une comorbidité psychiatrique**. Une enquête américaine parue en 2007 [11] permet d'estimer le risque relatif de chacun de ces troubles chez les sujets alcoolodépendants. Ainsi, le risque d'épisode dépressif majeur est multiplié par 2, les troubles bipolaires sont 3 à 4 fois plus fréquents (type I et type II), les troubles anxieux multipliés par 2,7 et les troubles de la personnalité multipliés par 3,2 (dont personnalité histrionique multipliée par 5, dépendante et antisociale par 4). Enfin, parmi les patients schizophrènes, 20 à 50% présentent une consommation abusive ou une dépendance à l'alcool [12]. Si la comorbidité psychiatrique n'est pas nécessairement secondaire au mésusage de l'alcool, dans tous les cas les deux troubles ont une influence néfaste réciproque.

Le risque de crise suicidaire chez les consommateurs abusifs et les alcoolodépendants est, quant à lui, multiplié par 8 et l'abus d'alcool est identifié chez un tiers des suicidants [13].

D'autre part, **la prévalence d'une addiction à un autre produit est 19 fois plus fréquente chez les alcoolodépendants que dans la population générale [11]**, constat qui souligne la pertinence d'une approche addictologique centrée sur la personne plus que sur le produit.

La prévalence des pathologies organiques et psychiatriques liées à l'alcool peut également être appréhendée à travers la part des hospitalisations attribuables à cette consommation. Ainsi, en 2012, 2,2% de l'ensemble des séjours en MCO (médecine, chirurgie et obstétrique) et 10,4% des journées en psychiatrie étaient attribuables à l'alcool. Le coût représenté par les séjours liés à l'alcool s'élève à près de 3,6% des dépenses hospitalières annuelles [14].

Les modifications du comportement induites par l'alcool peuvent également mettre en danger la vie du consommateur excessif et celle d'autrui. **D'après le bilan annuel de l'accidentalité routière, l'alcool est en cause dans près d'un tiers des accidents mortels en 2015 [15]**. Les conducteurs alcoolisés présentent un sur-risque d'être à l'origine d'un tel accident évalué à 8,5 [16]. Dans le milieu professionnel, **10 à 20% des accidents du travail seraient dus à l'alcool**. Enfin, **des actes violents et délictuels sont plus fréquemment commis sous l'emprise de l'alcool**, notamment les violences conjugales (dans près de 30% des cas l'agresseur est alcoolisé) et les agressions sexuelles (l'alcool est présent dans 37% des cas). L'influence de l'alcoolisation est également retrouvée dans les homicides volontaires, les crimes et délits contre les enfants et les incendies volontaires [17].

Au sein de la famille, l'individu en formation est particulièrement sensible aux effets nocifs de l'alcool. En effet, une consommation quotidienne d'alcool, même très faible, ou des ivresses épisodiques peuvent entraîner des atteintes du système nerveux central de l'embryon ou du fœtus [18]. **Les troubles causés par l'alcoolisation fœtale (TCAF) auraient une incidence de 9 ‰ naissances vivantes par an dans les pays occidentaux, le syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF), qui représente la forme la plus sévère, est 7 fois moins fréquent.** L'atteinte des fonctions cérébrales induit des difficultés tout au long de la vie des individus exposés à l'alcool in utero. Des troubles neuro-développementaux sont constatés puis des difficultés d'apprentissage, des troubles du comportement, des troubles des facultés d'adaptation et des conduites sociales. L'insertion de ces adolescents et jeunes adultes dans la société est rendue difficile et la consommation de produits psychoactifs est plus fréquente dans cette population [19]. **L'alcoolisation fœtale représente la 1^{ère} cause non génétique de handicap mental chez l'enfant [18].**

Le mésusage de l'alcool est potentiellement délétère pour le consommateur et ses proches, à l'origine de dommages physiques, de souffrances psychiques, d'altération de la vie familiale, sociale et professionnelle. Cependant, les bénéfices attendus peuvent justifier la poursuite de cette consommation pour le buveur, jusqu'à ce que le besoin de boire devienne la conséquence d'une addiction qui nécessitera, le plus souvent, des soins.

Le médecin généraliste, en raison de sa relation particulière avec des patients qu'il accompagne au long cours et d'une pratique qui concerne la santé dans sa globalité, **est susceptible de pouvoir repérer les mésusages de l'alcool, d'intervenir auprès des consommateurs à risque et d'accompagner certains de ceux qui sont dans le trouble de l'usage. Mais les connaissances et compétences nécessaires à une intervention bénéfique ne sont pas toujours acquises au cours de la formation initiale.**

Aussi, nous nous intéressons à la formation en addictologie, et plus particulièrement en alcoologie, des étudiants en médecine au cours de leur 2^{ème} et 3^{ème} cycle, alors qu'ils sont externes puis internes spécialisés en médecine générale.

1.3. FORMATION EN ADDICTOLOGIE DES ETUDIANTS EN MEDECINE GENERALE

Nous décrirons, ici, la formation reçue par les étudiants ayant présenté leur portfolio à l'université de Bordeaux en 2014. Les modifications pédagogiques concernant le 2^{ème} et 3^{ème} cycles, intervenues ultérieurement, ne sont pas considérées dans cette présentation.

1.3.1. FORMATION EN ADDICTOLOGIE AU COURS DU DEUXIEME CYCLE DES ETUDES MEDICALES

Les modalités de la formation universitaire au cours du 2^{ème} cycle varient en fonction des universités, l'objectif commun étant de préparer les étudiants aux Epreuves Classantes Nationales (ECN). Les auteurs des portfolios (PF) étudiés étant issus de facultés différentes, nous avons considéré que le programme des ECN constituait leur formation commune. Sauf cas particuliers, les IMG arrivant au terme de leur internat en 2014 ont débuté leur 2^{ème} cycle en 2007 et se sont présentés aux ECN en 2011. Les étudiants qui ont un ou deux semestres de décalage ont été classés aux ECN en 2010. L'ensemble de ces étudiants a donc suivi un enseignement théorique centré sur le programme modifié en 2007 et s'appliquant à partir de 2010 [20].

Ce programme est divisé en 3 parties et compte 345 items. La 1^{ère} partie, comprenant le plus grand nombre de questions, concerne 11 modules transdisciplinaires, la 2^{ème} partie porte sur les « maladies et grands syndromes » et la dernière sur des orientations diagnostiques.

Nous avons relevé les items concernant directement des questions d'addictologie ainsi que ceux liés, de façon même indirecte, au mésusage de l'alcool.

Trois questions, appartenant aux modules transdisciplinaires, portent explicitement sur des sujets d'addictologie :

- item n° 20 : « Prévention des risques fœtaux : infection, médicaments, toxiques, irradiations », l'un des objectifs pédagogiques concernant directement l'usage des substances psychoactives : « Donner une information sur les risques liés au tabagisme, à l'alcool, à la prise de médicaments, à la prise de médicaments ou de drogues, à l'irradiation maternelle pour la mère et le fœtus »
- item n° 45 : « Addictions et conduites dopantes : épidémiologie, prévention, dépistage. Morbidité, comorbidité et complications. Prise en charge, traitement substitutif et sevrage : alcool, tabac, psycho-actifs et substances illicites », les consignes étant : « Expliquer les éléments de prévention et de dépistage des conduites à risque pouvant amener à une dépendance vis-à-vis du tabac, de l'alcool ou de la drogue, diagnostiquer une conduite addictive (tabac, alcool, psychotropes, substances illicites, jeux, activités sportives intensives...), argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient, décrire les principes de la prise en charge au long cours »
- item n° 214 : « Principales intoxications aiguës », les objectifs étant : « Diagnostiquer une intoxication par les psychotropes, les médicaments cardiotropes, le CO, l'alcool. Identifier les situations d'urgence et planifier leur prise en charge ».

Seul l'item n° 45 concerne spécifiquement le thème des addictions mais il aborde largement le sujet, sous plusieurs de ses aspects.

D'autre part, de nombreux items peuvent concerner indirectement l'alcoologie. Par exemple, étudier la cirrhose conduit à évoquer le trouble de l'usage de l'alcool, de même, les

questions portant sur les troubles psychiatriques ou sur des populations spécifiques (adolescents, personnes âgées, sujets en situation de précarité...) sont des occasions d'aborder le mésusage d'alcool ou sa prévention. Mais il s'agit alors de considérer les effets nocifs de la consommation ou le facteur de risque qu'elle représente plutôt que le problème d'alcool en lui-même. De plus, le contenu des cours suivis et des livres étudiés, sur ces sujets, dépendra des priorités de l'enseignant ou de l'auteur. Enfin, les connaissances apportées par l'étude des items concernant la relation médecin-patient ou « l'organisation des systèmes de soins. Filières et réseaux » pourraient aussi être sollicitées lors de la rencontre avec des patients mésusant d'alcool.

Enfin, **concernant l'alcoologie, la formation théorique des étudiants se préparant aux ECN porte sur des connaissances épidémiologiques, sur la prévention des mésusages (dont la prévention de l'exposition fœtale), leur dépistage, le sevrage en alcool, l'intoxication éthylique aiguë (IEA), les soins et le suivi des patients au long cours.** Les items indirectement liés à l'alcool permettent l'acquisition de connaissances au sujet des **comorbidités organiques et psychiatriques**, ils abordent également **les aspects relationnels et organisationnels des soins.**

1.3.2. FORMATION EN ALCOOLOGIE AU COURS DU TROISIEME CYCLE DE MEDECINE GENERALE A L'UNIVERSITE DE BORDEAUX

En janvier 2004, une réforme du 3^{ème} cycle des études médicales [21] a conduit au remplacement du concours de l'internat, en fin de 2^{ème} cycle, par les ECN qui concernent l'ensemble des étudiants. La médecine générale est alors devenue une spécialité, le 3^{ème} cycle de médecine générale se clôturant par l'obtention d'un DES (diplôme d'études spécialisées).

Au cours de ces 3 années d'internat, l'étudiant reçoit une formation pratique et universitaire, il réalise 6 semestres de stages et suit un enseignement réparti en 6 modules. Le travail d'autoformation à partir du portfolio occupe une place centrale, il fait le lien entre l'expérience acquise en stage et les séances d'enseignement.

Nous relevons les différents aspects de cette formation susceptibles de permettre aux internes de rencontrer des problématiques alcoologiques et d'améliorer leurs compétences dans ce domaine.

1.3.2.1. La formation pratique et la rencontre de problématiques alcoologiques

Pour valider sa formation pratique, l'IMG doit réaliser 6 semestres de stage dont 4 ont des caractéristiques obligatoires [22]. Ces 4 semestres obligatoires sont :

- un stage hospitalier dans un service validant la « médecine d'adultes » : médecine générale, médecine interne, médecine polyvalente ou gériatrie
- un stage hospitalier dans un service validant la « médecine d'urgence » : service d'accueil des urgences (SAU), unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD), service d'aide médicale urgente (SAMU) ou service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR)
- un semestre dans un lieu de stage agréé (hospitalier ou ambulatoire) pour la pratique de la « pédiatrie et/ou gynécologie »
- un stage ambulatoire auprès d'un praticien agréé (ou « stage chez le praticien » ou « stage de niveau 1 »).

En dehors de ces stages, l'étudiant réalise :

- un stage libre dans un service hospitalier différent de ceux validant la « médecine d'urgence » ou la « pédiatrie et/ou gynécologie »
- un second stage libre ou un semestre de stage choisi en fonction de son projet professionnel, en médecine générale ambulatoire (SASPAS : Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé ou « stage de niveau 2 ») ou dans une structure agréée et validée dans le cadre du projet professionnel.

Enfin, un des stages hospitaliers doit être effectué au sein du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Bordeaux.

L'IMG peut être amené à soigner des patients ayant une problématique alcoolique dans de nombreux services hospitaliers, notamment les services d'urgences, d'hépatogastro-entérologie, d'addictologie ou de médecine polyvalente. Les stages en médecine ambulatoire peuvent aussi être l'occasion de telles rencontres, qu'il s'agisse de la pratique de la médecine générale au cabinet (pendant le stage chez le praticien ou en SASPAS), de la pratique ambulatoire de la pédiatrie et/ou de la gynécologie² ou encore d'un stage hors cabinet pendant le semestre chez le praticien [23].

Le stage ambulatoire auprès du praticien agréé se déroule, en effet, dans deux cadres différents. D'une part, l'étudiant reçoit des patients au cabinet de médecine générale en présence du maître de stage des universités (MSU) puis en autonomie, d'autre part, il effectue au moins 4 stages hors cabinet dans des structures de soins primaires. Ces « ministages » ont une durée minimale de 8 demi-journées, deux d'entre eux sont

² Les terrains de stage ambulatoires agréés pour la pratique de la pédiatrie et/ou gynécologie sont les services de la Protection Maternelle et Infantile (PMI), le Réseau de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique (RéPPOP) ainsi que les binômes ou trinômes de praticiens attestant d'une activité importante en pédiatrie et gynécologie.

obligatoires, l'un auprès des organismes d'assurance maladie (CPAM et MSA³), l'autre dans un CMP (centre médico-psychologique) ou en addictologie. En effet, depuis mai 2011, le ministage en addictologie valide un des ministages obligatoires. Les terrains de stage dans ce domaine sont particulièrement propices à la rencontre de patients ayant un trouble de l'usage de l'alcool : CSAPA (centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie), CEID (comité d'étude et d'information sur la drogue et les addictions), ELSA (équipe de liaison et de soins en addictologie) ou encore service d'addictologie d'un centre hospitalier. D'autre part, de nombreuses structures agréées accueillent les internes au cours des ministages non obligatoires. Certains de ces terrains de stage permettent également d'aborder la question de la consommation d'alcool : les structures travaillant dans le domaine de la santé sociale (Médecins du Monde, SAMU social...), les centres d'examen de santé, de PMI et le service de médecine universitaire, pour leur action préventive.

Les objectifs pédagogiques des stages hors cabinet dans des structures d'addictologie sont décrits sur le site du département de médecine générale (DMG) de l'université de Bordeaux [24]. Il s'agit pour l'étudiant d'apprendre à :

- connaître le fonctionnement des centres
- repérer les particularités de la consultation d'alcoologie
- participer à la prise en charge des patients alcoolodépendants.

Il semble donc que **les semestres de stages offrent aux internes plusieurs occasions de participer aux soins des patients en difficulté avec l'alcool, qu'il s'agisse de prendre en charge les pathologies induites, les conséquences des effets comportementaux (notamment aux urgences) ou, plus rarement, de proposer un accompagnement spécifique.** Plusieurs terrains de stage hospitaliers et ambulatoires se prêtent à cette rencontre, notamment les ministages d'addictologie.

1.3.2.2. La formation universitaire : les thèmes en lien avec l'alcoologie

Au cours du 3^{ème} cycle, la formation universitaire des IMG repose sur leur participation active à 6 modules d'enseignement. Chacun de ces modules se déroule sur la durée d'un semestre de stage et au cours de 5 journées de formation.

Les séances d'enseignement sont centrées sur l'exploitation du travail d'autoformation des étudiants au fur et à mesure de son élaboration. En effet, chaque étudiant rédige, au cours de son internat, des traces d'apprentissage qu'il collecte dans un portfolio. Ce document se présente sous un format numérique et doit être amené par l'interne à chaque séance de cours, sur une clé USB.

³ Caisse Primaire d'Assurance Maladie et Mutualité Sociale Agricole

Au terme de son internat, chaque étudiant doit avoir rédigé un PF contenant 12 scripts (témoignant de situations authentiques et complexes) et 10 éléments ponctuels (recherches effectuées sur un seul sujet problématique). Il sera interrogé sur ce travail par un jury au terme de son 3^{ème} cycle et la validation de l'examen oral de présentation du PF participera à l'obtention de son DES de médecine générale [25].

Les internes doivent écrire 2 scripts par semestre se rapportant à des thèmes abordés dans les séances d'enseignement du module en cours. Cette contrainte conduit les étudiants à être particulièrement attentifs aux situations complexes vécues en stage et liées à une thématique donnée. Lors de chacune des séances, plusieurs internes présentent des scripts abordant le thème déterminé et le médecin généraliste enseignant guide les échanges entre étudiants afin que leurs commentaires puissent nourrir la réflexion du groupe en vue d'une amélioration des compétences. L'amélioration de la qualité pédagogique du script présenté est également un objectif de cette discussion.

En dehors des sessions thématiques, 1 à 3 séances par module sont intitulées « Groupe d'Analyse de Pratiques » (GAP), elles permettent aux étudiants d'analyser, en petits groupes, un script non thématique présenté par l'un d'eux. D'autre part, 1 à 2 séances sont consacrées à l'« analyse du portfolio » dans l'objectif de s'assurer de la bonne progression du travail de chaque interne.

Trois séances d'enseignement de deux heures sont spécifiquement consacrées aux problématiques addictologiques. Elles sont intégrées aux sessions du module 4 consacrées à la santé publique et suivies par les étudiants au cours du 4^{ème} semestre :

- les conduites à risque et les addictions : toxicomanies
- les conduites à risque et les addictions : l'alcool
- les conduites à risque et les addictions : le tabac.

Parmi les autres séances thématiques, certaines conduisent à aborder les usages à risque et les troubles liés à l'usage d'une substance, par exemple les séances intitulées : « prévention et dépistage », « éducation pour la santé », « précarité et exclusion », « l'accompagnement de l'adolescent » ou encore « le suivi de la femme enceinte ». D'autre part, les étudiants peuvent aussi présenter des scripts en rapport avec le mésusage de l'alcool à l'occasion de séances portant sur un autre thème abordé dans leur texte, par exemple : « le patient anxieux et déprimé », « la maltraitance des enfants et des personnes âgées », « les situations médico-réglementaires », « la coordination des soins et réseaux de santé », « les situations difficiles », « le patient opposant, le refus de soins », « la bonne distance relationnelle » etc.

L'enseignement au cours du 3^{ème} cycle offre à chaque interne l'opportunité d'aborder la question de l'alcool dans son portfolio. Pour peu qu'il saisisse l'occasion d'une séance thématifiée ou d'un groupe d'analyse de pratiques pour rédiger un script, l'étudiant aura la possibilité d'exprimer les difficultés rencontrées et de les analyser.

1.4. LE PORTFOLIO : OUTIL D'APPRENTISSAGE ET D'EVALUATION

Depuis 2004 et la création du DES de médecine générale, le DMG de l'université de Bordeaux a modifié les méthodes pédagogiques employées au cours du 3^{ème} cycle afin de favoriser une formation par apprentissage. Le PF est l'outil qui a été choisi pour concrétiser la démarche réflexive des étudiants en vue d'acquérir les compétences nécessaires à leur pratique professionnelle [26].

1.4.1. FONDEMENTS PEDAGOGIQUES DU PORTFOLIO

La plupart des facultés françaises utilisent le portfolio comme outil pédagogique au cours du 3^{ème} cycle de médecine générale. L'appropriation de ce support répond à une évolution de la formation des internes, sous l'influence du Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE), répondant au paradigme de l'apprentissage et non plus de l'enseignement [27]. En effet, la pédagogie médicale s'est progressivement tournée vers cette démarche d'apprentissage sous-tendue par les apports de plusieurs courants théoriques (la psychologie humaniste, « la pédagogie d'adultes », la perspective « constructiviste » et l'approche inspirée par la « démarche-qualité ») [28]. En opposition au paradigme d'enseignement, celui de l'apprentissage incite les apprenants à être actifs dans l'acquisition des connaissances. En effet, la formation est contextualisée et les étudiants identifient les compétences à acquérir à partir de situations professionnelles authentiques. Leur motivation à apprendre se trouve renforcée par l'existence d'un intérêt personnel à résoudre les problèmes rencontrés.

Un autre aspect fondamental de cette pédagogie est la notion de pratique réflexive. Elle découle du concept de pensée réflexive élaboré par John Dewey dans la première moitié du XX^e siècle. Ainsi, un événement induit un doute, une incertitude qui conduit l'individu à rechercher une explication et des solutions, sa démarche débute par la reconnaissance et la définition du problème rencontré puis la formulation d'hypothèses et leurs mises à l'épreuve. Appliqué au champ professionnel, ce cheminement implique que le praticien, se trouvant face à une situation complexe, s'engage dans une réflexion dans et sur l'action (pendant et à

propos de l'action) [29]. Concernant les IMG, cette pratique les conduit à porter attention aux faiblesses et aux limites de leurs performances avec l'intention de les améliorer.

De plus, l'apprentissage réflexif, en raison de son caractère contextualisé, est basé sur l'acquisition de compétences et non plus sur la transmission de savoirs [30]. Les compétences sont définies par le Parlement européen comme un ensemble de connaissances, d'aptitudes et d'attitudes appropriées à un contexte [31]. Ainsi l'étudiant apprend à mobiliser des ressources internes et externes pour résoudre des tâches professionnelles complexes. En 2006, le CNGE a établi une liste des 13 compétences à acquérir au cours du 3^{ème} cycle de médecine générale. Elles prennent en compte les dimensions scientifique, comportementale et contextuelle de la pratique médicale selon les principes de l'Evidence Based Medicine (EBM) et sont catégorisées en compétences génériques, décisionnelles et liées à l'activité professionnelle [32].

Enfin, le portfolio est non seulement un outil de l'apprentissage réflexif mais aussi un instrument de l'évaluation formative des étudiants. Cette démarche repose sur une rétroaction pédagogique de l'enseignant qui informe l'interne des qualités et défauts de son travail et des ajustements nécessaires pour améliorer sa pratique réflexive [33]. L'évaluation porte autant sur les apprentissages que sur la qualité de la démarche mise en œuvre [28]. De plus, il a été démontré qu'une évaluation critériée induit un plus grand bénéfice pédagogique qu'une évaluation normative et globale [33]. Aussi, l'étudiant doit connaître le répertoire explicite des compétences et des tâches professionnelles visées, la visibilité des critères de jugement facilitant le travail d'auto-évaluation ainsi que la rétroaction pédagogique [29].

1.4.2. COMPOSITION DU PORTFOLIO DE L'UNIVERSITE DE BORDEAUX

Le portfolio recueille les traces d'apprentissages des internes au cours de leur 3^{ème} cycle. Tel qu'il est défini par le DMG de l'université de Bordeaux, le PF est un document numérique composé de 12 récits de situations complexes et authentiques (RSCA) aussi dénommés scripts, de 10 éléments ponctuels et de contributions diverses.

Les RSCA sont au centre du processus d'apprentissage réflexif et contextualisé des IMG au cours de leurs trois années d'internat. Afin que les étudiants différencient ce travail d'une observation clinique, la définition et la composition du script sont détaillées sur le site du DMG [34]. La signification de chaque terme du RSCA y est précisée (la nature du récit étant décrite plus loin avec la composition du script) :

- la situation choisie est issue de la pratique professionnelle, elle a un caractère exemplaire, elle est contextualisée et illustre une ou plusieurs caractéristiques de la médecine générale
- la complexité de la situation est définie par 5 caractéristiques : son caractère pluridimensionnel (biomédical, psychoaffectif, éthique...), les indices ne sont pas immédiatement disponibles et nécessitent une exploration minutieuse, plusieurs stratégies de résolution existent et il n'est pas toujours possible de les hiérarchiser et enfin, les prises de décision se font en situation d'incertitude
- la situation est authentique car elle a été vécue par l'interne qui en a été l'un des acteurs, les faits doivent être restitués de façon objective et le raisonnement clinique doit être rapporté le plus précisément possible.

La composition du script est détaillée sur le site du DMG ainsi que dans un « document d'aide » téléchargeable [35]. Le RSCA comprend 5 parties imposées.

1. Le récit

Il s'agit d'une description, a posteriori, des faits mais aussi du ressenti de l'interne. Plusieurs éléments doivent être retranscrits : les circonstances de la situation (dans le temps et l'espace), les caractéristiques du patient et de sa pathologie, les interactions relationnelles, les indices permettant d'analyser les problèmes, les stratégies de résolution du problème, les décisions prises et le devenir du patient.

2. L'analyse et l'argumentation

L'étudiant prend de la distance par rapport à l'action afin d'évaluer son raisonnement clinique et les décisions prises. Pour le guider dans cette auto-évaluation, deux questions lui sont posées :

- Les décisions prises étaient-elles valides ?

Pour répondre à cette question, l'interne analyse les décisions prises en considérant les trois dimensions du soin décrites par Haynes dans la perspective d'une pratique de la médecine fondée sur les preuves (EBM) [36]. Ainsi, l'étudiant s'interroge sur les circonstances cliniques (leurs influences sur les décisions prises), les préférences et le comportement du patient (leur prise en compte) ainsi que sur les connaissances scientifiques utilisées (leur niveau de preuve et leur actualisation). Ses compétences en situation résultant de ces 3 composantes. Le médecin réflexif se questionne également sur l'influence de ses doutes et de sa personnalité sur les décisions prises.

- Quels sont les problèmes rencontrés ?

L'étudiant formule les différentes questions qui nécessitent un approfondissement et réalise une recherche documentaire sur ces thèmes en s'assurant de la pertinence des données collectées et de leur actualité.

3. L'identification des compétences acquises et des tâches d'apprentissage

Afin que l'analyse réflexive de la situation vécue se traduise par une autoformation, l'étudiant doit identifier et formuler les compétences acquises, les compétences à acquérir ainsi que les tâches d'apprentissage. Ces dernières précisent les modalités de formation qui seront mises en œuvre afin de réaliser les acquisitions nécessaires (recherche bibliographique, expérience clinique, formation universitaire...).

4. La synthèse

Elle reprend les points essentiels de l'auto-évaluation et de l'autoformation. De plus, l'étudiant applique, de façon rétrospective, les compétences acquises à la situation vécue et s'interroge sur les éventuelles modifications de sa pratique suite à cet apprentissage.

5. Les références bibliographiques, rédigées selon les normes de Vancouver.

Enfin, les étudiants peuvent annexer, à chaque script, des documents qui leur semblent pertinents, ils peuvent aussi ajouter une réflexion a posteriori ou une retranscription des commentaires réalisés sur ce travail à l'occasion d'une présentation en séance d'enseignement ou de discussions avec un MSU.

Les traces d'apprentissage collectées dans le PF comprennent également dix éléments ponctuels (EP). Par opposition aux scripts, ils ne retranscrivent pas des situations complexes mais s'intéressent à un seul sujet problématique, également rencontré par l'interne au cours de sa formation. Le DMG précise la liste des situations ou recherches se prêtant à la rédaction d'un EP : mises au point diagnostiques ou thérapeutiques, procédures administratives, échecs ou incidents professionnels, projets en cours, recherche bibliographique ou analyse d'article, présentations faites au cours de réunions scientifiques [34].

La mise en place, dans plusieurs facultés, d'un apprentissage à partir du PF a conduit à identifier les difficultés des internes à s'approprier cet outil. Le DMG de l'université de Brest, a rapporté son expérience sur le sujet [37]. Si ce support s'avère pertinent pour favoriser l'analyse réflexive et les interactions entre étudiants et enseignants, des freins à son utilisation sont aussi identifiés. Un défaut de compréhension initiale des principes d'utilisation

du PF par les internes est relevé ainsi qu'une difficulté à écrire la complexité des situations et à élaborer des problématiques. La démarche d'apprentissage à partir du PF est décrite comme exigeante et nécessite un accompagnement de la part des enseignants.

Diverses mesures ont été prises par l'université de Bordeaux pour favoriser l'appropriation du PF. Notamment, depuis l'année universitaire 2010-2011, une « aide à l'écriture du premier script » a été ajoutée au dispositif d'accompagnement des internes. Chaque étudiant se voit désigner, au cours de la première séance d'enseignement, un enseignant référent auquel il doit adresser l'ébauche d'un script. Ce document est analysé au cours d'échanges par mails et, si besoin, lors d'un entretien téléphonique ou d'une rencontre [26]. La grille d'évaluation, complétée par l'enseignant, est remise à l'interne et accompagnée de propositions d'amélioration.

Enfin, l'évaluation formative à partir du PF est pratiquée à Bordeaux, d'une part, à l'occasion des séances d'enseignement et, d'autre part, lors de l'examen oral de fin de DES. Au cours des séances thématiques et des GAP, les échanges autour du script présenté permettent à l'enseignant de réaliser une rétroaction pédagogique avec l'auteur en validant ce qui est pertinent et en proposant, si nécessaire, des pistes de réflexion et d'améliorations [33]. Comme nous l'avons décrit plus haut, une trace de cette rétroaction formative apparaît dans le PF, généralement à la fin du script concerné. De plus, les étudiants peuvent s'informer des critères à partir desquels leurs scripts seront évalués lors de l'examen oral en consultant le site du DMG [34]. Huit éléments y sont décrits comme permettant de mesurer la valeur du script : la qualité du récit, la complexité de la situation, la pertinence des problématiques analysées, les références utilisées, la résolution des problèmes (pertinence de l'analyse des décisions prises), la qualité de l'auto-évaluation, de l'autoformation et de la synthèse.

Les PF des internes recueillent les traces des apprentissages réalisés au cours de trois années de stages, ils concernent des situations authentiques et perçues comme complexes par les étudiants qui les ont vécues, enfin ils témoignent des compétences acquises et de celles qui restent à acquérir. Pour l'ensemble de ces raisons, **le portfolio, et le script en particulier, nous a paru être un matériau privilégié pour identifier et analyser les difficultés des internes lorsqu'ils rencontrent des patients ayant un mésusage de l'alcool.**

1.5. OBJECTIFS DE L'ETUDE

En raison de l'implication fréquente du trouble de l'usage de l'alcool dans la survenue de pathologies somatiques et de sa prévalence dans les troubles psychiatriques, nous supposons que les portfolios étudiés contiendront de nombreux scripts et EP au sujet de patients présentant un usage nocif ou une alcoolodépendance.

De plus, vu les réticences exprimées par les MG à aborder la question de l'alcool avec leurs patients et à les accompagner dans des soins, nous pouvons faire l'hypothèse que les internes éprouvent également des difficultés dans ce domaine et les retranscrivent dans leurs PF.

Enfin, les scripts étant élaborés à partir de situations complexes mêlant des problématiques médicales à d'autres considérations (psychologiques, sociales voire éthiques ou médico-légales), les textes concernant des problématiques alcoolologiques pourraient témoigner de difficultés, non seulement au sujet de la prise en charge médicale, mais aussi concernant la relation médecin-patient ou d'autres domaines encore.

L'objectif principal de notre étude est de décrire, à partir des écrits des internes, l'ensemble des difficultés qu'ils rencontrent en stage lorsqu'ils soignent des patients mésusant de l'alcool.

Nous définissons **deux objectifs intermédiaires**.

Le premier est d'estimer, dans les portfolios, la fréquence des situations cliniques en lien avec le mésusage de l'alcool ainsi que la motivation des internes à entreprendre un travail d'autoformation en réponse aux difficultés perçues dans ce domaine.

Le second est d'identifier les connaissances et compétences que les internes estiment devoir acquérir.

Enfin, nous avons pour **objectif opérationnel** de formuler, à partir de l'analyse des difficultés rencontrées par les IMG au cours des stages, des propositions pédagogiques permettant d'améliorer leurs aptitudes dans la pratique de l'alcoolologie.

2. MATERIEL ET METHODE

2.1. SCHEMA DE L'ETUDE

Il s'agit d'une étude descriptive menée à partir des PF d'une génération d'internes de médecine générale arrivée au terme de son 3^{ème} cycle en 2014. Elle comprend une analyse quantitative de la présence de la « thématique alcool » et des « problématiques alcool » dans l'ensemble des portfolios puis une étude approfondie, quantitative et qualitative, des scripts détaillant des telles problématiques.

2.2. POPULATION DE L'ETUDE

La population cible est constituée des IMG de l'université de Bordeaux.

La population source se limite aux IMG de 3^{ème} année ayant validé leur DES en 2014.

Les critères d'inclusion des IMG dans l'étude sont :

- IMG en 3^{ème} année de DES à l'université de Bordeaux
- IMG s'étant présentés à l'oral de l'examen de fin de DES lors de l'une des 3 sessions organisées en 2014 (mars, juin ou septembre)
- IMG admis à l'issue de l'examen oral de fin de DES.

Les critères d'inclusion appliqués aux portfolios sont :

- portfolios rédigés par les IMG sélectionnés
- portfolios disponibles auprès du DMG
- portfolios au format numérique PDF ou convertible au format PDF.

2.3. METHODE

Des outils méthodologiques adaptés ont été définis afin de répondre aux différents objectifs de l'étude. Ainsi, l'analyse des portfolios comporte 2 phases successives.

La 1^{ère} phase est une analyse quantitative portant sur l'ensemble des textes. Elle étudie :

- la présence de la « thématique alcool » afin d'estimer la fréquence des situations cliniques ayant un lien avec le mésusage de l'alcool parmi les scènes décrites
- la fréquence des « problématiques alcool » dans les scripts et les EP, permettant d'évaluer la motivation des internes à étudier les sujets à l'origine des difficultés perçues.

La 2^{nde} phase est une analyse, à la fois quantitative et qualitative, des scripts dans lesquels les internes ont choisi de développer des problématiques alcool. Elle comprend 2 temps :

- une description des problématiques alcool rédigées, reflétant les compétences et connaissances que les internes estiment devoir améliorer
- une description des difficultés des auteurs, perceptibles à la lecture des scripts, dans le but d'identifier l'ensemble des sujets problématiques pour les internes dans la pratique de l'alcoologie et de formuler des propositions pédagogiques susceptibles d'y répondre.

2.3.1. ANALYSE QUANTITATIVE DE LA « THEMATIQUE ALCOOL »

La mesure de la fréquence d'apparition de thématiques liées à l'alcool dans l'ensemble des PF étudiés s'appuie sur la recherche systématique de mots clés en lien avec ce thème dans les scripts et les EP. Pour ce faire, plusieurs étapes ont été nécessaires : le recueil des portfolios des internes inclus dans l'étude, la définition des textes analysés, la définition de la liste de mots clés, son application aux textes étudiés et l'analyse des résultats quantitatifs.

2.3.1.1. Recueil des portfolios étudiés et constitution d'une liste anonymisée

Conformément à la consigne donnée, les étudiants envoient un exemplaire de leur portfolio au format numérique au DMG avant leur examen oral de fin de DES [25]. Ces documents constituent des mémoires de fin d'études et sont publics.

L'ensemble des portfolios soumis à l'examen en 2014 ainsi que les calendriers prévoyant les dates de présentation des étudiants aux oraux des 3 sessions de 2014 nous ont été délivrés par le DMG. Nous disposons ainsi des portfolios au format numérique, PDF le plus souvent. Les fichiers Word® (.doc ou .docx) et TXT ont été convertis au format PDF.

La comparaison des auteurs des portfolios recueillis à la liste des étudiants figurant sur les calendriers de passage nous a permis de nous assurer que nous disposions de l'ensemble des portfolios présentés en 2014 et d'identifier les portfolios dont la date de présentation avait été reportée en 2015.

Le titre de chacun des documents a été modifié afin d'obtenir des intitulés anonymes. Initialement chaque portfolio portait le nom de son auteur, celui-ci a été remplacé par un nombre associé à l'initiale F ou M en fonction du genre de l'auteur. L'ensemble des portfolios apparaît ainsi comme une liste anonyme (1M, 2M, 3M, 4F, etc.) ; cependant le nom de l'auteur demeure accessible sur la couverture de chacun des documents.

2.3.1.2. Définition des textes analysés et des « textes+ »

Les portfolios sont, en principe, composés de 12 scripts et de 10 EP, ces 22 textes sont soumis à l'analyse quantitative. Cependant, dans certains cas la composition du portfolio diffère, nous définissons alors les textes étudiés. Concernant :

- les PF comportant 2 versions du premier script (une version initiale soumise à un enseignant référent dans le cadre de l'« aide au premier script » et une 2^{nde} version modifiée en fonction des remarques de l'enseignant), seule la 2^{nde} version est analysée
- les PF présentés en deuxième session, seuls les 4 scripts (2 scripts corrigés et 2 nouveaux scripts) ayant permis la validation de l'examen sont analysés
- les scripts supplémentaires rédigés suite à des absences à des modules d'enseignement, ils sont inclus dans l'analyse quantitative.

L'ensemble des scripts et des EP dans lesquels une « thématique alcool » est identifiée est désigné par « textes+ », qu'il s'agisse de « scripts+ » ou d'« EP+ ».

La présence d'une thématique alcool est également recherchée dans les parties « annexes » des portfolios, c'est-à-dire les textes d'introduction, de conclusion et les chapitres que les auteurs ont souhaité ajouter aux parties obligatoires (« ma formation », « notes de cours », etc.). Ces paragraphes, nommés « annexes+ », sont repérés afin d'identifier les remarques ou formations spécifiques des auteurs concernant l'alcoolologie ou l'addictologie.

2.3.1.3. Définition de la liste de mots clés

Devant la quantité de textes à analyser, l'identification des mentions du thème « alcool » par la lecture systématique et attentive de l'ensemble des documents nous a paru difficilement réalisable en un temps raisonnable. L'exigence du DMG de recueillir les portfolios sous format électronique nous a offert l'opportunité de choisir une méthode plus rapide : le repérage des textes concernés par la thématique alcool au moyen d'une liste de mots clés appliquée à chaque fichier PDF.

Les portfolios inclus dans l'étude se présentent tous au format PDF (pour certains après conversion) et peuvent être ouverts grâce à l'application Adobe Acrobat Reader© (version 11.0.10). La fonction « Recherche avancée » disponible dans l'onglet « Edition » nous a permis d'identifier toutes les occurrences d'un mot choisi dans l'ensemble des textes du portfolio ouvert par le logiciel.

Le repérage de la présence de la thématique alcool par cette méthode a nécessité de définir une liste pertinente de mots clés appartenant au champ lexical de l'alcoolologie. L'élaboration de cette liste s'est faite en plusieurs étapes détaillées en annexe (cf. annexe 1).

Les 21 termes suivants ont finalement été retenus : : « **alcool(s)** », « **alcoolique** », « **alcoolisme** », « **alcoolisé** », « **alcoolisation(s)** », « **alcoolémie(s)** », « **alcoolologie** », « **alcoolodépendant** », « **alcoolodépendance** », « **addictions** », « **addictologie** »,

« addictif », « addictologue(s) », « éthyliste », « éthylique », « ivresse(s) », « vin(s) », « bière(s) », « apéritif(s) », « CSAPA » et « ELSA ».

La lecture des textes identifiés par ces mots clés nous a permis de confirmer la présence d'une thématique alcool dans chacun. D'autre part, l'ensemble des scripts et des EP non repérés par les 21 termes retenus ne contient aucun texte en rapport avec cette thématique.

2.3.1.4. Analyse quantitative de la « thématique alcool » dans les portfolios étudiés

La recherche automatique des mots clés est appliquée à l'ensemble des portfolios étudiés. Les données quantitatives obtenues sont collectées dans un tableau Excel© qui comporte, pour chaque portfolio, le nombre d'occurrences de chacun des mots clés, le nombre de textes concernés par la thématique alcool et leur identification (« script 12 », « EP 8 », etc.). Le logiciel Excel© (version 14.2.0) nous permet ensuite d'exploiter les données quantitatives. La recherche d'un lien statistique entre deux caractéristiques observées est réalisée au moyen du test du χ^2 d'indépendance. En l'absence de précision particulière, le risque α choisi est de 5%.

2.3.2. ANALYSE QUANTITATIVE DES « PROBLÉMATIQUES ALCOOL »

Nous étudions la présence des problématiques alcool dans les scripts et les EP afin d'évaluer la motivation des internes à étudier des questions d'alcoologie pour répondre aux difficultés perçues en stage. En effet, la démarche volontaire d'un étudiant de choisir un sujet en rapport avec l'alcool pour l'étudier de façon approfondie témoigne de son désir d'apprentissage dans ce domaine.

2.3.2.1. Définition des « textes P+ »

La lecture de l'ensemble des textes dans lesquels une thématique alcool est présente (textes+) nous permet d'identifier ceux qui détaillent une ou plusieurs problématiques liées à ce thème. **Nous désignons par « textes P+ », les textes qui analysent une ou plusieurs « problématiques alcool », qu'il s'agisse de « scripts P+ » ou d' « EP P+ ».**

Les problématiques alcool peuvent aborder le mésusage de l'alcool des patients, les soins alcoologiques dans toutes leurs dimensions ou encore être consacrées à une réflexion plus générale dans ce domaine.

Concernant les problématiques qui portent sur la consommation d'alcool des patients, nous relevons l'ensemble des thèmes liés au mésusage de l'alcool tel qu'il est défini par la Société Française d'Alcoologie (SFA) dans les recommandations de bonne pratique publiées en 2015 [38], à partir de la description avancée en 2001 [39] et reprise en 2003 [40] et de la définition du trouble de l'usage d'une substance [41] apparaissant dans le DSM-5 en 2013

[42]. « Le mésusage rassemble les types d'usage qui entraînent des conséquences négatives et ceux qui sont à risque d'en entraîner », il « comprend 3 catégories : l'usage à risque, l'usage nocif et l'usage avec dépendance ». Autrement dit, « le mésusage de l'alcool comprend l'usage à risque et les troubles liés à l'usage de l'alcool » [38]. Les patients décrits comme ayant un mésusage de l'alcool dans les textes étudiés pourront ainsi présenter un usage à risque ou un trouble de l'usage de l'alcool tel qu'il est défini dans le DSM-5 [43], continuum des formes symptomatiques, de l'usage nocif à la dépendance.

2.3.2.2. Analyse quantitative des « problématiques alcool » dans les portfolios étudiés

Nous répertorions dans un tableau Excel© les textes P+ présents dans chacun des PF étudiés, leur nombre, leur nature (scripts P+ ou EP P+) ainsi que le nombre de problématiques alcool annoncées et développées par l'interne.

Le logiciel Excel© nous permet d'étudier la fréquence des textes P+ et des problématiques alcool dans l'ensemble des portfolios, parmi les scripts et les EP et selon le genre de l'auteur. L'analyse statistique des textes P+ fait appel aux mêmes tests que l'analyse des textes+.

2.3.3. ANALYSE QUANTITATIVE ET QUALITATIVE DES SCRIPTS P+

Nous analysons, plus précisément, le contenu des scripts P+, textes qui décrivent des situations dans lesquelles le mésusage d'alcool du patient est à l'origine de telles difficultés pour l'étudiant qu'il estime nécessaire de s'investir dans un travail d'autoformation sur ce sujet.

L'analyse des scripts P+ repose sur un recueil d'informations au moyen d'une grille de lecture se présentant sous la forme d'un tableau Excel©. Elle comprend 3 parties renseignées pour chacun des scripts : les données générales sur la situation vécue, les thèmes des problématiques alcool analysées et la nature des difficultés rencontrées.

L'analyse des 20 premiers scripts P+ nous a permis d'établir plus précisément la liste des informations à relever. La grille de lecture et la méthode employée pour le recueil des différentes données sont détaillées en annexe (cf. annexe 2).

A partir des données relevées, nous analysons, d'une part, les thèmes des problématiques alcool étudiées par les internes et, d'autre part, la nature des difficultés perceptibles à la lecture de leurs scripts.

2.3.3.1. Analyse des « problématiques alcool »

L'analyse des thèmes abordés dans les problématiques alcool, choisis comme sujets d'apprentissage par les auteurs de scripts, nous renseigne sur les difficultés que les internes perçoivent à l'occasion de leurs stages ainsi que sur les connaissances et compétences qu'ils estiment ne pas suffisamment maîtriser.

L'ensemble des thèmes des problématiques alcool relevés dans les scripts P+ sont répertoriés en différents domaines.

2.3.3.2. Analyse des difficultés rencontrées

Nous relevons, dans chaque script P+, l'ensemble de difficultés de l'interne en rapport, direct ou indirect, avec le mésusage d'alcool du patient et identifiables à la lecture de l'intégralité du script. Nous entendons par « difficultés rencontrées », celles que l'interne a vécues en situation de stage ainsi que celles qu'il a perçues à cette occasion, en se projetant dans un contexte de soins un peu différent. Par exemple, l'analyse des premiers scripts P+ révèle que de nombreux internes perçoivent, à l'occasion de situations hospitalières, les difficultés qu'ils pourraient éprouver, dans des situations similaires, dans leur future pratique ambulatoire.

Sont relevées les difficultés clairement exprimées par les auteurs ainsi que celles qui sont simplement suggérées par le choix des termes employés pour décrire la situation problématique.

Les difficultés rencontrées par les internes peuvent être transitoires dans la situation rapportée ou demeurées irrésolues. Enfin, elles peuvent faire, ou non, l'objet de problématiques alcool. Il peut donc exister une discordance entre les difficultés relevées dans un script P+ et celles que l'auteur a repérées et choisi d'analyser dans des problématiques.

Les difficultés recensées sont ensuite répertoriées, selon leur nature, en différents domaines comportant chacun plusieurs thèmes. Selon les cas, ces thèmes pourront être composés de plusieurs sujets de difficultés.

3. RESULTATS

3.1. DENOMBREMENT ET COMPOSITION DES PORTFOLIOS ETUDIES (N=187)

Après application des critères de sélection aux 197 portfolios recueillis auprès du DMG, 10 n'ont pas été inclus (2 PF dont les auteurs n'avaient pas validé l'examen oral de fin de DES et 8 PF dont la présentation avait été reportée en 2015). Au total, 187 portfolios présentés en 2014 répondent aux critères d'inclusion. Ils sont, pour la quasi-totalité, composés de 12 scripts et de 10 EP (en moyenne 11,7 scripts et 9,6 EP) conformément aux exigences du DMG pour la validation du DES. Notre étude porte sur les 3975 textes qui les composent : 2182 scripts et 1793 EP (tableau I).

Tableau I : Portfolios et dénombrement des textes étudiés

Etude des 187 PF des IMG de la promotion 2014 de Bordeaux

IMG rédacteurs	Nombre de portfolios	Nombre de scripts	Nombre d'EP	Ensemble des textes
Femmes	125	1466	1212	2678
Hommes	62	716	581	1297
Total	187	2182	1793	3975

3.2. LA « THEMATIQUE ALCOOL » DANS LES PORTFOLIOS

Comme défini dans la méthode (et en annexe 1), la présence de la thématique alcool dans les PF a été identifiée par le repérage systématique de mots clés liés à l'alcool dans les scripts et les EP. Nous présenterons le nombre de mots clés cités dans les PF, la fréquence de chacun d'entre eux puis nous mesurerons la présence de la thématique alcool dans les textes des PF étudiés.

3.2.1. CITATION DES MOTS CLES LIES A LA « THEMATIQUE ALCOOL »

3.2.1.1. Mots clés dans l'ensemble des portfolios

Au total, 6603 mots clés signalent la présence d'une thématique alcool (de 0 à 133 par PF), soit en moyenne 35 mots clés par portfolio, avec une dispersion importante.

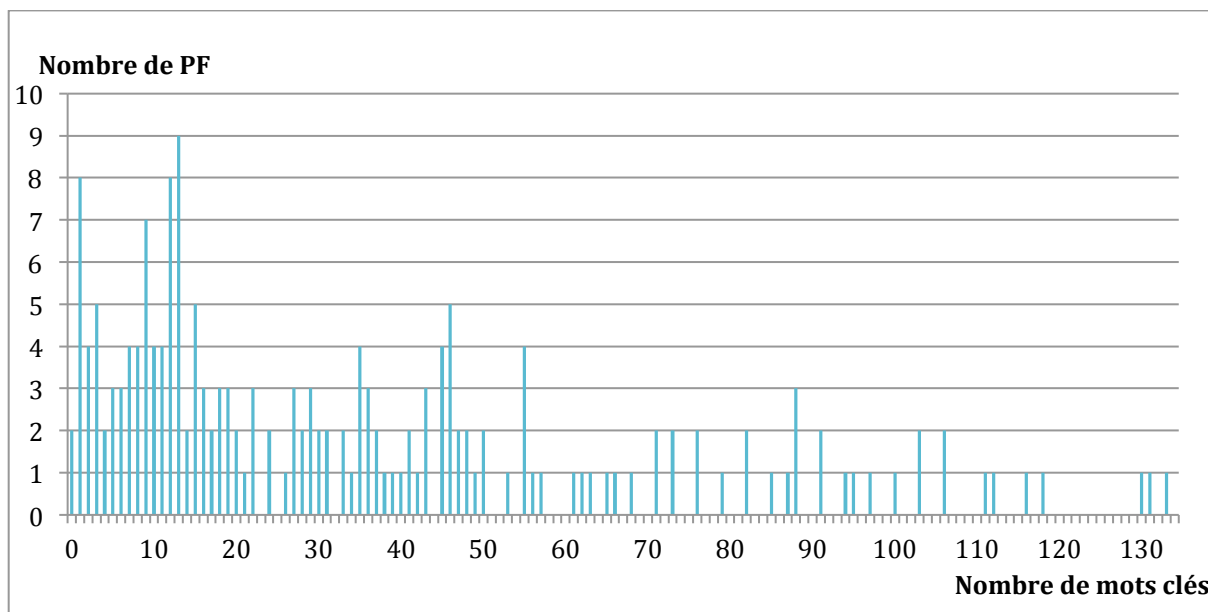


Figure 1: Distribution des portefeuilles selon le nombre de mots clés par portefeuille (n=187). Etude des 187 PF des IMG de la promotion 2014 de Bordeaux.

3.2.1.2. Distribution des portefeuilles en 7 classes en fonction du nombre de mots clés

La majorité des PF (64,2%) compte moins de 40 mots clés et 80% en présentent moins de 60. Les 3 intervalles supérieurs (de 80 à 139 mots clés) concernent 12,8% des PF.

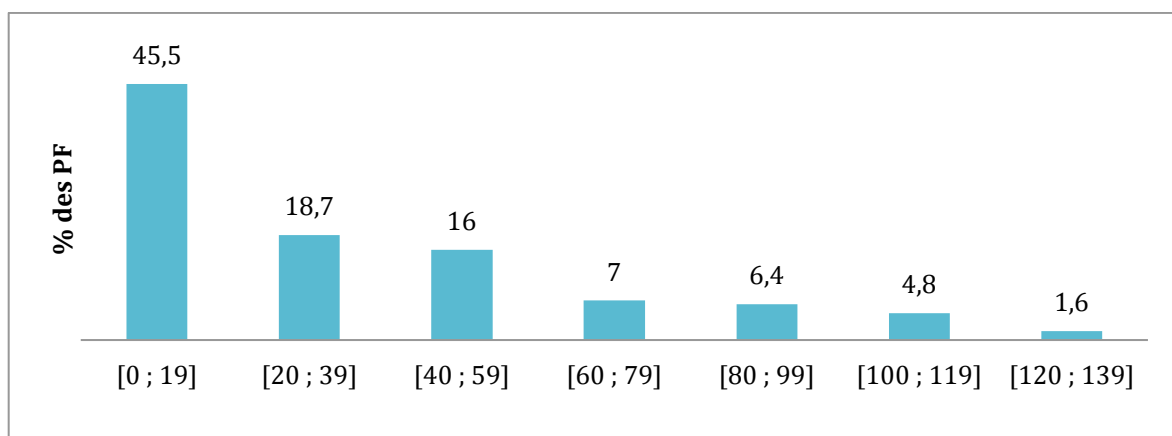


Figure 2: Distribution des portefeuilles selon le nombre de mots clés (en classes) par portefeuille. Etude des 187 PF des IMG de la promotion 2014 de Bordeaux.

3.2.1.3. Classement des mots clés par ordre décroissant de moyennes d'occurrences par PF

Nous présentons ici les moyennes d'occurrences arrondies à une seule décimale.

Tableau II : Classement des mots clés par fréquence décroissante et selon le genre de l’auteur. Etude des 187 PF des IMG de la promotion 2014 de Bordeaux.

Rang	PF d’auteur féminin (moyenne occurrences/PF)	PF d’auteur masculin	Ensemble des PF
1	alcool(s) (15,1)	alcool(s) (11,8)	alcool(s) (14)
2	alcoolique(s) (4,7)	alcoolique(s) (4,4)	alcoolique(s) (4,6)
3	addictologie (2,2)	alcoolodépendance (1,7)	addictologie (2)
4	alcoolisme (1,7)	addictologie (1,6)	alcoolisme (1,6)
5	alcoolisation(s) (1,6)	alcoolodépendant/e/s (1,5)	alcoolodépendance (1,6)
6	alcoolodépendance (1,6)	alcoolisme (1,4)	alcoolodépendant/e/s (1,5)
7	alcoolodépendant/e/s (1,5)	alcoologie (1,2)	alcoolisation(s) (1,4)
8	addictions (1,3)	alcoolisation(s) (1,1)	addictions (1,1)
9	addictif/ive/s (1,2)	vin(s) (0,9)	alcoologie (1,1)
10	alcoologie (1)	alcoolisé/ée/s (0,8)	addictif/ive/s (1)
11	alcoolisé/ée/s (0,7)	addictions (0,7)	vin(s) (0,8)
12	vin(s) (0,7)	ivresse(s) (0,7)	alcoolisé/ée/s (0,7)
13	addictologue(s) (0,6)	addictif/ive/s (0,6)	ivresse(s) (0,6)
14	éthylisme(s) (0,6)	éthylisme(s) (0,6)	éthylisme(s) (0,6)
15	ivresse(s) (0,6)	bière(s) (0,5)	addictologue(s) (0,6)
16	éthylisme (0,5)	addictologue(s) (0,4)	éthylisme (0,5)
17	alcoolémie(s) (0,4)	éthylisme (0,4)	bière(s) (0,4)
18	CSAPA (0,4)	alcoolémie(s) (0,3)	alcoolémie(s) (0,4)
19	bière(s) (0,4)	CSAPA (0,3)	CSAPA (0,4)
20	ELSA (0,2)	apéritif(s) (0,1)	ELSA (0,2)
21	apéritif(s) (0,2)	ELSA (0,1)	apéritif(s) (0,2)

« Alcool(s) » et « alcoolique(s) » sont les deux termes les plus cités, suivis de la discipline « addictologie » (3ème rang) alors que l’« alcoologie » est rarement mentionnée (9ème). Concernant les mésusages, la notion d’alcoolisme est la plus utilisée (4ème), précédant celle d’alcoolodépendance (5ème), d’addiction (8ème) et enfin d’éthylisme (16ème). La désignation des patients suit le même ordre (alcoolique puis alcoolodépendant). Le terme d’ivresse est relativement peu employé (13ème), la notion « d’alcoolisation » étant généralement préférée (7ème). Parmi les boissons, le vin est la plus citée (11ème), la bière moins fréquemment (17ème) et les apéritifs le sont rarement. Enfin, les addictologues, les structures de soins et les ELSA figurent au bas du tableau (15ème, 19ème et 20ème).

«Addictions» et «addictif/ive/s» sont plus utilisés par les étudiantes. Elles emploient plus fréquemment la notion d’« alcoolisme » que celle d’« alcoolodépendance », d’« addiction » et

d'« éthyliisme ». L'« alcoolodépendance » est plus souvent citée que les notions d'alcoolisme et d'addiction par les étudiants. Les termes en rapport avec les soins (« addictologue(s) », « CSAPA », « ELSA ») sont davantage utilisés par les femmes alors que les hommes mentionnent plus souvent les différentes boissons.

3.2.2. FREQUENCE DE LA « THEMATIQUE ALCOOL » DANS L'ENSEMBLE DES PORTFOLIOS

Parmi les 187 PF étudiés, 98,9% comportent une thématique alcool (n=185) qu'elle soit présente dans un ou plusieurs scripts (n=183) et/ou un ou plusieurs EP (n=109).

Le nombre de textes présentant une thématique alcool (textes+) dans les portfolios étudiés est détaillé ci-dessous.

Tableau III : Présence de la « thématique alcool » dans les textes composant les portfolios. Etude des 187 PF des IMG de la promotion 2014 de Bordeaux.

	Nombre de textes (N)	Nombre de textes+ (n+)	Proportion de textes+ (n+/N)	Moyenne de textes+ par PF	Minimum par PF	Maximum par PF
Scripts	2182	796	36,5%	4,3	0	9
EP	1793	183	10,2%	1	0	5
Ensemble des textes	3975	979	24,6%	5,2	0	12

Au total 979 textes abordent une thématique alcool (en moyenne 5,2 par PF), soit 24,6% de l'ensemble de textes.

Les scripts rédigés par des étudiantes comportent une proportion significativement plus élevée de scripts + que ceux rédigés par des hommes (38,4% vs 32,5%, $p < 0,01$).

En résumé :

- 99% des portfolios contiennent des textes présentant une thématique alcool (textes+)
- Ces 979 textes concernent un quart de l'ensemble des textes et 36% des scripts.
- Les femmes rédigent, de façon significative, une plus grande proportion de textes présentant une thématique alcool (25,7% vs 22,4%, $p < 0,02$).
- La moyenne des mots clés liés à l'alcool est de 35 par PF avec une dispersion importante (de 0 à 133). La majorité des PF (64%) comptent moins de 40 mots clés.
- Les mots clés les plus employés sont « alcool(s) » et « alcoolique(s) ». La notion d'alcoolisme est plus utilisée que celle d'alcoolodépendance, l'addictologie est

fréquemment citée contrairement à l'alcoologie. Le vin est la boisson la plus souvent nommée. Les mots clés liés aux soins sont parmi les moins fréquents.

- La notion d'alcoolodépendance est plus utilisée par les hommes, ils font plus souvent référence aux différentes boissons alors que les étudiantes citent plus fréquemment les termes liés aux soins et utilisent davantage «addictions» et «addictif/ive/s».

3.3. LES « PROBLEMATIQUES ALCOOL » DANS LES PORTFOLIOS

Nous étudierons, ici, la présence, dans les portfolios, des textes qui analysent des problématiques alcool (textes P+) puis décrirons la distribution de ces problématiques dans les scripts et les éléments ponctuels.

3.3.1. FREQUENCE DES TEXTES P+ DANS L'ENSEMBLE DES PORTFOLIOS

Parmi les 187 PF étudiés, 101 comprennent un ou plusieurs textes P+ et 89 PF comptent un ou plusieurs scripts P+. Ainsi, 54% des internes ont analysé des problématiques alcool dans leur PF et 47,6% ont rédigé des scripts P+ (au total 99 scripts P+).

Tableau IV : Présence des « problématiques alcool » dans les textes composant les portfolios. Etude des 187 PF des IMG de la promotion 2014 de Bordeaux.

	Nombre de textes (N)	Nombre de textes P+ (n+)	Proportion de textes P+ (n+/N)	Moyenne de textes P+ par PF	Minimum par PF	Maximum par PF
Scripts	2182	99	4,5%	0,5	0	3
EP	1793	21	1,2%	0,1	0	1
Ensemble des textes	3975	120	3%	0,6	0	3

Au total, 120 textes P+ sont rédigés (en moyenne 0,6 par PF), ils représentent 3% de l'ensemble des textes.

Les PF contiennent de 0 à 3 scripts P+, 90% des auteurs de scripts P+ en ont rédigé un seul. Parmi les scripts, ceux rédigés par des étudiantes comportent plus fréquemment des problématiques alcool que ceux rédigés par leurs collègues masculins (50,4% vs 41,9%) sans que cette différence soit statistiquement significative.

3.3.2. DISTRIBUTION DES « PROBLEMATIQUES ALCOOL » DANS LES TEXTES P+

Les 187 auteurs de PF ont rédigé 215 problématiques alcool (22 dans les EP et 193 dans les scripts), soit en moyenne 1,1 problématique par PF.

Les 99 scripts P+ analysent en moyenne 1,9 problématique alcool, le nombre de problématiques détaillées dans ces textes allant de 1 à 6. La plupart des scripts P+ (72,8%) analyse 1 ou 2 problématiques alcool et 11,1% en étudient 4 ou plus.

En résumé :

- 54% des internes ont rédigé des textes analysant des problématiques alcool (textes P+).
- 120 textes P+ sont identifiés, soit 3% des textes, et 4,5% des scripts sont concernés.
- Au total, 215 problématiques alcool sont relevées dont 193 dans les 99 scripts P+. La plupart des scripts P+ (73%) analyse 1 ou 2 problématiques alcool.

3.4. ANALYSE DES 99 SCRIPTS DEVELOPPANT DES « PROBLEMATIQUES ALCOOL »

L'analyse des scripts P+ s'intéressera, dans un premier temps, à leurs auteurs et aux conditions dans lesquelles ils ont porté une attention particulière à une situation vécue.

Nous décrirons ensuite les contextes de stage de ces situations, les patients rencontrés et les circonstances de ces rencontres.

Enfin, nous détaillerons les thèmes étudiés par les internes dans les problématiques alcool ainsi que les difficultés qu'ils ont rencontrées dans ce domaine et que nous avons identifiées.

3.4.1. LES AUTEURS (N=89)

Les 89 auteurs de scripts P+ sont 63 femmes (70,8%) et 26 hommes (29,2%).

3.4.1.1. Formation en addictologie ou intérêt spécifique (n=13 parmi 89 internes)

La recherche de mots clés liés à l'alcool dans les parties « annexes » des PF permet de relever des informations sur le parcours ou l'intérêt pour l'addictologie de certains internes.

Parmi les 89 auteurs de scripts P+, 13 ont rédigés des annexes comportant une thématique alcool, dites « annexes+ », soit 14,6% (vs 4,1% des internes non rédacteurs de script P+).

Ces 13 auteurs (11 femmes et 2 hommes) mentionnent spontanément 5 thèmes :

- l'alcoologie comme domaine d'activité abordé au cours des stages d'internat : 2 internes dont une étudiante qui mentionne son désir de se former à « l'entretien motivationnel afin de mieux prendre en charge » ses « futurs patients addicts »
- l'intérêt pédagogique du portfolio au sujet de l'alcoologie : 1 interne décrit le PF comme un outil de formation médicale continue, découvrant les indications alcoologiques du baclofène à l'occasion de la rédaction d'un script

- un projet de thèse en alcoologie : 1 interne rédige une thèse au sujet de « l'hyperalcoolisation massive des jeunes »
- une note sur l'éviction de l'alcool dans les suites d'un traumatisme crânien : 1 interne
- une formation en addictologie au cours du 3^{ème} cycle : 8 internes.

Ces 8 internes font part d'une expérience en addictologie au cours :

- d'un stage dans un service hospitalier ayant une activité addictologique : 4 internes
- d'un ministage en addictologie pendant le semestre chez le praticien : dans un service d'addictologie et auprès d'une ELSA : 2 internes, dans un CSAPA de l'ANPAA⁴ : 1 interne
- d'un stage dans un SAU : 1 interne.

Une interne ayant réalisé un stage dans un service hospitalier ayant une activité addictologique insiste sur son intérêt pédagogique : « *J'y ai acquis des compétences diagnostiques, thérapeutiques et organisationnelles (...). J'ai appris à prendre en charge un patient dans sa globalité, en travaillant en équipe pluridisciplinaire (équipe d'addictologie)* ».

Une autre mentionne sa découverte de l'entretien motivationnel (EM) dans ce contexte et son désir de « *s'en inspirer* » dans la « *prise en charge de toutes les addictions* ».

Un ministage à l'ANPAA est décrit par une interne comme l'occasion de découvrir « *une autre facette de la médecine (...): le soutien des personnes dépendantes* ». Une autre étudiante souligne l'importance de l'expérience acquise auprès d'une ELSA pour sa pratique future. Elle cite « *la prise en charge des addicto au sein de l'hôpital mais aussi en consultation. Pratique qui est utile en cabinet de ville pour le tabac et l'alcool* ».

Le stage aux urgences est mentionné par une interne pour l'acquisition d'une formation à « *la gestion des patients ayant des comportements à risque, des addictions entre autres* ».

Dans 3 cas sur 8, l'apprentissage a donc eu lieu à l'occasion d'un stage hors cabinet lors du stage chez le praticien.

Les étudiantes représentent 84,6% des auteurs d'annexes+, cette proportion est plus importante que celle des étudiantes parmi l'ensemble des auteurs de scripts P+.

3.4.1.2. Semestre d'internat lors de la situation décrite dans le script (n=93 parmi 99 scripts)

Les auteurs mentionnent le semestre en cours lors de la scène rapportée dans 93 des 99 scripts P+. Près d'un tiers (32%) des situations retranscrites dans les scripts P+ ont été vécues lors de la 1^{ère} année d'internat et près de la moitié en 2^{ème} année (47%).

Le 4^{ème} semestre est le plus représenté (28%), c'est aussi le semestre au cours duquel les questions d'addictologie sont abordées dans les séances d'enseignement universitaires.

⁴ Association Nationale de Prévention en Alcoologie et en Addictologie

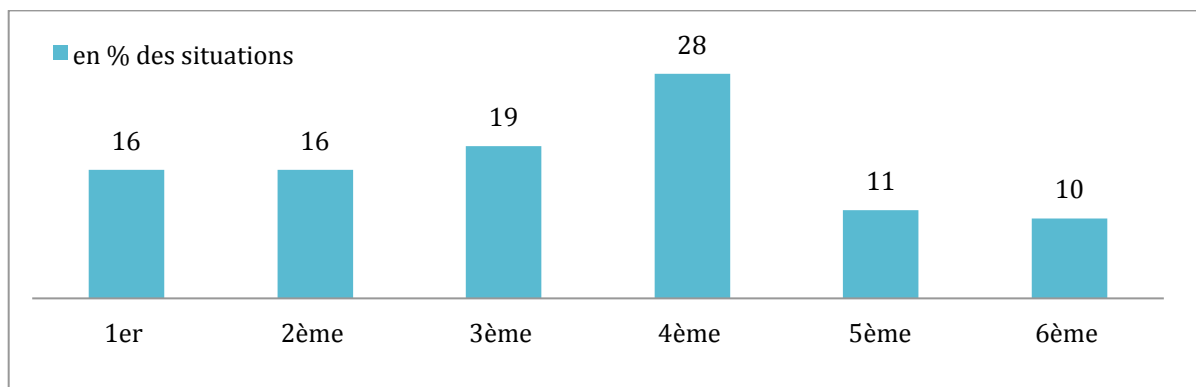


Figure 3 : Semestre de stage lors de la situation vécue (%) (n=93)

Etude des 187 PF des IMG de la promotion 2014 de Bordeaux

3.4.1.3. Présentation orale des scripts (n=25 parmi 99 scripts)

L'information sur la présentation orale du script apparaît dans 25 des 99 scripts P+ (25,3%). Pour 10 scripts, le contexte est précisé : 9 ont été présentés à l'occasion de sessions d'enseignement universitaire et le dixième a été le sujet de discussions au cours d'une séance d'initiation au groupe Balint.

Les 9 scripts présentés en séances d'enseignement ont été analysés à l'occasion du :

- module 4 : « santé publique » lors de la session « les conduites à risques et les addictions : alcool » : 5 scripts
- module 2 : « les situations fréquentes : 1^{ère} partie » lors de la session « le patient à risque cardiovasculaire, le patient hypertendu » pour 1 script et lors de sessions non précisées pour 2 scripts
- module 1 : « la pratique médicale » lors de la session « les situations médico-réglementaires » : 1 script.

La dernière interne rapporte avoir vécu une situation déroutante avec un patient demandeur d'aide pour un sevrage. En raison du contexte de polyconsommation, elle l'oriente vers un addictologue ; le patient lui reproche alors son « *manque d'humanité* ». Déconcertée, l'étudiante choisit de présenter ce cas devant un groupe type Balint. Elle fait part de son expérience : « *si cette séance de « psychanalyse de groupe » (...) impose d'accepter une certaine mise à nu (...) sur le plan professionnel et personnel, elle permet de mener une réflexion beaucoup plus poussée sur la relation médecin-patient qu'un simple débriefing (...). La participation à un groupe Balint pourrait donc être une bonne façon de continuer à progresser dans ma relation au patient après la fin de mon cursus universitaire* ».

Enfin, parmi les 10 scripts dont le contexte de présentation est connu, 4 décrivent des situations vécues lors de semestres antérieurs à leur présentation orale. En particulier, 3 des 5 scripts présentés lors de la session « alcool » du module 4 concernent des scènes vécues lors de semestres précédents.

En résumé :

- Les auteurs de scripts P+ sont très majoritairement des étudiantes (71%).
- 15% des auteurs mentionnent spontanément dans leur portfolio une formation ou un intérêt particulier pour l'addictologie. Parmi eux, les étudiantes sont significativement plus représentées (85%).
- La formation addictologique pendant l'internat a lieu lors de stages hospitaliers (62,5%) mais aussi au cours du semestre chez le praticien, en particulier lors des stages hors cabinet en addictologie (37,5%).
- Près de 80% des situations décrites sont vécues lors des 2 premières années d'internat, le plus souvent au 4^{ème} semestre.
- Un quart des auteurs fait part de la présentation orale de scripts P+. Lorsque le contexte est précisé, il s'agit de la session du module 4 consacrée à l'alcool dans la moitié des cas. Une interne signale l'intérêt particulier qu'elle a trouvé à la présentation d'une situation problématique dans un groupe type Balint.

3.4.2. LA SITUATION (N=99 SCRIPTS)

3.4.2.1. Les terrains de stage

Parmi les 99 situations décrites, 1/3 (33) se déroulent à l'occasion de stages ambulatoires et 2/3 (66) lors de stages hospitaliers.

♦ Les stages ambulatoires (n=33)

Les 33 situations ambulatoires prennent place dans les stages suivants :

- stage auprès d'un praticien agréé : 29 (au cabinet : 21, hors cabinet: 8), soit 88%
- SASPAS : 3
- stage ambulatoire validant la pédiatrie et la gynécologie (dans une PMI) : 1.

Concernant les 8 stages hors cabinet, il s'agit de :

- stages d'addictologie : 4 (3 dans des structures de soins ambulatoires, 1 dans le secteur de consultations d'addictologie d'un hôpital psychiatrique)
- stages en CMP : 2
- stages dans des structures de soins travaillant dans le domaine de la santé sociale : 2 (SAMU social et Médecins du Monde).

Dans 29 récits, les patients sont rencontrés au cours du semestre chez le praticien. Parmi les 99 scripts P+, 29,3% sont rédigés pendant ce stage qui représente un sixième (16,7%) de la durée de l'internat. Cette proportion de scripts traduit une surreprésentation du

semestre chez le praticien dans les situations rapportées dans les scripts P+. Les ministages sont le lieu de 27,6% des scènes se déroulant lors de ce semestre.

♦ Les stages hospitaliers (n=66)

Nous aborderons le caractère d'urgence des situations puis nous envisagerons la spécialité ou l'activité du service hospitalier.

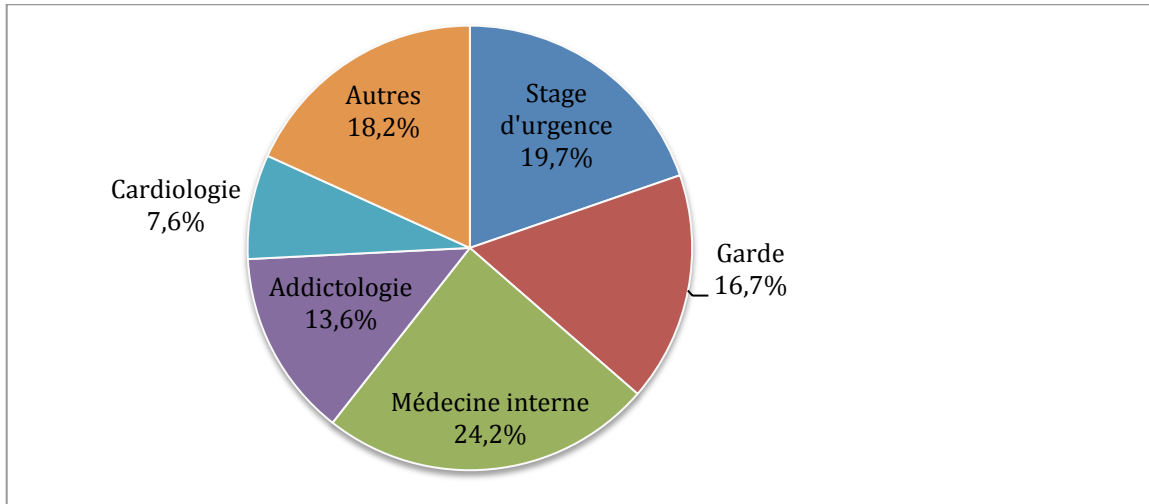


Figure 4 : Lieux des stages hospitaliers : proportions selon les services ou activités (%) (n=66). Etude des 187 PF des IMG de la promotion 2014 de Bordeaux.

Parmi les 66 récits hospitaliers, 24 (36,4%) rapportent des situations d'urgence et 42 (63,6%) décrivent des soins non urgents.

Les 24 contextes de soins urgents comprennent :

- les stages dans des services d'urgence : 13 cas (11 dans des SAU, 1 stage au SMUR et 1 stage aux urgences psychiatriques)
- les gardes (effectuées en dehors d'un stage d'urgence) : 11 cas, la scène ayant lieu dans des SAU (9) ou dans un autre service où l'interne de garde est appelé (2).

Près d'un quart (24,2%) des situations rapportées dans l'ensemble des 99 scripts P+ se déroulent donc dans un contexte de soins hospitaliers urgents.

De plus, 20 scènes se situent dans un SAU (11 lors de stages et 9 au cours de gardes), les SAU sont ainsi le lieu de 20,2% des situations décrites dans les scripts P+.

Enfin, 26 des 42 patients rencontrés en dehors d'un contexte d'urgence ont été hospitalisés après une admission au SAU. Au total, 46 des 66 patients décrits lors des stages hospitaliers ont donc débuté leurs soins dans un service d'urgence, soit 69,7%.

Les 42 situations non urgentes se déroulent dans 13 services différents, principalement en médecine interne (16), dans des services ayant une activité addictologique (9) et en

cardiologie (5). Les « autres services » identifiés sont des services d'hépatogastro-entérologie (2), de post-urgences (2), de néonatalogie (1), de maternité (1), de pédiatrie (1), de gériatrie (1), de médecine physique et de réadaptation (MPR) (1), de neurologie (1), de pneumologie (1) et de dermatologie (1).

En résumé :

- Les situations décrites dans les scripts P+ ont eu lieu pour 1/3 lors de stages ambulatoires et pour 2/3 à l'hôpital.
- Le semestre chez le praticien est surreprésenté dans les scripts P+ (29,3% des contextes) et plus d'un quart des situations rapportées pendant ce semestre ont eu lieu au cours d'un ministage (28%).
- Près d'un quart des scènes rapportées dans l'ensemble des scripts P+ se déroulent dans un contexte de soins hospitaliers urgents et 20% ont lieu dans un SAU.
- Près de 70% des patients décrits lors de stages hospitaliers ont débuté leurs parcours de soins aux urgences.
- En dehors des situations d'urgence (36%), les services de médecine interne (24%) et d'addictologie (14%) sont les cadres les plus fréquents des récits hospitaliers.

3.4.2.2. Les patients (n=99)

Les caractéristiques des patients sont détaillées en annexe (cf. annexe 3). Les principaux constats que nous avons pu établir à partir des récits des internes figurent ci-dessous.

- La population masculine est très majoritaire (70%) avec un sex-ratio de 2,3.
- La moyenne d'âge est de 47,2 ans. Les 40-59 ans représentent 51% des patients.
- Un tiers des patients sont en âge de travailler et sans activité professionnelle.
- Des conflits familiaux en rapport avec l'alcool sont signalés dans plus d'un tiers des scripts P+.
- Des comorbidités addictologiques sont décrites chez 52,5% des patients rencontrés. Elles concernent essentiellement le tabac (48% des patients) et le cannabis (5%). D'autre part, 6% des patients suivent un traitement substitutif aux opiacés.
- Des comorbidités organiques sont identifiées chez plus de la moitié des patients, essentiellement métaboliques et cardiovasculaires (22% et 20% des patients).
- Une comorbidité psychiatrique est identifiée par les internes chez un quart des patients rencontrés et 1 patient sur 5 est décrit comme dépressif.

3.4.2.3. La rencontre entre patient et interne

- ♦ Les grandes catégories de motif de recours aux soins

Les motifs de recours aux soins identifiés dans les scripts P+ sont classés en 3 catégories :

- motifs en lien direct avec la consommation d'alcool (« motifs alcoologiques ») : 40 cas, soit 40%
- motifs liés aux conséquences néfastes de la consommation : 26 cas, soit 26%
- « autres motifs » sans lien identifié, direct ou indirect, avec l'alcool : 33 cas, soit 33%.

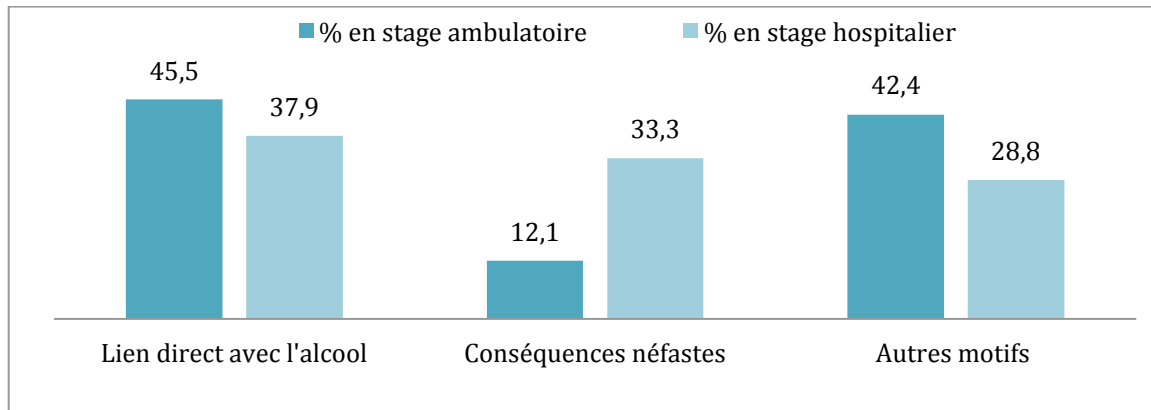


Figure 5 : Catégories de recours aux soins des patients décrits dans les scripts P+ selon le lieu de stage de l'IMG (%) (n=99)

Etude des 187 PF des IMG de la promotion 2014 de Bordeaux

Les motifs alcoologiques sont les plus fréquents en stages hospitaliers comme en ambulatoire. La distribution diffère ensuite en fonction du terrain de stage. Les conséquences de la consommation d'alcool sont au 2^{ème} rang en milieu hospitalier alors que ce sont les « autres motifs » en milieu ambulatoire (figure 5).

Nous avons, en particulier, étudié les recours aux soins dans deux terrains de stage :

- les SAU : 60% des motifs sont alcoologiques (12 dont 11 IEA), 20% sont liés à des conséquences néfastes de la consommation (4) et 20% sont d'autres motifs (4)
- au cabinet du praticien (pendant le stage chez le praticien) : 57% des motifs sont alcoologiques (12 dont 7 demandes de sevrage), 5% sont liés à des conséquences néfastes de la consommation (1) et 38% sont d'autres motifs (8).

♦ *Détail des motifs de recours aux soins dans les grandes catégories*

Les motifs de recours aux soins en lien direct avec l'alcool sont recensés ci-dessous (cf. tableau V).

On remarque, dans ce tableau, que l'ivresse est le plus fréquent des motifs de recours aux soins en lien direct avec l'alcool, elle représente plus de la moitié des motifs alcoologiques à l'hôpital (52%) alors qu'elle est absente des situations ambulatoires. Les sevrages programmés et les syndromes de sevrage sont les 2^{ème} et 3^{ème} motifs de soins hospitaliers. En stage ambulatoire, les demandes de sevrage prédominent (60%), suivies de l'aide au maintien de l'abstinence et des sevrages programmés.

Tableau V : Motifs de recours aux soins en lien direct avec l'alcool chez les patients ambulatoires et hospitaliers (n=40). Etude des 187 PF des IMG promotion 2014 de Bordeaux.

	Stage ambulatoire (%)	Stage hospitalier (%)	Ensemble (%)
IEA	0 (0)	13 (52)	13 (32,5)
Demande de sevrage	9 (60)	1 (4)	10 (25)
Sevrage programmé	2 (13,3)	6 (24)	8 (20)
Syndrome de sevrage	1 (6,7)	5 (20)	6 (15)
Maintien de l'abstinence	2 (13,3)	0 (0)	2 (5)
Demande d'un proche*	1 (6,7)	0 (0)	1 (2,5)
Ensemble des motifs	15 (100)	25 (100)	40 (100)

* Demande de prise en charge d'un mésusage de la part d'un proche

Les motifs de recours aux soins liés à des conséquences néfastes de la consommation d'alcool sont :

- des complications somatiques : 22 cas, soit 85%
 - digestives : 10 : pancréatite aiguë (4), cirrhose compliquée (5) (décompensation ascitique : 3, rupture de varice œsophagienne : 2), cytolysse hépatique (1)
 - neurologiques : 5 : syndrome confusionnel (3), trouble de la conscience (1), démence (1)
 - cardiologiques : 3 : décompensations de myocardiopathies dilatées
 - traumatiques : 3 : traumatisme crânien, tassement vertébral, chutes répétées
 - hypotrophie néonatale : 1
- des complications comportementales : 3 cas (2 patients alcoolisés victimes d'agression et une patiente inquiète d'une relation sexuelle non protégée au cours d'une ivresse)
- des complications judiciaires : 1 cas d'obligation de soins.

Les autres motifs de recours aux soins sont :

- infectieux, essentiellement hospitaliers : 6 cas (pneumopathie, pyélonéphrite, sinusite maxillaire, arthrite septique, toxi-infection alimentaire collective, méningite)
- psychiatriques, exclusivement ambulatoires : 5 cas (trouble bipolaire : 2, dépression : 1, anxiété : 1, bouffée délirante aiguë : 1)
- neurologiques : 4 cas (crise épileptique : 2, céphalées : 2)
- rhumatologiques, essentiellement hospitaliers : 4 cas (lombalgies : 3, crise de goutte : 1)
- métaboliques, essentiellement hospitaliers : 3 cas (diabète déséquilibré, hypoglycémie, insuffisance rénale aiguë)

- cardiovasculaires : 3 cas (fibrillation auriculaire, insuffisance cardiaque, hypertension artérielle)
- traumatiques : 2 cas (accident de la voie publique, traumatisme crânien)
- addictologiques (comorbidité) : 1 cas de demande d'aide au sevrage tabagique
- obstétricaux : 1 accouchement
- généraux : 4 cas (altération de l'état général : 2, vaccination : 1, certificat d'aptitude : 1).

Nous étudierons ci-dessous les circonstances de découverte du mésusage de l'alcool par les internes dans ces situations.

♦ Circonstances de découverte du mésusage de l'alcool

Les circonstances de découverte du mésusage par les internes ont été relevées au sujet des 33 patients dont le motif de recours aux soins est sans lien avec l'alcool. Le plus souvent une circonstance précise est révélatrice mais parfois plusieurs éléments constituent un faisceau d'arguments en faveur d'une consommation excessive ou d'un trouble de l'usage de l'alcool. Ainsi, 8 circonstances de découvertes sont identifiées dans 38 occurrences.

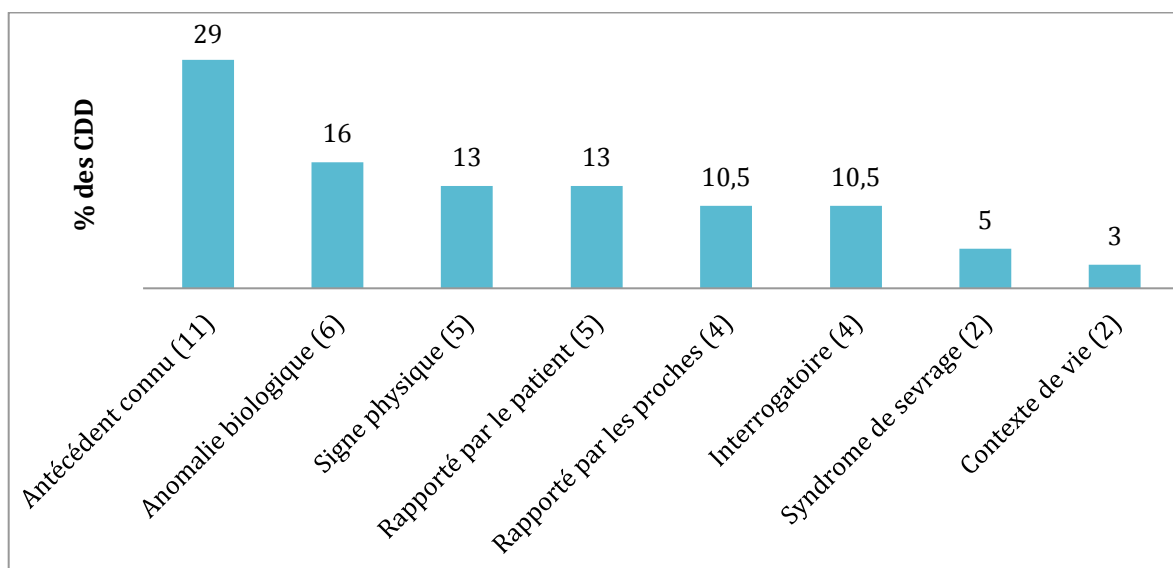


Figure 6 : Circonstances de découverte du mésusage de l'alcool chez les patients ayant recours aux soins pour un autre motif (%) (n=38)

Etude des 187 PF des IMG de la promotion 2014 de Bordeaux

Quel que soit le terrain de stage, la circonstance de découverte la plus fréquente du mésusage (29%) est la transmission à l'interne des antécédents du patient par des soignants connaissant déjà son problème d'alcool.

Les internes en stage ambulatoire repèrent ensuite ce mésusage à travers les propos des patients (22,2%) ou en analysant leurs résultats biologiques (16,7%). Les signes physiques et les propos des proches comptent pour 11,1% des éléments du repérage. L'interrogatoire

systematique des patients correspond à 5,6% de ces circonstances de même que l'observation du lieu de vie (exclusivement ambulatoire).

En milieu hospitalier, l'interrogatoire systematique, l'analyse des signes physiques et biologiques participent chacun pour 15% à la découverte du mésusage de l'alcool. Puis dans 10% des cas, ce sont les propos des proches qui orientent vers le diagnostic ou la survenue d'un syndrome de sevrage (exclusivement en milieu hospitalier). L'évocation du problème d'alcool par le patient est rare (5%).

Nous remarquons que dans 4 circonstances la situation apporte à l'interne des éléments en faveur du problème d'alcool alors que dans 4 autres cas, l'étudiant est acteur du repérage. Les auteurs des scripts P+ ont plus souvent un rôle passif qu'actif dans la découverte du mésusage de l'alcool (58% vs 42%).

Les circonstances de découverte passives du mésusage (22) sont :

- un antécédent de mésusage connu (50%). Au cours des stages hospitaliers, l'information est apportée par le courrier du médecin traitant ou par un autre service, parfois le patient est déjà connu du service. Dans les situations ambulatoires, les antécédents sont le plus souvent transmis par l'équipe médicale d'une structure de soins. Un seul interne découvre l'antécédent d'« éthylisme chronique » dans le dossier de son patient.
- la description du mésusage par le patient (23%). Le patient évoque spontanément son problème d'alcool, décrivant ses conséquences dans sa vie quotidienne et parfois ses motivations à boire (par exemple, une jeune femme ayant des hallucinations auditives consomme de l'alcool « pour ne plus les entendre », un autre patient explique boire « pour oublier un peu sa vie »).
- la description du mésusage par l'entourage (18%), presque aussi fréquente.
- la survenue d'un syndrome de sevrage (9%). Il s'agit du mode de révélation de l'alcoolodépendance dans 2 situations de dissimulation du mésusage par le patient lui-même ou par ses proches.

Les circonstances actives du repérage du problème d'alcool (16) sont :

- l'analyse des anomalies biologiques (38%). L'observation de l'augmentation du VGM, des γ GT, des transaminases ou une alcoolémie positive conduit certains internes à interroger leur patient sur leur consommation d'alcool.
- l'observation des signes physiques (31%). Remarquant une haleine œnologique, plus rarement des angiomes stellaires ou une hypotrophie néonatale, les internes s'inquiètent d'une consommation excessive d'alcool, récente ou chronique.
- l'interrogatoire systematique (25%). Il s'intègre généralement à un échange avec le patient, en début de consultation, sur son mode de vie (contexte familial, professionnel,

consommation de tabac et d'alcool). Plus rarement, l'étudiant recherche une comorbidité addictologique associée au tabagisme de son patient.

- l'observation du contexte de vie (6%). Une interne, lors d'une visite, entre dans un intérieur désordonné, remarque « *une odeur d'alcool et de tabac vieillie* » et note la présence de « *vieilles bouteilles de bières et de whisky vides* ». Elle en déduit : « *que Mr D est sûrement atteint d'alcoolisme chronique* ». L'haleine du patient confortera son impression.

Résumé concernant les circonstances de découverte du mésusage de l'alcool :

- Lorsque le patient recourt aux soins pour un « autre motif » que l'alcool, l'interne découvre le plus souvent son mésusage à travers la liste de ses antécédents connus (29%). Puis ce sont les propos spontanés des patients qui orientent les étudiants lors des stages ambulatoire. En milieu hospitalier, l'interrogatoire systématique est au 2^{ème} rang, il participe davantage au repérage qu'en stage ambulatoire (15% vs 5,6%).
- Les circonstances qui amènent les étudiants à identifier le mésusage d'alcool sont plus souvent passives qu'actives (58% vs 42%).
- Les internes qui ont un rôle actif de repérage du mésusage interprètent les anomalies biologiques, les signes physiques, interrogent systématiquement leurs patients ou, plus rarement, observent attentivement leur lieu de vie.

♦ La situation du patient par rapport à l'alcool

Nous distinguons, dans les 99 scripts P+, 6 situations différentes concernant la relation du patient avec l'alcool telle qu'elle est décrite par l'interne :

- mésusage avéré : 54 cas (dont IEA : 17)
- suspicion de mésusage : 15 cas
- sevrage non programmé : 10 cas (dont syndrome de sevrage : 8)
- sevrage programmé : 9 cas
- abstinence secondaire : 9 cas
- usage simple : 2 cas.

Dans 70% des scripts, les internes s'intéressent à des patients présentant un mésusage de l'alcool (avéré ou suspecté) et un script sur 6 concerne des patients en état d'ivresse.

Près d'un cinquième (19%) des patients décrits sont en situation de sevrage.

3.4.3. LES THEMES ETUDIES DANS LES « PROBLEMATIQUES ALCOOL »

3.4.3.1. Les grands domaines des « problématiques alcool »

Les 99 scripts P+ analysent 193 problématiques abordant, chacune, un ou plusieurs thèmes liés à l'alcool (en moyenne 2,3 thèmes par script P+). Nous avons classé les 30 thèmes relevés en 5 domaines :

- connaissances et pratiques médicales (15 thèmes) : 85 internes
- organisation des soins (4 thèmes) : 31 internes
- aspects relationnels des soins (4 thèmes) : 7 internes
- santé publique (3 thèmes) : 7 internes
- situations médico-légales (4 thèmes) : 6 internes.

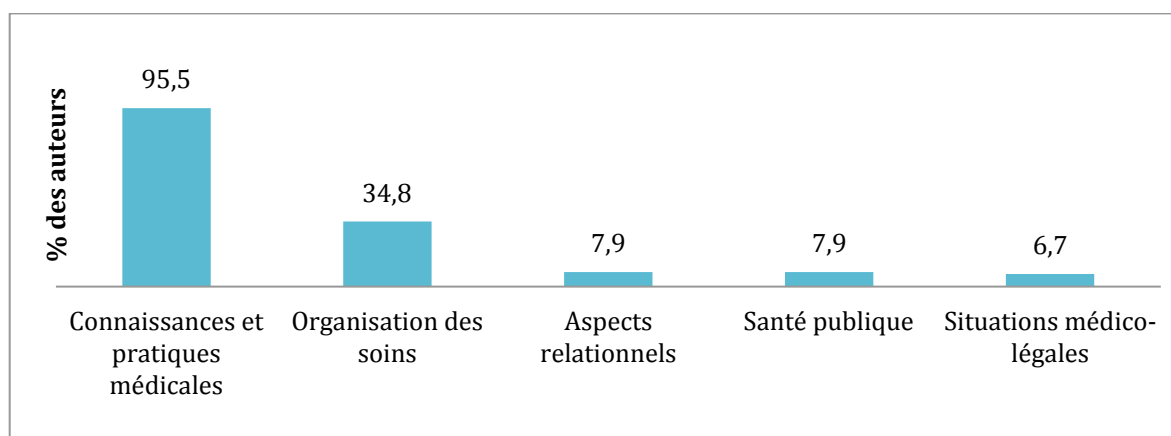


Figure 7 : Proportion des auteurs rédigeant des « problématiques alcool » dans chaque domaine de problématiques (%) (n=89)

Etude des 187 PF des IMG de la promotion 2014 de Bordeaux

La quasi-totalité des auteurs a rédigé des problématiques concernant les connaissances et pratiques médicales en alcoologie. L'organisation des soins représente le deuxième domaine d'intérêt des internes. Plus rarement, ils consacrent des problématiques à l'analyse des dimensions relationnelles de la scène vécue.

3.4.3.2. Détail des thèmes composant les grands domaines des « problématiques alcool »

Les thèmes analysés dans les problématiques alcool sont présentés par ordre de fréquence décroissante.

Quinze thèmes se rapportent au domaine des **connaissances et pratiques médicales**, ils concernent :

- les soins alcoologiques, qui rassemblent 6 thèmes :

- le sevrage, en particulier ses modalités ambulatoires, il représente plus d'un quart des thèmes étudiés dans ce domaine
- l'accompagnement du patient abstinent secondaire (dont les aides médicamenteuses)
- les indications du baclofène en alcoologie
- le syndrome de sevrage (diagnostic, traitement)
- l'IEA (prise en charge, critères de sortie d'hospitalisation)
- l'accompagnement du patient alcoolodépendant vers le sevrage (dont les principes de l'entretien motivationnel)
- le repérage des mésusages de l'alcool
- les conséquences nocives de la consommation d'alcool (ensemble des complications, cirrhose, hépatite alcoolique aiguë, pancréatite aiguë, complications neurologiques)
- les populations spécifiques : jeunes et adolescents, femme enceinte, nouveau-né, personnes âgées
- les comorbidités addictologiques et co-intoxications : alcool et tabac (spécificités, modalités de sevrage), alcool et TSO⁵ (modalités du sevrage en alcool sous TSO), alcool et benzodiazépine (co-intoxication dans un contexte d'intoxication volontaire)
- la définition des mésusages de l'alcool
- les comorbidités organiques : sevrage en alcool et bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) ou insuffisance respiratoire, consommation d'alcool et diabète
- le bénéfice cardiovasculaire d'une « consommation modérée » d'alcool
- les anomalies biologiques liées à la consommation d'alcool
- le mésusage de l'alcool et les troubles psychiatriques.

Les problématiques étudiant l'**organisation des soins** abordent 4 thèmes :

- les indications du sevrage ambulatoire et résidentiel
- l'identification des structures et réseaux ambulatoires en addictologie
- l'identification des intervenants alcoologiques hospitaliers
- les indications d'un accompagnement spécialisé.

Quatre autres thèmes concernent les **aspects relationnels** des soins, presque toujours au sujet de la relation médecin-patient :

- le comportement du médecin face au déni du patient alcoolodépendant
- le comportement du médecin face au refus de soins
- la relation médecin-patient alcoolodépendant (alliance thérapeutique)
- la place des proches du patient dans le sevrage, analysée dans un script.

⁵ traitement de substitution aux opiacés

Nous répertorions 3 thèmes dans le domaine de la **santé publique** :

- le rôle du MG dans le repérage des mésusages et le sevrage, le plus étudié
- les aspects épidémiologiques de la consommation d'alcool, de l'alcoolodépendance et de la morbi-mortalité liée à l'alcool en France
- la prévention de l'alcoolodépendance.

Les situations médico-légales sont étudiées dans les problématiques rédigées, à travers 4 thèmes :

- « l'hospitalisation sous contrainte » (indications chez l'alcoolodépendant et en cas d'IEA) représente la moitié des thèmes étudiés dans ce domaine
- la sortie contre avis médical : valeur légale chez un patient alcoolisé
- le certificat de non hospitalisation : critères imposant l'hospitalisation d'un patient ivre
- l'obligation de soins en alcoologie.

3.4.4. LES DIFFICULTES RENCONTREES PAR LES INTERNES

Comme détaillé dans la partie méthode, le relevé des difficultés rencontrées par les internes concerne celles qui sont en rapport, direct ou indirect, avec le mésusage d'alcool du patient, qu'elles soient vécues dans la situation de stage ou envisagées à cette occasion. Elles peuvent être décrites comme telles par les auteurs ou être sous-entendues dans la description de la situation problématique, surmontées au cours de la scène rapportée ou demeurer irrésolues. Enfin, elles peuvent faire ou non l'objet d'une problématique alcool.

3.4.4.1. Les grands domaines des difficultés identifiées dans les scripts P+

Les difficultés rencontrées par les internes, et que nous avons identifiées à la lecture des scripts P+, concernent 4 domaines et 21 thèmes différents. La part des auteurs concernés par chacun des domaines de difficultés est la suivante :

- connaissances et pratiques médicales (9 thèmes) : 86 internes
- difficultés relationnelles (3 thèmes) : 40 internes
- difficultés organisationnelles (3 thèmes) : 32 internes
- situations médico-légales (6 thèmes) : 9 internes.

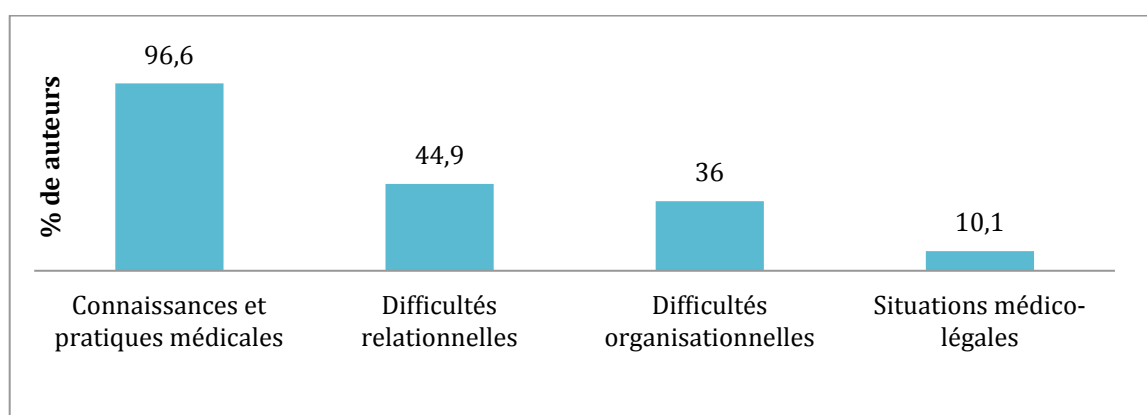


Figure 8. Proportion des auteurs rencontrant des difficultés dans chaque domaine de difficultés (%) (n=89). Etude des 187 PF des IMG promotion 2014 de Bordeaux.

En moyenne, un peu plus de 3 difficultés sont identifiées par script P+.

En rapprochant la proportion des difficultés relevées et celle des thèmes des problématiques décrites précédemment, on constate que le domaine des connaissances et compétences en alcoologie est abordé par la quasi-totalité des étudiants, qu'il concerne les difficultés rencontrées aussi bien que les sujets étudiés dans les problématiques.

Les aspects relationnels sont au 2^{ème} rang des difficultés rencontrées (45% des auteurs) et au 3^{ème} rang des problématiques rédigées (8% des auteurs).

Des difficultés organisationnelles sont ensuite citées par plus d'un tiers des auteurs (36%), ce domaine étant abordé avec une fréquence similaire dans les problématiques (35%).

Enfin, les situations médico-légales représentent le domaine le moins fréquent parmi les difficultés relevées (10%) comme parmi les problématiques rédigées (7%).

Nous présenterons, dans l'ensemble des paragraphes suivants, la nature des difficultés rencontrées par les internes, par ordre de fréquence décroissante d'étudiants concernés.

3.4.4.2. Défaut de connaissances ou de compétences en alcoologie (n=86 internes)

Des difficultés liées à un manque de connaissances ou de compétences ont été identifiées dans les situations décrites par 86 auteurs (97%) à propos des 9 thèmes suivants.

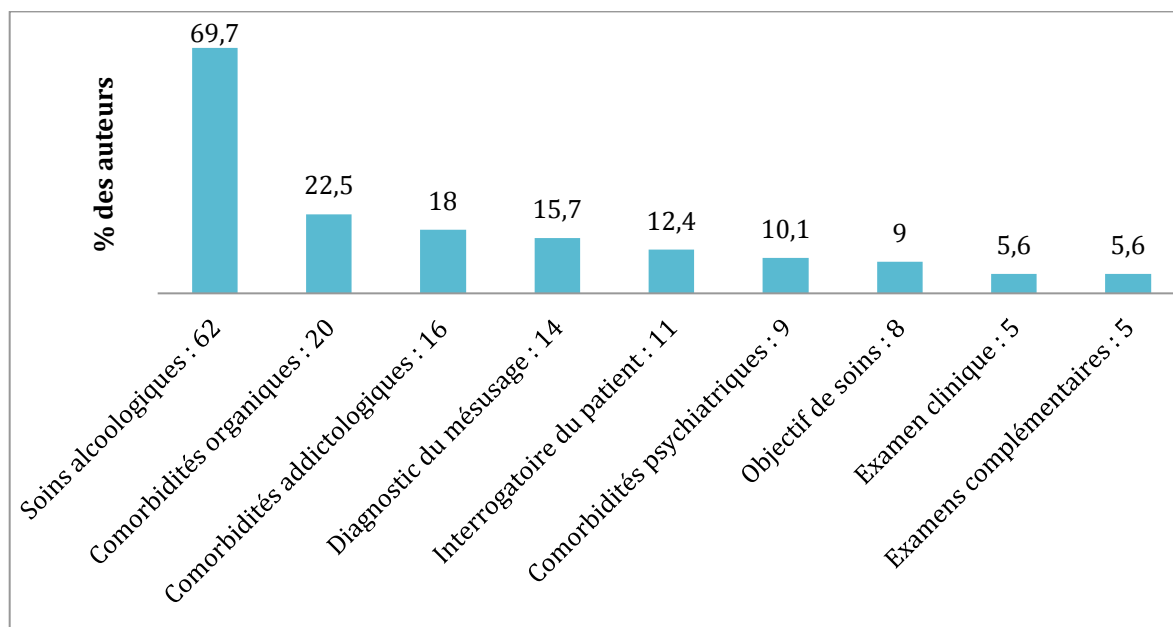


Figure 9 : Connaissances et pratiques médicales : proportion des auteurs concernés selon les thèmes des difficultés rencontrées (%) (n=89)

Etude des 187 PF des IMG de la promotion 2014 de Bordeaux

Plus de 2/3 des auteurs font part d'un manque de connaissances ou de compétences au sujet d'un ou plusieurs soins alcoologiques, il s'agit du thème de difficultés qui concerne le plus grand nombre d'étudiants.

Puis, les comorbidités organiques des patients posent problème à plus d'un auteur sur 5, presque autant sont gênés dans leur prise en charge par l'existence de comorbidités addictologiques.

Près d'un sixième des étudiants est en difficulté pour établir le diagnostic du mésusage du patient et un sur 8 est embarrassé lorsqu'il cherche à s'entretenir avec lui au sujet de l'alcool.

♦ Difficultés en rapport avec les soins alcoologiques (n=62 internes)

Les récits de 70% des auteurs témoignent d'un manque de connaissances ou de compétences concernant les différents soins alcoologiques. Les sujets problématiques sont :

- le sevrage en alcool (33 internes)
- l'aide au maintien de l'abstinence (14 internes)
- l'accompagnement du patient alcoolodépendant (12 internes)
- le baclofène : indications, modalités de prescription (10 internes)
- la prise en charge de l'IEA (8 internes)
- le traitement du syndrome de sevrage (6 internes)
- la prise en charge de l'alcoolisation massive des jeunes (2 internes)
- l'accompagnement vers la réduction d'une consommation (1 interne).

Les difficultés liées au sevrage en alcool peuvent concerner :

- l'ensemble des modalités du sevrage
- les modalités médicamenteuses
- l'accompagnement non médicamenteux du sevrage ambulatoire
- des connaissances générales sur le sevrage.

Les modalités du sevrage (médicamenteuses et non médicamenteuses) sont méconnues de nombreux internes qui se trouvent embarrassés lorsque la situation clinique exige qu'ils mettent en place des soins appropriés. Ce sont le plus souvent les modalités ambulatoires qui interrogent les étudiants. Par exemple, une interne alterne les consultations avec son maître de stage. Quand vient un patient « *très motivé pour un sevrage définitif en alcool* », c'est au tour du médecin traitant de mener la consultation. L'étudiante réalise alors qu'elle se serait trouvée en grande difficulté à sa place, elle écrit : « *c'est mon prat qui a dirigé la consultation, à mon grand soulagement, je l'avoue* ». Plus loin, elle analyse la gêne éprouvée : « *ce motif me posait problème en ambulatoire (...). Aborder l'alcoolisme sur le versant sevrage d'une addiction à court puis moyen terme était donc nouveau. Il fallait s'occuper des parties : psychique, organique, pratique (médicament, arrêt de travail)* ». Certains étudiants décrivent leur meilleure connaissance des modalités hospitalières du sevrage. Ainsi, un interne qui reçoit en consultation un jeune homme souhaitant arrêter sa consommation d'alcool fait part de son malaise : « *Je me suis senti totalement déstabilisé car je n'avais jamais assisté à aucune consultation pour le démarrage d'un sevrage œnologique en ambulatoire, donc je ne savais pas comment organiser cela (...) alors que c'est une chose que je connais par cœur pour en avoir réalisé beaucoup en hospitalier* ».

Le deuxième point apparaissant complexe pour les internes concerne spécifiquement les aspects médicamenteux, qu'il s'agisse de l'ensemble du traitement ou, en particulier, du traitement sédatif ou de la vitaminothérapie. Ainsi, une interne reçoit un patient pour un sevrage hospitalier programmé, une hydratation est prescrite ainsi qu'une benzodiazépine (BZD) et une vitaminothérapie B1-B6. Puis l'auteur remarque sa méconnaissance du

traitement médicamenteux : *« c'était la première fois que j'avais à prendre en charge un patient pour sevrage alcoolique, donc je ne savais pas quelles étaient les recommandations (...). Je me suis interrogée sur les mesures médicamenteuses indiquées dans un sevrage »*. Certains étudiants s'interrogent sur la prescription du traitement sédatif, hésitant quant au choix de la classe médicamenteuse et de la molécule appropriée ou encore méconnaissant la posologie indiquée. Ainsi, un patient hospitalisé, refusant le vin qui lui est proposé, se retrouve en situation de sevrage. L'interne de garde s'interroge sur le traitement à administrer. Elle évoque d'abord le TRANXENE® puis le TIAPRIDAL® et enfin l'HALDOL® qu'elle prescrit. Dans l'analyse du récit, elle explique qu'elle n'était *« pas à l'aise (...) avec la manipulation des psychotropes »* : *« je n'avais jamais été amenée à en prescrire auparavant et les posologies ne m'étaient pas familières »*. Une autre étudiante fait part des mêmes interrogations : *« Comment prévenir son delirium tremens ? Une benzodiazépine ? Mais laquelle ? Et à quelle dose ? »*. Finalement, elle suivra *« à la lettre »* le protocole hospitalier. L'intérêt de la prescription d'une vitaminothérapie B1-B6 pose question à une dernière interne. Au décours d'une consultation, elle s'aperçoit qu'elle a oublié de prescrire une vitaminothérapie à sa patiente en cours de sevrage et s'interroge : *« je me suis demandée dans quelle mesure celle-ci avait un intérêt dans la prise en charge du sevrage alcoolique »*. La rédaction d'une problématique lui apportera des réponses.

La méconnaissance des mesures non médicamenteuses accompagnant le sevrage ambulatoire induit également des difficultés. Par exemple, une interne constate qu'elle manque *« de connaissances sur l'accompagnement à faire auprès du patient qui consulte pour un sevrage »*, c'est-à-dire sur la *« prise en charge psychosociale »*.

Enfin deux internes manquent de connaissances théoriques sur le sevrage. L'une s'interroge sur la définition du *« sevrage thérapeutique »* par opposition au sevrage sans accompagnement médical réalisé par son patient. L'autre se questionne sur la chronologie d'apparition du syndrome du sevrage : *« Je me suis demandée si après 8 jours d'abstinence alcoolique sans symptôme de sevrage, la patiente était encore à risque de faire un syndrome de sevrage »*.

L'aide au maintien de l'abstinence pose des difficultés aux auteurs de scripts P+ à propos de 5 points problématiques :

- l'ensemble des moyens d'aide au maintien de l'abstinence en milieu ambulatoire
- les aides médicamenteuses
- la définition et les indications d'une « postcure »
- la pratique de l'entretien motivationnel
- l'évaluation de l'efficacité de l'aide apportée.

Les interrogations des internes portant spécifiquement sur le baclofène sont relevées à part car elles ne concernent pas son indication dans le maintien de l'abstinence.

La première difficulté est la méconnaissance des moyens d'aide au maintien de l'abstinence en milieu ambulatoire. Elle est perçue par les auteurs dans plusieurs circonstances, notamment par les internes en stages hospitaliers qui se projettent dans leur future pratique ambulatoire. Par exemple, un patient hospitalisé est sevré de sa dépendance mais aucun suivi addictologique n'est mis en place. L'étudiant s'interroge : « *Comment, en tant que généraliste, je pourrai l'aider à maintenir son sevrage ? (...) Existe-t-il des traitements qui pourraient prévenir les rechutes ? Comment pourrais-je l'accompagner efficacement ?* ». D'autres internes redoutent la rechute de leur patient après un sevrage, un auteur fait part de ses craintes : « *J'étais inquiet quant au devenir de mon patient (...). J'ai eu un peu le sentiment qu'il serait lâché dans la nature juste après sa sortie, avec le risque de rechute* ». Parfois, les étudiants cherchent à mieux connaître les aides au maintien de l'abstinence après avoir été confrontés à la rechute d'un patient voire à son décès. Une étudiante est, quant à elle, directement interrogée par son patient sur « *les aides humaines, associatives ou autres, que l'on peut lui proposer pour l'aider après sa sortie de l'hôpital* ». Elle écrit : « *Il s'agit d'un domaine que je ne connais pas et je me trouve en grande difficulté pour lui répondre. D'autant plus que je sais qu'il s'agit d'un élément fondamental de la prise en charge* ».

Le deuxième point problématique est celui des traitements médicamenteux pouvant aider au maintien de l'abstinence. Ainsi, une étudiante s'interroge sur les indications et les modalités de prescription des différents traitements suite aux rechutes répétées de sa patiente. Elle écrit : « *devant la répétition des sevrages, j'ai discuté avec l'addictologue de l'indication des traitements de maintien de l'abstinence* ». Une autre interne perçoit ses lacunes concernant l'acamprosate alors qu'elle assiste à sa prescription par un addictologue lors d'un ministage à l'ANPAA. Elle écrit : « *l'AOTAL® est un médicament que je connais peu* » puis elle entreprend des recherches à son sujet.

Deux étudiants sont hésitants à propos des indications et de l'intérêt d'une « postcure ». Ainsi, un patient « *accepte un séjour en SSR* » (soins de suite et de réadaptation) mais interroge l'interne sur un retour à domicile et un suivi ambulatoire. L'étudiant s'aperçoit alors qu'il ne sait pas comment justifier l'intérêt des soins de suite, il écrit « *Je lui dis que ce n'est pas possible, mais intérieurement je me dis pourquoi pas ?* ».

Au cours d'un ministage d'addictologie, une interne perçoit les particularités de l'entretien auquel elle assiste et se demande « *quelles sont les bases de l'entretien motivationnel* » car elle souhaite en faire bénéficier les patients devenus abstinents.

Enfin, une dernière difficulté réside dans l'évaluation de l'efficacité de cet accompagnement. Un interne se pose la question du « *taux de réussite* » des aides au maintien de l'abstinence et de l'influence des circonstances du sevrage : « *y a-t-il une différence selon que la démarche est initiée en état d'ébriété ou non ?* ».

L'accompagnement du patient alcoolodépendant apparaît problématique pour les auteurs qui s'interrogent sur les modalités de soins et situations suivantes :

- l'entretien motivationnel
- la thérapie cognitivo-comportementale (TCC)
- l'ensemble des psychothérapies
- l'accompagnement de patients dans le « déni » de leur mésusage.

Cinq internes s'intéressent à la place de l'entretien motivationnel dans cet accompagnement. Ainsi, un auteur se questionne face au refus de son patient d'un nouveau sevrage : « *Faut-il convaincre le patient ? Ou bien faut-il lui forcer un peu la main ? Comment le motiver et le soutenir ?* ». Il se renseignera sur les principes de l'entretien motivationnel. Un autre interne reçoit un patient alcoolodépendant et se demande « *s'il existe un moyen d'être en consultation avec ce type de patients pour les aider à modifier leur comportement* ».

L'intérêt de la TCC dans l'accompagnement du patient dépendant interroge une étudiante ayant assisté à une consultation d'addictologie. Une psychiatre mène l'entretien et fait décrire au patient ses épisodes de craving, les situations de rechute et ses stratégies d'évitement. Intéressée par cette pratique, l'interne se questionne sur la place de la TCC en médecine générale, en particulier concernant les patients alcoolodépendants.

Une interne s'interroge sur la place des différentes psychothérapies. Son maître de stage pratiquant les TCC, elle a pu orienter vers lui sa patiente, mais elle cherche à identifier les psychothérapies qu'elle aurait pu envisager en l'absence de cette compétence particulière.

Enfin, cinq internes décrivent leurs difficultés à accompagner des patients qu'ils estiment être dans le déni de leur mésusage de l'alcool. Par exemple, une interne décrit une patiente présentant un hématome sous-dural suite à une chute. « *Mme F est une patient en rupture de soins. (...) Elle est dans le déni de sa pathologie alcoolique en minimisant sa consommation d'alcool et prétendant pouvoir s'en sortir toute seule* ». Son déni est présenté comme responsable d'une prise en charge incomplète et insatisfaisante, la patiente refusant toute aide psychologique et ayant quitté l'hôpital avant le passage de l'assistante sociale. Trois étudiants tentent d'identifier les moyens de faire progresser leur patient. Une interne écrit : « *Je n'avais jamais été en présence d'un patient alcoolique dans le déni complet de sa maladie. Je me suis demandée comment amener le patient à son "auto-diagnostic" et à accepter sa maladie* ». Elle rédige ensuite une problématique abordant les principes de l'entretien motivationnel et les stades de motivation au changement selon le modèle de Prochaska et DiClemente.

La prescription du baclofène en alcoologie est évoquée par plus d'un auteur sur dix, les questions qu'ils se posent portent sur les 5 points suivants :

- ses modalités de prescription
- ses indications alcoologiques

- son actualité en alcoologie
- son bénéfice dans le sevrage
- son rapport bénéfice/risque.

La prescription récente du baclofène dans les lieux de stage a conduit de nombreux internes à se questionner sur ce médicament en particulier. Dans un quart des situations, ce sont les patients concernés qui interrogent eux-mêmes les médecins.

La première question qui se pose aux étudiants est celle des modalités de prescription. Ainsi, un interne a reçu un patient alcoolodépendant lors d'un stage chez Médecins du Monde. Souhaitant se sevrer de l'alcool, le patient a demandé au stagiaire « *si "la nouvelle molécule qui est sortie" ne pouvait pas l'aider à décrocher* ». L'étudiant a compris l'objet de sa question mais avoue avoir « *un peu botté en touche* », lui répondant que le baclofène n'était pas disponible dans cette structure. Dans l'analyse, il explique qu'il n'avait « *aucun recul sur le baclofène* » et aucune connaissance de « *ses modalités de prescription* ».

D'autre part, les internes s'interrogent sur les indications alcoologiques du baclofène. Ainsi, une étudiante, accompagnée de son maître de stage, rend visite à un patient « *en cours de sevrage* » et qui a pu réduire sa consommation de bière. Celui-ci interroge les médecins sur l'intérêt du baclofène dans son cas. L'interne ne répond pas car elle n'a « *aucune idée de son indication dans le sevrage de l'alcoolisme chronique* ». Les étudiants décrivent leur méconnaissance des indications alcoologiques du baclofène et n'évoquent jamais sa place dans l'aide au maintien de l'abstinence ni dans la réduction de la consommation.

Trois étudiants ayant entendu parler du baclofène parmi les actualités médicales cherchent à actualiser leurs connaissances. L'un d'eux s'interroge : « *il y a actuellement beaucoup de polémique autour du traitement par baclofène. Qu'en penser ?* ».

Les étudiants se questionnent aussi sur le bénéfice apporté par le baclofène en alcoologie. Ainsi, un interne reçoit un patient ivre et commente son expérience du baclofène : « *le patient avait tenté un sevrage avec ce médicament, pour un résultat catastrophique : prise aléatoire du traitement, récurrence précoce. Pourtant j'avais entendu parler de résultats miraculeux* ». Il recherche alors « *des données fiables sur l'intérêt du baclofène* ».

Enfin, une étudiante ayant assisté à une consultation d'addictologie se dit « *très interrogative sur le baclofène et son bénéfice/risque* » alors même que la patiente rencontrée n'a pas encore débuté le traitement envisagé.

La prise en charge de l'IEA est au 5^{ème} rang des soins alcoologiques problématiques pour les auteurs de scripts P+. Les difficultés relevées portent sur :

- la place de la prise en charge psychosociale
- la durée d'hospitalisation et les critères de sortie
- la prise en charge de l'agitation du patient ivre
- la perception d'une insuffisance des soins proposés

- la place d'une intervention spécialisée en addictologie.

L'une des difficultés les plus fréquentes est l'évaluation de la place de la prise en charge psychosociale lors d'une IEA. Par exemple, une interne est surprise des consultations prévues pour un adolescent alcoolisé. Il est hospitalisé en pédiatrie après son admission au SAU. L'assistante sociale le rencontre le jour-même et une consultation avec le pédopsychiatre est programmée pour le lendemain. L'auteur exprime son étonnement : *« avant d'être confrontée à ce cas, je n'avais pas pris la mesure de l'importance de la prise en charge psycho-sociale de l'adolescent qui s'alcoolise »*.

La question de la durée d'hospitalisation se pose aussi au sujet de l'adolescent cité précédemment, l'auteur explique que *« le protocole du service veut que le séjour dure au moins 72h »*. Plus loin elle nous livre sa réaction : *« je pense avoir été autant surprise que le patient à l'annonce des 3 jours d'hospitalisation »*. Elle constatera ensuite que cette durée est conforme aux recommandations. Une autre interne prend en charge un patient ivre hospitalisé en post-urgences et s'interroge sur les critères autorisant la sortie, notamment : *« à quel taux d'éthanolémie peut-on laisser sortir un patient ? »*.

Un troisième point posant problème est la prise en charge de l'agitation du patient ivre. Ainsi, un interne décrit un adolescent qui *« se débat, renverse un plateau médical, manque frapper une IDE »* ne lui laissant *« pas d'autre choix que d'utiliser une contention pour le maintenir dans son lit »*. Rétrospectivement, il s'interroge sur sa pratique et cherche des recommandations sur la prise en charge de l'agitation au cours d'une IEA.

D'autre part, la prise en charge de l'IEA est jugée insatisfaisante par deux internes qui font part de leur sentiment d'impuissance. Les patients concernés sont connus des équipes médicales, ayant été adressés à de multiples reprises aux urgences pour des ivresses répétées. Ainsi, un homme de 30 ans est amené par les pompiers pour *« ivresse sur la voie publique »*, il explique *« qu'il ne s'en sort plus avec son alcoolisme (...) il souhaite se sevrer et avancer dans la vie »*. L'étudiant l'hospitalise en post-urgences pour lui permettre de rencontrer l'infirmière addictologue le lendemain. Un sevrage est programmé 3 semaines plus tard mais le patient est de nouveau amené alcoolisé aux urgences au bout de 15 jours. L'interne décrit cette alcoolisation comme *« un témoignage de l'insuffisance de la solution »* apportée et exprime le sentiment de son inefficacité.

Un dernier aspect de la prise en charge de l'IEA pose question, il s'agit de la place d'une intervention spécialisée en addictologie. Une interne s'interroge à ce sujet suite au refus d'une infirmière addictologue de rencontrer son patient désireux d'un sevrage. Cette situation est également responsable d'une difficulté relationnelle entre soignants, décrite plus loin.

Le traitement du syndrome de sevrage interroge les internes à propos de 3 points problématiques :

- le traitement médicamenteux du délirium tremens (DT)

- le traitement médicamenteux du syndrome de sevrage (hors accident de sevrage)
- les mesures non médicamenteuses de traitement de l'anxiété.

Les trois patients présentant un DT posent des difficultés aux étudiants. Ceux-ci sont impressionnés par le tableau clinique et hésitants quant au traitement. Une interne écrit : « *le patient est anxieux, confus, agité. Il présente des troubles neuro-végétatifs : sueurs, tremblements, tachycardie (...), des hallucinations : voit des scènes de guerre, parle en cambodgien, scène assez impressionnante et déstabilisante* ». Lorsque l'infirmière lui demande ses prescriptions, elle constate qu'elle ne connaît pas précisément le traitement du DT : « *Je me suis rendue compte que je ne savais pas réellement gérer ce patient, les mots clés de l'ENC je les connaissais : hyperhydratation, vitaminothérapie, benzodiazépine...Mais devant la pratique je me suis sentie perdue et ai trouvé le delirium impressionnant !* ».

Le traitement médicamenteux du syndrome de sevrage pose aussi problème. Un auteur décrit son embarras : « *Je me suis retrouvé bien démuni quand j'ai découvert qu'il était en sevrage, je n'avais aucune idée de la posologie des BZD, IV ou per os, pour quelle durée ?* ». Enfin, une interne s'interroge sur les modalités non médicamenteuses de prise en charge de l'anxiété dans ce contexte, cherchant à calmer son patient sans ajouter de nouvelle molécule sédatrice à son traitement. Elle lui donnera « *des conseils de respiration* » puis se renseignera sur les différentes techniques de relaxation.

L'alcoolisation massive des jeunes adultes est plus rarement évoquée par les internes, 2 points apparaissent problématiques dans ce contexte :

- l'accompagnement alcoolique au décours des alcoolisations ponctuelles importantes
- la prévention secondaire.

Une interne reçoit aux urgences une jeune fille de 17 ans s'étant alcoolisée lors d'une soirée puis racontant avoir suivi deux garçons inconnus et ne se souvenant pas de la suite des événements. Elle craint avoir subi une agression sexuelle et « *s'en veut beaucoup d'avoir trop bu (...) encore une fois* ». Dans l'analyse, l'interne fait part de ses difficultés : « *L'intoxication alcoolique aiguë de Julie m'a posé problème (...), je n'ai pas su quoi dire, alors que cela devient un réel problème chez les jeunes* ».

Une autre patiente, âgée de 20 ans, consulte en CIDDIST⁶ en raison d'un rapport sexuel non protégé survenu à l'occasion d'une alcoolisation massive. Elle est très inquiète et demandeuse d'un examen gynécologique. Dès la fin de la consultation, l'étudiante perçoit le manque de message de prévention : « *je me suis aperçue que je n'avais pas profité de ce temps de consultation pour faire un peu plus de prévention vis-à-vis des comportements à risque des jeunes* ». Puis elle en explique les raisons : « *je ne savais pas vraiment quoi lui*

⁶ Centre d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles

conseiller (...). Je me suis demandée s'il existait des recommandations (...) pour sensibiliser aux effets de l'usage de toxiques ou sur les conduites à risque ».

La difficulté à inciter un patient à réduire une consommation excessive d'alcool est décrite par une seule interne à l'occasion de la prise en charge d'un patient hospitalisé pour une crise de goutte. Elle décrit sa réaction suite aux recommandations de modération : *« Pour lui, ses 3 verres de vin par jour et son verre de whisky du soir le maintenaient en bonne santé et il ne voyait pas ce qui me dérangeait »*. Constatant l'absence d'adhésion du patient, elle s'intéressera aux méthodes susceptibles de favoriser un changement de comportement : éducation thérapeutique et entretien motivationnel.

♦ *Difficultés en rapport avec les comorbidités organiques (n=20 internes)*

Les comorbidités organiques des patients sont à l'origine de difficultés décrites par plus d'un auteur sur cinq. Leurs questionnements portent sur les comorbidités digestives (9 internes), neurologiques (4), la traumatologie associée au mésusage de l'alcool (3), les comorbidités respiratoires (2), cardiaques (2), métaboliques (1) ou l'ensemble des complications organiques du trouble de l'usage de l'alcool (1).

Les pathologies digestives sont les comorbidités organiques qui occasionnent le plus souvent des difficultés aux internes. Celles-ci portent sur 7 points :

- le diagnostic positif d'une cirrhose et l'évaluation initiale de sa gravité
- le traitement d'une décompensation œdémato-ascitique
- le diagnostic étiologique des pancréatites (aiguë et chronique)
- l'indication d'une transplantation hépatique en cas de cirrhose alcoolique
- le suivi du patient cirrhotique en médecine générale
- le traitement d'une hépatite alcoolique aiguë
- le diagnostic étiologique d'une diarrhée chronique.

Deux internes constatent leur méconnaissance des critères diagnostiques d'une cirrhose et des moyens d'évaluation initiale de sa sévérité. L'une d'elles décrit un patient hospitalisé, pour lequel une échographie abdominale est réalisée devant la notion d'une consommation excessive d'alcool et la découverte d'une cytololyse hépatique. L'examen ne retrouve pas de signe évocateur de cirrhose, l'auteur constate alors que *« le diagnostic de cirrhose a été évoqué pour n'être finalement par retenu »* et s'interroge alors sur *« la façon dont le diagnostic de cirrhose était établi avec certitude »*. Elle se souvient de *« la notion d'une biopsie sans plus de précision »*. Dans le second cas, l'interne dit s'être *« laissée guidée quelque peu par le gastro-entérologue »* suite à la découverte d'une cirrhose chez sa patiente. En effet, concernant le bilan initial, elle précise : *« j'avais oublié qu'il fallait réaliser le score de sévérité »*.

Deux autres internes sont hésitants sur la prise en charge de la décompensation œdémato-ascitique de la cirrhose de leur patient. L'un d'eux apprend, grâce au chef de service, l'intérêt du traitement diurétique par spironolactone dans ce cas.

La survenue d'épisodes répétés de pancréatites aiguës chez des patients rapportant une consommation excessive d'alcool met en difficulté deux étudiants qui se questionnent sur le bilan étiologique à envisager. L'un d'eux constate que son patient a présenté successivement une pancréatite secondaire à une hypertriglycémie puis une pancréatite d'origine alcoolique, il s'interroge sur les différentes étiologies des pancréatites aiguës. Devant un autre cas de poussées récidivantes, un interne suggère l'existence d'une pancréatite chronique et remarque ses lacunes sur les étiologies possibles.

Dans un cas de cirrhose compliquée d'ascite et d'insuffisance hépatocellulaire sévère, une interne doute de l'indication d'une transplantation hépatique en raison de l'origine alcoolique de la cirrhose. En discutant avec l'équipe médicale, elle réalise qu'elle méconnaissait l'indication de la transplantation dans le cadre d'une cirrhose éthylique.

Le suivi du patient cirrhotique en médecine générale est aussi évoqué comme sujet problématique par une étudiante. Elle participe, en stage, à la prise en charge d'un patient qui décèdera d'une hémorragie digestive par rupture de varices œsophagiennes. Cette expérience l'amène à se projeter dans le rôle du praticien et à s'interroger sur les modalités de suivi ambulatoire du patient cirrhotique.

Une dernière complication hépatique du trouble de l'usage de l'alcool pose des problèmes de prise en charge à une interne. Son patient est hospitalisé pour une cirrhose compliquée d'une ascite et de la survenue d'une hépatite alcoolique aiguë. L'auteur décrit les traitements prescrits puis commente : « *Je ne connaissais pas l'intérêt de la mise en place de la corticothérapie, dans quels cas la mettre et surtout à quel dosage* ». Elle rédigera une problématique afin de répondre à ces questions.

Enfin, dans une dernière situation, un interne est en difficulté pour répertorier les différentes étiologies de diarrhée chronique. Une patiente présentant « *un éthylysme non sevré* » rapporte une diarrhée évoluant depuis plusieurs années. L'étudiant cherche à connaître les étiologies possibles ainsi que le lien éventuel avec sa consommation chronique d'alcool.

Les comorbidités neurologiques représentent la deuxième source de difficultés parmi l'ensemble des comorbidités organiques. Quatre points posent problème :

- le diagnostic étiologique d'un syndrome confusionnel chez un patient présentant un mésusage de l'alcool
- le traitement d'une encéphalopathie de Gayet-Wernicke
- le diagnostic étiologique d'un syndrome démentiel chez un patient présentant un trouble de l'usage de l'alcool
- le traitement d'une crise convulsive de sevrage.

Deux internes rencontrent des patients alcoolodépendants hospitalisés en raison de syndromes confusionnels et s'interrogent sur le diagnostic étiologique et sur le traitement à prescrire. Une étudiante prend en charge une femme de 55 ans présentant depuis la veille une confusion non fébrile, les examens bactériologiques permettront de poser le diagnostic de méningite à méningocoque. Mais l'interne s'était d'abord orientée vers une étiologique alcoolique, le fils de la patiente rapportant « *plusieurs épisodes du même type, mis sur le compte de la consommation de toxique* ». A cette occasion, elle remarque sa méconnaissance des « *hypothèses à évoquer devant une confusion non fébrile chez une patiente alcoolodépendante* » et rédige une problématique sur ce sujet.

D'autre part, une interne reçoit en hospitalisation un patient dont l'examen clinique révèle un déficit oculomoteur associé à une confusion. Ses recherches lui permettent d'évoquer le diagnostic d'encéphalopathie de Gayet-Wernicke mais elle ne sait quel traitement envisager. La « *dégradation cognitive* » d'une patiente dont le médecin traitant évoque l'« *alcoolisme chronique sous-jacent* » interroge un autre étudiant. Il recherche les étiologies possibles et évoque une maladie d'Alzheimer ou une démence vasculaire. Ses hypothèses ne satisfont pas le chef de service qui lui fait remarquer : « *N'y a-t-il pas une étiologie évidente à laquelle tu ne penses pas ?* ». Finalement l'interne suggère le diagnostic de démence alcoolique puis entreprend des recherches pour améliorer ses connaissances des « *complications cognitives de l'alcoolisme chronique* ».

Une dernière interne s'interroge sur le traitement d'une crise convulsive attribuée à un syndrome de sevrage. Le patient, admis aux urgences suite à une crise convulsive généralisée, est déjà sous traitement antiépileptique en raison d'épisodes similaires antérieurs. Devant la notion d'une consommation excessive d'alcool arrêtée brutalement depuis 3 jours, l'étudiante suspecte une convulsion de sevrage. Elle s'interroge alors sur le traitement de cette crise : « *j'avais des doutes sur la conduite à tenir : mettre en place un traitement par benzodiazépines sur quelques jours ou augmenter son traitement antiépileptique* ». Le neurologue lui recommandera d'opter pour la deuxième solution.

Les traumatismes liés aux effets de l'alcool sur le comportement posent des difficultés concernant 3 sujets :

- le traitement d'une fracture non déplacée d'un métatarsien
- la prise en charge d'un tassement vertébral traumatique
- la surveillance ambulatoire d'un hématome sous-dural.

Un jeune homme est amené aux urgences par des policiers après avoir agressé une jeune fille alors qu'il était alcoolisé. Il se plaint d'une douleur du 5^{ème} métatarsien droit et la radiographie révèle une fracture non déplacée à la jonction du 1/3 moyen et du 1/3 distal. L'étudiant s'interroge alors sur « *la prise en charge d'une fracture non déplacée du métatarsien* ».

Une autre interne reçoit une femme hospitalisée pour un tassement vertébral suite à une chute. Son fils évoque « *un problème d'alcool selon lui responsable des sa chute* », ajoutant « *que cela lui arrive souvent* ». L'interne prescrit des antalgiques et un apport vitamino-calcique puis se questionne sur l'intérêt des biphosphonates dans ce cas et, plus largement, sur le traitement du tassement vertébral (« *Quelle est la conduite à tenir devant un tassement vertébral : faut-il forcément hospitaliser ? Quelle est la prise en charge ?* »).

Enfin, une patiente présentant une « *intoxication alcoolo-tabagique* » consulte en médecine générale pour la surveillance d'une hémorragie intra-crânienne. Après avoir bu, elle a fait une chute dans les escaliers, responsable d'un traumatisme crânien et d'un hématome sous-dural. Le diagnostic est établi aux urgences, la patiente est ensuite surveillée aux soins intensifs puis dans un service de médecine. Elle décide de quitter l'hôpital contre avis médical. L'interne qui la reçoit est donc face à une demande inhabituelle de surveillance scannographique d'un hématome sous-dural. Elle s'interroge sur la possibilité d'un tel suivi en ambulatoire et prescrit finalement l'imagerie après avoir réalisé un examen neurologique.

Les comorbidités respiratoires des patients occasionnent des difficultés aux internes à propos de 2 points problématiques :

- les modalités médicamenteuses du sevrage en alcool en cas d'insuffisance respiratoire chronique
- le traitement médicamenteux du syndrome de sevrage en cas de BPCO.

Un patient alcoolodépendant et insuffisant respiratoire chronique sévère est admis aux urgences psychiatriques. L'interne souhaite prévenir un syndrome de sevrage mais il s'interroge sur la possibilité d'une prescription de BZD chez ce patient. Il rapporte l'attitude de l'équipe médicale et ses craintes : « *Nos avons décidé de réaliser le sevrage en alcool sous couvert de VALIUM® (...) à raison de 40 mg/j avec surveillance des constantes extrêmement rapprochée. J'avais également noté le nom du médecin qui me séniorisait (...), je n'étais pas très serein !* ». Le sevrage se déroule sans complication respiratoire mais l'étudiant, confronté à cette situation difficile, recherchera des références sur le sujet, sans trouver de réponses à ses questions.

Le second cas concerne un patient hospitalisé pour une exacerbation de bronchite chronique, privé d'alcool il présente des symptômes de sevrage. L'interne de garde, appelée en raison de son agitation, s'interroge également sur la prescription d'un traitement sédatif vu sa pathologie respiratoire et recherche une alternative aux BZD. Elle essaiera de calmer son anxiété par des méthodes de relaxation. Elle évoque dans « *les questions qui se sont posées* » le thème du « *sevrage en alcool chez le BPCO* ».

Les comorbidités cardiaques des patients apparaissent également être des sources de difficultés à propos de 2 points particuliers :

- l'indication d'une resynchronisation ventriculaire chez un patient porteur d'une myocardiopathie alcoolique et poursuivant son mésusage de l'alcool
- le traitement d'une fibrillation auriculaire induite par une IEA.

Un interne s'interroge sur les modalités du traitement d'une insuffisance cardiaque sévère chez un patient suspect de poursuivre sa consommation d'alcool. Devant la décompensation de sa « *myocardiopathie alcoolique* », la pose d'un défibrillateur triple chambre est prévue après son sevrage en alcool. Mais l'étudiant considère improbable la réalité de l'abstinence du patient et doute « *de l'intérêt d'augmenter les thérapeutiques jusqu'à la pose de matériel chez un patient ne suivant pas la condition de guérison qui est le sevrage alcoolique* ». Il sera soulagé par la décision du chef de service de maintenir cette intervention, ne pouvant se résoudre à « *laisser sortir ce patient alors qu'un traitement était disponible (...) même si le patient ne semblait pas avoir la motivation nécessaire pour améliorer sa fonction cardiaque avec le sevrage alcoolique* ».

Une autre interne reçoit aux urgences une femme de 60 ans en raison d'une « *alcoolisation aiguë au domicile compliquée d'un malaise sans perte de connaissance* ». Elle fêtait son anniversaire et, à cette occasion, avait bu plus que de coutume. Vers 3h, elle se sent mal et consulte aux urgences se plaignant de palpitations. L'électrocardiogramme révèle un rythme cardiaque en fibrillation auriculaire rapide, un traitement anti-arythmique permettra le retour à un rythme sinusal. Cependant, l'étudiante s'interroge sur la prise en charge qu'elle aurait pu proposer à cette patiente si elle l'avait reçue au cabinet de médecine générale.

La relation entre pathologie métabolique et trouble de l'usage de l'alcool est interrogée par une interne à propos du diabète. En effet, un patient « *alcoolique chronique sevré depuis 4 mois* », est admis aux urgences en raison du déséquilibre majeur de son diabète. L'équilibre glycémique se rectifie après majoration de l'insulinothérapie mais l'interne ne retrouve pas de facteur déclenchant et « *la décompensation diabétique de Mr B. reste inexplicée* ». L'étudiante se demande alors : « *en l'absence d'autres explications, le sevrage alcoolique pourrait-il être responsable de ses hyperglycémies ?* ». Elle constate ses lacunes sur le sujet (« *ma connaissance du lien entre alcool et diabète était très faible et je ne savais pas si son diabète était déséquilibré à cause de son alcoolisme sevré* ») et entreprendra des recherches bibliographiques pour y remédier.

Enfin, une interne perçoit sa méconnaissance de **l'ensemble des complications organiques du trouble de l'usage de l'alcool**. Sa réflexion fait suite à la prise en charge d'un patient hospitalisé pour une myocardiopathie décompensée et souffrant également d'une ascite infectée et d'une séquelle cérébrale frontale d'un traumatisme crânien. Il semble à l'étudiante que « *tout est lié* » et que le mésusage de l'alcool est à l'origine des différentes

atteintes organiques. Aussi, elle cherchera à connaître « *les principales complications somatiques de l'intoxication alcoolique chronique* ».

♦ Difficultés en rapport avec les comorbidités addictologiques (n=16 internes)

Les comorbidités addictologiques des patients sont sources de difficultés pour près d'un cinquième des auteurs. Les polyconsommations problématiques étant :

- alcool et tabac (10 internes) :
 - modalités du sevrage en alcool et en tabac
 - particularités de la co-addiction alcool-tabac
 - moyens d'aide au sevrage du tabac
 - diagnostic de la dépendance au tabac
- alcool et traitements de substitution aux opiacés (4 internes) :
 - modalités de prescription de la méthadone
 - modalités de prescription de la buprénorphine
 - prescription de buprénorphine chez la femme enceinte
 - sevrage en alcool d'un patient traité par méthadone
- alcool et polyconsommation (2 internes) :
 - moyens d'aide au sevrage en cannabis
 - accompagnement du sevrage d'addictions multiples
- alcool et benzodiazépine (1 interne), au sujet d'un cas de co-intoxication.

L'association d'une dépendance à l'alcool et au tabac chez les patients est source de difficultés pour plus de 10% des auteurs de scripts P+. Cinq d'entre eux s'interrogent sur l'organisation chronologique des deux sevrages. Ainsi, un interne rencontre un patient hospitalisé pour un sevrage en alcool, celui-ci est fumeur depuis l'adolescence et désire également mettre fin à son tabagisme. L'interne lui explique : « *Ce serait peut-être dur de tout arrêter en même temps, essayez de diminuer, mais concentrons-nous plutôt sur l'alcool* ». Dans l'analyse, il critique cet avis : « *mes conseils reposaient sur mon avis personnel, grade 0 des recommandations* ». Une autre interne assiste à une consultation d'addictologie menée par une interne en psychiatrie qui propose simultanément à sa patiente un sevrage en alcool et en tabac. L'étudiante fait part de son étonnement à sa collègue qui lui explique alors qu'« *ils font arrêter toutes les addictions en une fois* ».

Deux internes s'interrogent sur les particularités de cette double dépendance. Un auteur réfléchit en particulier à l'intensité de la dépendance au tabac chez les patients alcoolodépendants, un autre se questionne sur la fréquence de cette co-addiction.

Quatre internes remarquent leur méconnaissance des moyens d'aide à l'arrêt du tabac, l'un d'entre eux est, en particulier, hésitant sur les « *modalités de la prise en charge du tabagisme chez la femme enceinte* ».

Enfin, la question de la définition de la dépendance au tabac se pose à propos d'un patient qui « *ne se sent pas dépendant mais avoue quand même que ses tentatives d'arrêt se sont soldées par des échecs* ».

La dépendance à un TSO associée au mésusage de l'alcool apparaît comme la deuxième consommation problématique pour les étudiants. Trois internes prenant en charge des patients sous méthadone se questionnent sur leur possibilité de renouveler ce traitement en tant que médecin généraliste. Ainsi une étudiante remarque ses lacunes : « *je me suis demandée les conditions et modalités de prescription de ce traitement, si jamais j'étais amenée à la prescrire en ville* ».

Une autre interne est en difficulté pour renouveler une prescription de buprénorphine. Elle s'interroge davantage encore quand elle découvre la grossesse de sa patiente (« *J'avais débuté des recherches sur les grossesses sous buprénorphine lors de la découverte de sa grossesse mais je n'avais pas encore trop de données claires* »).

Enfin, un interne se questionne sur les particularités du sevrage en alcool d'un patient sous méthadone : « *comment réaliser le sevrage physique en alcool de Mr B, devrais-je prendre des précautions en raison de son traitement de substitution par méthadone ?* ».

Les situations de polyconsommations associées au mésusage de l'alcool sont également des situations difficiles pour les internes. Par exemple, une interne reçoit un jeune homme qui « *boit souvent de l'alcool de façon massive* », fume du tabac et du cannabis. Il souhaite « *arrêter de fumer et de boire* ». L'étudiante considère que « *l'alcool ne nécessitait pas un sevrage car il s'agissait d'épisodes irréguliers* ». Elle lui prescrit une substitution nicotinique mais le sevrage du cannabis lui pose problème : « *je n'ai pas de notion particulière et demande donc des conseils à mon maître de stage* ». Une autre interne reçoit en consultation un patient alcoolodépendant et consommateur de nombreuses autres substances (« *ecstasy, cocaïne, héroïne, LSD, kétamine, champignons hallucinogène, amphétamines* »). Il a réussi à mettre fin à sa consommation de tabac et souhaiterait « *ne plus prendre d'autres drogues* » et être aidé pour un sevrage en alcool. L'étudiante ne s'estime pas capable d'accompagner ce patient et lui explique « *qu'il sera mieux pris en charge par un addictologue pour ce qui concerne l'alcool et les autres drogues* ». Constatant sa déception suite à cette orientation, l'interne s'interroge sur le rôle du médecin généraliste dans l'accompagnement d'un sevrage en alcool en cas de polyconsommation associée.

Enfin, **une co-intoxication par l'alcool et les BZD** pose des difficultés à une interne qui prend en charge une patiente suite à une tentative de suicide. L'étudiante s'interroge sur la toxicité de cette association et sur les complications à rechercher. Il s'agit plutôt ici de l'association de deux intoxications que d'un co-addiction.

♦ Difficultés en rapport avec le diagnostic du mésusage (n=14 internes)

Près d'un auteur sur six témoigne de difficultés à établir le diagnostic du mésusage d'alcool de son patient. Deux sujets apparaissent problématiques :

- les définitions des mésusages de l'alcool (7 internes) :
 - définition de l'alcoolodépendance, le plus souvent
 - définitions des différents mésusages
 - définition du trouble de l'usage de l'alcool
- l'interprétation de la consommation déclarée d'alcool (CDA) (7 internes) :
 - doute sur la réalité de l'abstinence
 - suspicion de minimisation ou de déni devant une consommation déclarée « modérée ».

Les lacunes identifiées par les internes au sujet des **définitions d'un ou des mésusages de l'alcool** concernent le plus souvent les critères diagnostiques de la dépendance. Ainsi, un étudiant précise, à propos de son patient : *« je n'ai pas objectivé sa dépendance, je n'avais pas notion des échelles à notre disposition »*. La perception de cette insuffisance conduit certains internes à rédiger des problématiques sur ce sujet. Un auteur conclut : *« j'ai pu me familiariser avec les notions de dépendance, de sevrage et de craving qui ne sont pas suffisamment enseignées à mon avis dans les études médicales »*.

Un autre interne se questionne sur la définition des différents niveaux de mésusages, se référant à l'*« utilisation nocive »* décrite dans la CIM-10 (10^{ème} version de la Classification internationale des maladies) et à l'*« utilisation abusive »* d'après la définition du DSM-IV-TR (texte révisé de la 4^{ème} édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux).

Enfin une étudiante souhaiterait savoir décrire sa patiente alcoolodépendante selon les *« nouvelles définitions données aux troubles liés à l'alcool »*. Mais ses recherches ne définissent pas le trouble de l'usage de l'alcool.

L'interprétation de la CDA est décrite comme problématique par des internes qui doutent pouvoir se fier à la réponse de leur patient pour établir un diagnostic. Le plus souvent, l'interne s'interroge sur la valeur à accorder aux propos d'un patient dépendant qui déclare être devenu abstinent. Par exemple, un étudiant écrit : *« l'équipe paramédicale et moi suspicions une prise d'alcool cachée devant un comportement parfois agressif et sa présence près d'un bar (...) malgré le discours inchangé du patient »*. Ce doute gêne l'interne pour établir un diagnostic et une prise en charge adaptée.

Dans d'autres cas, c'est la déclaration d'une consommation modérée qui est perçue comme peu fiable, l'interne supposant qu'il s'agit d'une minimisation volontaire ou d'un déni. Ainsi, quand une patiente déclare boire *« quelques verres de whisky le soir »* et demande à l'interne de ne pas s'en préoccuper, celle-ci se sent frustrée de ne pas pouvoir estimer plus

précisément son mésusage. Elle exprime la gêne ressentie pour établir un diagnostic : « *le déni qu'elle exprimait nous aura empêché d'évaluer son degré de dépendance* ».

♦ Difficultés en rapport avec l'interrogatoire du patient (n=11 internes)

Certains auteurs décrivent leurs difficultés à interroger leur patient sur leur consommation d'alcool. Ces situations présentent 2 aspects complexes :

- aborder la question de la consommation d'alcool (7 internes) :
 - formuler une question sur la consommation
 - quantifier la consommation d'alcool
 - repérer un mésusage dans un contexte de soins non évocateur
- l'intervention d'un proche du patient (4 internes).

Les éventuelles difficultés relationnelles induites par ces entretiens seront décrites ultérieurement.

Aborder la question de la consommation d'alcool est décrit comme une situation problématique par 7 internes. Une première difficulté apparaît dans 4 scripts : le choix de la formulation d'une question permettant d'obtenir la CDA. Ainsi, une étudiante remarque dans le dossier d'un patient des anomalies biologiques qui lui laissent suspecter un mésusage de l'alcool. Elle décrit la suite : « *je lui demande s'il boit régulièrement de l'alcool, en essayant de formuler ma question avec le plus de tact possible, toujours mal à l'aise dans ce genre de situations. Mr P me répond simplement avec un petit sourire gêné : "c'est ça le problème". Sentant avoir touché un point sensible mais toujours inavoué jusqu'alors, je lui fais préciser le type d'alcool ainsi que la quantité consommée* ». Le patient se livre ensuite sur ses motivations à boire et sur une tentative récente de sevrage. L'entretien est initialement inconfortable pour le patient et l'interne mais s'avère finalement très productif.

Une autre interne reçoit une patiente pour une sciatgie, elle remarque son haleine œnologique mais « *n'arrive pas à engager la conversation* » au sujet de sa consommation d'alcool. Elle propose une nouvelle consultation pour surveillance de la sciatique et pour confirmer son impression. Elle décrit la scène : « *la semaine suivante, ma suspicion se confirme, ma patiente boit !* ». L'étudiante essaie alors d'abord d'approcher le sujet de façon détournée : « *Je lui demande (...) comment elle a occupé ses journées. Je me doute bien qu'elle ne va pas me dire qu'elle a bu de l'alcool, mais je ne sais pas trop comment aborder le sujet... Elle me répond qu'elle va chez le kiné et essaye de se reposer* ». Suite à cette tentative infructueuse, l'interne ose une formulation plus directe : « *Un peu tendue, je me lance : "Avez-vous consommé de l'alcool aujourd'hui ?" (...). Ses yeux s'arrondissent, se plongent dans les miens puis elle baisse la tête : "Comme tout le monde"* ». L'étudiante ne s'en tient pas là et demande à la patiente de lui décrire la consommation de « *tout le monde* » puis de quantifier la sienne et de l'estimer par rapport à une consommation « *normale* ». « *A ce moment-là un déclic se produit* » et la patiente lui fait part des reproches

de son mari qui, rentrant du travail, constate « *qu'elle est encore bourrée* ». Les questions d'abord hésitantes de l'interne se font ensuite plus claires et conduisent, ici aussi, la patiente à se livrer sur son addiction et ses conséquences.

Un troisième interne interroge la mère d'un nouveau-né hypotrope au sujet des facteurs de risque « *notamment la consommation des toxiques* ». L'étudiant est gêné d'aborder ce sujet, il précise les raisons de son malaise : « *c'était une mère fragile chez qui poser des questions sans faire culpabiliser ni être moralisateur était un vrai défi* ».

Une dernière étudiante renonce à interroger son patient sur l'alcool en raison de son déni présumé. Alors qu'il est hospitalisé pour la prise en charge d'une arthrite du genou, sa mère fait part à l'interne de sa suspicion d'une rechute de son fils. Il se « *dit être "guéri"* » de sa dépendance mais elle s'inquiète de retrouver « *des bouteilles vides depuis quelques mois* ». L'auteur rapporte leurs échanges ainsi que sa propre réaction : « *Elle n'ose pas aborder le sujet et me demande, à moi, d'intervenir. Sachant que le patient présente apparemment un déni, il me semble compliqué lors d'un interrogatoire d'arriver à ouvrir suffisamment de portes pour d'abord lui faire accepter son problème et deuxièmement lui faire accepter l'importance d'une prise en charge médicale* ». Ici, la seule supposition d'un déni du mésusage conduit l'interne à anticiper des difficultés telles qu'elle les estime insurmontables. Quand les internes ont su formuler une question sur la consommation d'alcool, la quantification peut ensuite poser problème. Les réponses des patients sont parfois imprécises, qu'ils soient incapables ou non désireux de donner une estimation chiffrée de leur boisson. Par exemple, un interne rapporte ainsi la consommation déclarée par un patient : « *3 verres de vin par jour + 1 verre de whisky et quelques alcoolisations massives dont je n'ai pas eu le détail* ». Dans un autre cas, une femme « *avoue consommer plusieurs verres le soir mais n'arrive pas à quantifier sa consommation* ». L'interne attribue cette incapacité au « *déni de sa pathologie alcoolique* » et s'interroge : « *comment aborder ce sujet souvent évité et banalisé chez les éthyliques ?* ». Enfin, un dernier patient donne des réponses évasives qui ne satisfont pas l'interne. Elle écrit : « *je n'arrive pas à obtenir une estimation précise de sa consommation car il fait digression à toutes mes questions concernant la quantité : "Je ne bois que quelques gouttes de vin par jour docteur"* » mais « *il reconnaît être un bon vivant* ». Il dira plus tard boire « *au moins 2 litres de vin rouge par jour ainsi qu'une dizaine de verres d'apéritif* ».

Une étudiante, déjà citée plus haut, décrit une dernière difficulté : penser à aborder la question de l'alcool y compris quand le motif de recours aux soins est sans rapport. En effet, elle repère le mésusage du patient à l'occasion d'une consultation pour un vaccin et s'inquiète du fait qu'elle aurait pu méconnaître le problème d'alcool si elle n'avait pas remarqué les anomalies biologiques. Elle tire une conclusion de cette expérience : « *Il faut savoir poser les bonnes questions (...) et dépister précocement les problèmes d'addiction alcoolique* ».

L'intervention des proches peut également compliquer l'interrogatoire du patient au sujet de l'alcool. Par exemple, une patiente de 40 ans est amenée par sa mère en consultation. « *La mère commence à parler et dit tout de suite d'un ton sec : "Elle a recommencé à boire"* ». Elle explique la situation, elle « *est visiblement énervée et l'exprime avec insistance devant sa fille, qui ne dit rien* ». L'attitude de la mère et sa monopolisation de la parole gênent le médecin qui cherche à s'entretenir avec la patiente des « *raisons de sa reprise* ». Dans ce contexte, les étudiants font part de difficultés liées à la présence d'un proche mais parviennent finalement à rediriger l'entretien vers le patient.

Une autre interne rapporte ses difficultés à établir un dialogue constructif avec un patient suite à l'intervention de son épouse. Lors d'une visite, celle-ci révèle à l'insu de son mari : « *il boit docteur* ». Quand l'étudiante et son maître de stage abordent « *la question de l'alcool* », le patient étonné se défend : « *faut pas exagérer je suis pas un alcoolique quand même* » puis sa femme commente : « *pour moi 3 verres par jour c'est trop* ». L'interne estime que « *cette confrontation rend la situation plutôt gênante* » et remarque que « *ce n'était pas le moment idéal même si c'est celui-là qu'a choisi sa femme pour nous faire sa confiance* ».

Dans une dernière situation, l'intervention d'un proche rend la position de l'interne plus complexe encore. Après quelques jours d'hospitalisation, l'alcoolodépendance d'une patiente de 70 ans se révèle par un DT, l'auteur écrit alors : « *C'est son conjoint qui nous a discrètement confirmé l'éthylisme chronique de Mme L, mais nous a demandé de ne jamais en parler devant elle et de ne jamais y faire allusion, elle était dans le déni* ». Cette demande de silence met l'interne dans un grand embarras. Elle écrit : « *je n'ai pas su vraiment comment réagir* ». Alors qu'elle avait initialement essayé d'évoquer le sujet de l'alcool avec la patiente, elle n'osera plus aborder la question. La demande du fils entraîne ici le silence du médecin qui accepte de « *respecter* » le déni supposé du patient.

♦ Difficultés en rapport avec les comorbidités psychiatriques (n=9 internes)

Cinq sujets sont sources de questionnement pour les étudiants :

- le risque suicidaire et les conduites suicidaires (4 internes) :
 - évaluation du risque suicidaire
 - difficultés à écouter la douleur morale
 - prise en charge de la crise suicidaire
 - prise en charge du suicidant en médecine générale
- le trouble bipolaire (2 internes) :
 - critères diagnostiques
 - influence sur le pronostic alcoolologique
- les troubles anxieux (1 interne) : traitement anxiolytique par BZD et modalités du sevrage
- le trouble psychotique associé à un défaut d'observance des soins (1 interne)
- l'anorexie mentale et ses liens avec l'alcoolodépendance (1 interne).

Le risque et les conduites suicidaires sont les situations psychiatriques les plus souvent problématiques. Trois auteurs détaillent leurs difficultés à évaluer ce risque. Ainsi, un interne en stage chez Médecins du Monde reçoit un patient alcoolodépendant, « *le trouvant un peu abattu* », il l'interroge sur son moral. Le patient lui répond qu'il se sent « *inutile, bon à rien et ne pas mériter de continuer à vivre* ». A la question « *Vous songez à en finir ?* » il répond par l'affirmative. L'interne ne sait comment réagir et cherche de l'aide auprès du médecin senior, ses pensées étant : « *Là çà craint un peu... On l'hospitalise ? Il va vouloir ? Au secours...* ». Le patient refusera une hospitalisation en psychiatrie, expliquant qu'« *il doit aller faire ses courses car son frigo est vide* ». Cette réponse rassure le maître de stage qui explique à l'étudiant : « *Quand on pense à la bouffe c'est que çà va !* ». Dans l'analyse, l'interne identifie son « *manque de pratique dans l'évaluation du risque suicidaire* » et précise qu'il avait davantage l'expérience des patients vus « *après une tentative de suicide aux urgences* ».

Ecouter la douleur morale d'un patient dépressif s'est avéré particulièrement pénible pour une étudiante. Elle reçoit aux urgences une jeune femme suite à une intoxication médicamenteuse volontaire dans un contexte d'IEA. Elle décrit ainsi leurs échanges : « *l'interrogatoire se traduit par une débâcle de pleurs et une rafale de souffrance morale envoyée en pleine tête* ». Ne se sentant pas capable d'écouter cette douleur ni de répondre à la « *demande de soutien* », elle décrit sa stratégie : « *je me raccroche au somatique (rassurant et m'évite d'avoir à écouter ses geignements). Malheureusement pour moi, elle n'émet aucune plainte à ce niveau* ». Après s'être intéressée aux aspects organiques de l'intoxication, il lui faut « *admettre que le danger n'est pas physique* » et qu'elle doit se « *pencher un minimum sur la question du psychisme* ». Elle dépeint une scène « *humainement difficile à supporter (...) puisque la patiente réitérait des menaces suicidaires et recherchait un soutien humain* ». Malgré les difficultés vécues, l'étudiante ne développera pas de problématique sur ce sujet.

La prise en charge de la crise suicidaire apparaît problématique à un interne qui rencontre aux urgences un homme de 40 ans « *ayant manifesté pour la première fois devant sa femme la volonté de mourir* ». Il décrit à l'interne « *un souffrance morale [qui] s'est aggravée ces derniers temps jusqu'à devenir insupportable* ». « *Il souffre d'une addiction à l'alcool depuis 10 ans* » et, ce jour, « *a bu 2 litres de bière et un demi bouteille de whisky* ». Enfin, il répète « *sa douleur, sa volonté d'en finir* » et souhaite que l'on écoute son « *calvaire comme le vétérinaire l'a fait il y a quelques jours pour son chat* ». L'étudiant hésite sur la prise en charge, se demande s'il doit hospitaliser le patient en psychiatrie et prend conseil auprès d'un médecin senior. Dans l'analyse, il identifie son défaut de compétence : « *a posteriori j'étais tout à fait insatisfait de ma prise en charge de ce patient* ». Il explique manquer de références au sujet de la crise suicidaire : « *Si la prise en charge d'une TS aux urgences est en général bien protocolisée, je ne sais pas s'il existe des recommandations dans la prise en charge d'un patient n'étant jamais passé à l'acte* ».

Enfin une interne se projette dans sa pratique future après avoir perçu sa difficulté à s'entretenir avec une patiente suicidante aux urgences ; elle souhaite améliorer ses compétences pour « *la prise en charge d'un patient suicidant en médecine générale* ».

Le trouble bipolaire est la deuxième comorbidité psychiatrique posant des difficultés aux internes. Une étudiante remarque sa méconnaissance des critères diagnostiques alors qu'elle assiste à une consultation d'addictologie et que la psychiatre décrit, au sujet d'une patiente suivie pour un trouble bipolaire, un « *épisode dépressif avec des traits mixtes* ». Elle s'aperçoit qu'elle ne se souvient plus « *des critères diagnostiques du trouble bipolaire avec ses différents types* ». Aussi, elle rédigera une problématique au sujet des définitions des troubles bipolaires type I et II. Un autre interne s'interroge sur l'influence du trouble bipolaire sur le pronostic alcoolologique après avoir assisté à la consultation en CMP d'un patient alcoolodépendant présentant un trouble bipolaire et n'envisageant pas l'arrêt de sa consommation d'alcool.

Les troubles anxieux associés au mésusage de l'alcool sont plus rarement à l'origine de difficultés. Une étudiante se questionne sur la prescription de BZD dans l'hypothèse du sevrage en alcool d'un patient déjà sous BZD pour des manifestations anxieuses.

Les troubles psychotiques des patients posent problème à une interne qui fait part de sa difficulté à envisager leur suivi ambulatoire en raison de leur manque d'observance. Elle rapporte le cas d'une patiente alcoolodépendante présentant un trouble psychotique « *non étiqueté* » suite à son refus de tout suivi psychiatrique. Celle-ci consulte pour des céphalées, elle est « *très agitée, en pleurs (...), semble perdue* » et dit avoir bu la veille 4 litres de vin. Elle est récemment sortie d'hospitalisation sans consentement, ne suit pas l'accompagnement mis en place ni la prescription médicamenteuse. Par contre, elle a pris 4 comprimés de SOLIAN® pour calmer ses céphalées. A l'issue de la consultation, l'étudiante s'interroge sur ses capacités à suivre de tels patients en tant que médecin traitant.

L'anorexie mentale et ses liens avec le mésusage de l'alcool interrogent une interne. Elle fait la connaissance d'une patiente anorexique et alcoolodépendante et perçoit la complexité de la prise en charge de ces pathologies intriquées. Suivie depuis plusieurs années pour son mésusage et son anorexie, la jeune femme était devenue abstinente, avait repris du poids et était même tombée enceinte. Suite à une fausse couche tardive, elle « *a repris une consommation d'alcool d'une bouteille de vin par jour* ». L'interne exprime la difficulté de proposer des soins concernant simultanément : « *l'anorexie-boulimie, l'intoxication alcoolique chronique et le deuil de son enfant* ». Elle précise sa pensée : « *chacune de ses pathologies était intriquée et ne pouvait être traitée sans prendre en compte les autres* ».

♦ Difficultés en rapport avec l'objectif de soins (n=8 internes)

La détermination d'un objectif de soins addictologique se révèle complexe dans 4 situations :

- la demande de soins pressante à l'occasion d'une IEA (2 internes)
- l'absence d'objectif envisageable (2 internes)
- les objectifs alcoologiques dans le cadre d'un traitement par baclofène (2 internes)
- la poursuite ou la diminution d'une consommation modérée justifiée par le patient par son bénéfice cardiovasculaire (2 internes).

La demande de soins pressante à l'occasion d'une IEA est une situation dans laquelle deux internes décrivent leurs difficultés à définir l'objectif des soins addictologiques. Ainsi, un homme de 28 ans est amené aux urgences en état d'ébriété par les pompiers. Il explique à l'étudiant : « *Docteur, je sais que je ne m'en sors pas, mais justement c'est bien que je sois là parce que je veux vraiment arrêter. (...) Vous comprenez, depuis que mon père est mort, et la prison en plus, là ma copine est partie (...) regardez comme ça ne va pas, il faut m'hospitaliser* ». L'interne « *impressionné par tant d'assurance et de demandes* » aimerait y répondre mais estime qu'organiser un sevrage « *sans préparation* » ne serait pas pertinent. Apprenant qu'il ne sera pas hospitalisé, le patient fugue. Il revient accompagné de son frère qui réclame également une hospitalisation. L'interne propose finalement une surveillance au SAU et une consultation d'addictologie le lendemain afin d'organiser un sevrage. Mais cette solution ne le satisfait pas lui-même car il est « *convaincu qu'un sevrage seul (...) est voué à une rechute rapide* ». Dans ces situations de crise, les internes sont en difficulté pour définir un objectif de soins pouvant bénéficier au patient dans l'immédiat et satisfaire son entourage.

L'absence d'objectif envisageable est évoquée par deux étudiants à propos de patients sans désir de sevrage ou d'un accompagnement quelconque. Par exemple, un interne assiste à la consultation d'un patient suivi pour trouble bipolaire et dépendances multiples. Il « *est conscient des conséquences graves qu'a sa consommation d'alcool sur sa vie sociale, professionnelle et affective. Cependant il n'est pas dans une démarche de sevrage (...) pour lui, la solution est l'arrêt du travail* ». L'interne ne parvient pas à définir d'objectif envisageable pour ce patient ni de soins qui pourraient lui être bénéfiques. Il décrit ainsi son pessimisme sur l'évolution prévisible : « *je reste sceptique en ce qui concerne un hypothétique sevrage alcoolique. La complexité de la situation, l'absence de volonté de Mr G et sa comorbidité psychiatrique ne laissent pas entrevoir de perspectives d'amélioration.* ». Ces situations dans lesquelles les étudiants ne parviennent pas à définir un objectif réaliste pour leur patient engendrent des sentiments d'impuissance, de colère, de frustration voire un pessimisme et l'abandon de tout projet de soins.

L'objectif alcoologique dans le cadre d'un traitement par baclofène pose des difficultés aux internes qui méconnaissent la possibilité d'envisager une « réduction majeure de la consommation jusqu'au niveau faible »⁷. Ainsi, un patient est hospitalisé pour une pancréatite aiguë, il décrit son alcoolodépendance et son souhait de poursuivre sa consommation (« *il avait déjà arrêté les drogues, cannabis, cocaïne, alors il ne pouvait pas se priver de tout, il avait décidé de garder l'alcool et le tabac* »). Au cours du séjour il demande si on peut lui prescrire « *le traitement pour arrêter de boire* » espérant « *diminuer sa consommation* ». Devant cette demande de baclofène et de réduction de sa consommation d'alcool, l'interne répond que ce traitement ne pourra lui être délivré car il doit « *être pris dans une démarche d'arrêt de l'alcoolisation* ». Plus loin, il hésite sur la justesse de sa réponse et remarque qu'il « *ne connaît pas les indications du baclofène* ».

La poursuite d'une consommation « modérée » justifiée par le patient par son bénéfice cardiovasculaire pose également problème à deux étudiants. Doivent-ils conforter leur patient ou les orienter vers une diminution de leur consommation ? Un homme de 45 ans est hospitalisé suite à une infection alimentaire, une hypertension artérielle est constatée. Il est fumeur, présente une dyslipidémie et décrit une consommation de « *un à deux verres de vin rouge par jour ainsi que des apéritifs type whisky et pastis le week-end* ». Lorsque l'interne l'informe du « *risque d'une consommation excessive d'alcool* » le patient rétorque « *qu'on entend dire partout que consommer un à deux verres de vin par jour protège des maladies cardio-vasculaires* ». L'étudiant ne sait pas que répondre ni quel objectif conseiller. Il n'abordera plus le sujet mais il s'interroge : « *Comment se positionner face aux demandes des patients quant à une consommation modérée d'alcool et à son éventuel bénéfice ? Peut-on décemment recommander une consommation modérée d'alcool ?* ».

♦ Difficultés en rapport avec l'examen clinique (n=5 internes)

Des difficultés liées à un manque de connaissances séméiologiques sont rarement décrites, elles concernent 4 sujets :

- le syndrome de sevrage (2 internes)
- le dépistage clinique des complications neurologiques (1 interne)
- les signes cliniques de l'encéphalopathie de Gayet-Wernicke (1 interne)
- les signes cliniques des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (1 interne).

Le syndrome de sevrage est la question clinique la plus souvent citée. Une interne se projette dans le suivi d'un patient en sevrage et cherche à identifier les signes cliniques qui

⁷ La « réduction majeure de la consommation d'alcool jusqu'au niveau faible de la consommation tel que défini par l'OMS chez les patients alcoolo-dépendants à haut risque et en échec des traitements disponibles » est l'une des deux indications du baclofène dans la dépendance à l'alcool, définies par la recommandation temporaire d'utilisation (RTU) publiée en 2014 par l'ANSM [47].

doivent l'alerter. Une autre étudiante s'interroge sur la description du syndrome de sevrage alors qu'elle rencontre un patient ayant arrêté brutalement sa consommation depuis 7 jours.

Le dépistage clinique des complications neurologiques de la consommation d'alcool pose question à une interne. En visite à domicile, elle rencontre un patient alcoolodépendant et agressif. Rétrospectivement elle se demande quels signes cliniques auraient pu l'orienter vers un trouble neurologique lié à l'alcool et expliquant son comportement.

Les signes cliniques de l'encéphalopathie de Gayet-Wernicke ne sont pas reconnus par une interne qui déplore avoir dû recourir à une recherche sur Google© pour évoquer le diagnostic : « *A ce moment-là je ne me suis pas sentie fière du tout !* ». En effet, elle avait noté chez un patient alcoolodépendant un syndrome confusionnel associé à une paralysie oculomotrice mais n'avait pas identifié le syndrome.

Les signes cliniques des TCAF sont méconnus d'une interne qui ne remarque par la dysmorphie faciale d'un nouveau-né alors que la pédiatre évoquera un SAF devant sa « *drôle de tête* ». L'étudiante constate que ses « *connaissances sur le syndrome d'alcoolisation fœtale étaient très limitées* ». La rédaction d'une problématique l'amène à s'engager à l'« *évoquer comme une hypothèse à vérifier* » devant « *des enfants présentant des dysmorphies cranio-faciale ou des retards dans les apprentissages* ».

♦ Difficultés en rapport avec les examens complémentaires (n=5 internes)

Un manque de connaissances concernant les examens paracliniques est identifié à propos des 3 sujets suivants :

- les examens biologiques (3 internes) :
 - interprétation des résultats
 - indication dans la surveillance du sevrage ambulatoire
 - indication dans la surveillance de l'abstinent secondaire et modalités
- le dépistage paraclinique des complications organiques du trouble de l'usage de l'alcool (1 interne)
- le résultat d'imagerie cérébrale dans l'encéphalopathie de Gayet-Wernicke (1 interne).

Les examens biologiques représentent le sujet le plus souvent problématique parmi ceux liés aux examens complémentaires. Ainsi, un interne s'interroge sur la signification à donner aux résultats biologiques confrontés aux propos de son patient. Il écrit : « *Mr D me dit ne pas boire régulièrement, cependant son VGM et ses γ GT sont élevés* ».

L'intérêt des examens biologiques dans la surveillance du sevrage ambulatoire pose question à un étudiant qui remarque que son maître de stage prescrit des dosages mensuels

du bilan hépatique, du VGM et de la CDT à un patient initiant un sevrage. L'interne, surpris, cherche à s'assurer de l'indication et du contenu du suivi biologique dans ce contexte.

Enfin, la surveillance biologique du patient abstinent secondaire embarrasse une étudiante. Elle reçoit une patiente affirmant ne plus boire depuis 8 jours et lui prescrit un dosage de la CDT afin de s'assurer de la réalité de l'abstinence. Mais cette prescription, non expliquée à la patiente, entraîne un sentiment de culpabilité. Il lui semble qu'elle trahit sa confiance en cherchant à vérifier, à son insu, la véracité de ses propos. Cette impression la conduit à développer une problématique sur les indications d'une surveillance biologique chez le sujet abstinent et à insister sur la nécessité d'explicitier les raisons des dosages au patient.

Le dépistage paraclinique des complications organiques du trouble de l'usage de l'alcool est évoqué par une interne ayant soigné un patient hospitalisé pour un sevrage. Les habitudes du service étaient de prescrire systématiquement à ces patients une radiographie du thorax, une échographie abdomino-pelvienne et une fibroscopie œso-gastro-duodénale. Elle se demande s'il ne serait pas justifié d'ajouter à ce bilan une consultation ORL.

Les résultats d'imagerie cérébrale dans l'encéphalopathie de Gayet-Wernicke sont méconnus d'une étudiante qui souhaiterait s'instruire sur les anomalies attendues à l'IRM.

3.4.4.3. Difficultés relationnelles

Les difficultés relationnelles représentent le deuxième domaine de difficultés identifié. Quarante auteurs (45%) y font allusion, de façon directe ou plus discrète.

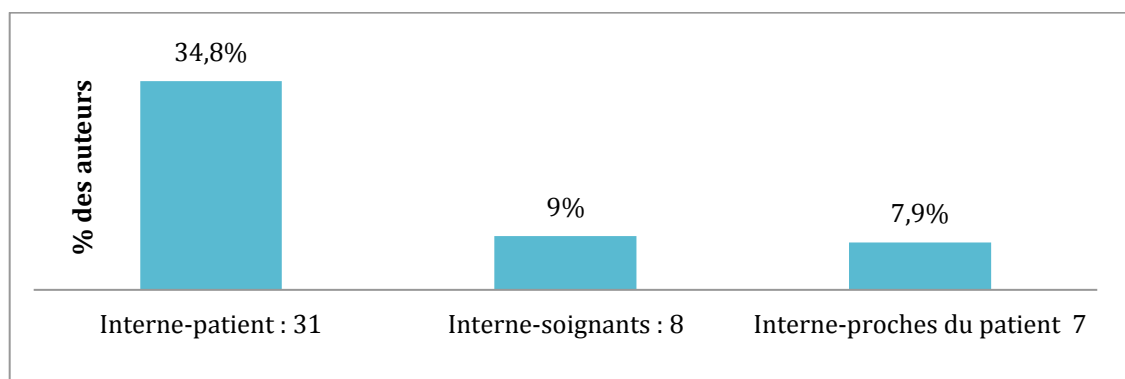


Figure 10: Difficultés relationnelles rencontrées par les IMG : proportion des auteurs concernés selon la relation problématique (%) (n=89)

Etude des 187 PF des IMG de la promotion 2014 de Bordeaux

La relation interne-patient est la relation la plus fréquemment décrite comme problématique, elle est source de difficultés pour plus d'un tiers des auteurs de scripts P+.

Plus rarement, les étudiants rapportent des difficultés relationnelles rencontrées avec des soignants ou encore avec l'entourage du patient.

♦ Difficultés dans la relation interne-patient (n=31 internes)

La gêne dans la relation que les internes cherchent à établir avec leurs patients est perceptible dans les situations suivantes :

- opposition aux soins proposés (13 internes)
- difficultés de communication (8 internes)
- agressivité du patient (7 internes)
- « déni » du mésusage de l'alcool (4 internes)
- sentiment d'une trop grande proximité relationnelle avec le patient (3 internes)
- dissimulation de la consommation de produits psychoactifs (1 interne).

L'opposition du patient aux soins proposés se traduit par :

- le refus d'une hospitalisation (le plus souvent suivi de négociations, plus rarement suivi d'une sortie conflictuelle)
- le refus d'un accompagnement addictologique
- l'absence d'adhésion à la proposition de diminution d'une consommation nocive.

Les difficultés liées à l'opposition du patient aux soins proposés concernent le plus souvent le refus d'une hospitalisation ou de sa poursuite. Dans deux tiers des cas, ce refus est suivi de négociations et d'une prolongation du séjour ou de l'organisation de soins ambulatoires. Ainsi, un homme de 56 ans est admis aux urgences suite à une crise convulsive, il est alcoolisé et présente un antécédent d'« *éthylotabagisme* ». L'imagerie cérébrale révèle l'existence de lésions suspectes d'être des localisations tumorales. Alors que l'interne souhaite le réinterroger, « *le patient décide subitement que son séjour à l'hôpital a suffisamment duré et qu'il veut rentrer chez lui* ». L'étudiant rapporte alors « *une très longue discussion* » en présence du médecin senior et précise leurs arguments, « *notamment le fait qu'il est trop alcoolisé pour (...) rentrer chez lui. (...). A force de persévérance, et avec l'aide de la famille venue en renfort* », le patient finit par se laisser convaincre. Mais, à peine hospitalisé, il souhaite « *quitter le service sans plus attendre* » et, de nouveau, l'interne cherche à l'en dissuader. Il décrit leurs échanges : « *la volonté du patient de sortir ainsi que de conduire m'amènent à en dire beaucoup plus que je ne le souhaiterais. Le terme de cancer fini par être lâché (...) et l'effet est violent* ». Le chef de service intervient alors « *avec beaucoup plus de finesse et de tact (...) et laissera au patient le choix de sortir ou non* ». Le refus renouvelé du patient a conduit l'interne à révéler de façon brutale et inappropriée l'existence d'un probable cancer. Il remarque l'attitude différente de son chef de service, prêt à autoriser une sortie précoce (« *ce que je ne m'étais pas permis de faire* »), et en conclut : « *il est important d'être à l'écoute du patient y compris lorsque le rapport est conflictuel* ». Dans un autre script, l'interne est mécontent d'avoir « *cédé* » face au désir de son patient de

quitter le service, il ressent le besoin d'évoquer cette situation avec son propre médecin traitant.

D'autres patients quittent l'hôpital sans l'accord de l'équipe médicale, ainsi deux patients fuguent et un troisième sort contre avis médical. Un patient alcoolodépendant est admis aux urgences suite à la décompensation d'une insuffisance cardiaque. Malgré les explications de l'interne sur la nécessité d'une hospitalisation, il quitte le service « *pour revenir 3h après et accepter enfin d'être hospitalisé* ». Cet aller-retour est qualifié de « *début un peu difficile* » dans le relation de soins puis l'étudiante décrit un patient qui « *s'est montré de bonne volonté* », avec lequel elle a pu « *nouer une relation de confiance* » et aborder « *tous les sujets (...) dont l'alcool* ». Une autre interne décrit son sentiment d'échec face à un patient alors qu'elle « *assiste impuissante à son départ* » contre avis médical.

Le refus d'un accompagnement alcoologique est la deuxième circonstance d'opposition aux soins posant problème aux étudiants. Ils évoquent leurs sentiments de déception, de frustration, de colère ou d'impuissance provoqués par un tel refus. Ainsi, une femme de 63 ans est hospitalisée après avoir été retrouvée inconsciente et alcoolisée dans un domicile insalubre. Après avoir repris connaissance et reçu les premiers soins, elle fait part à l'interne d'un « *problème avec l'alcool* » depuis le décès de son mari, 17 ans plus tôt. L'auteur décrit la complexité de la situation : « *Concernant son alcoolisme, elle reste lucide, elle en a conscience. (...) Cependant elle ne souhaite absolument pas s'arrêter. Nous lui proposons une prise en charge adaptée d'addictologie. Son refus est catégorique !!* ». L'étudiant exprime alors son sentiment d'échec à apporter des soins efficaces : « *nous n'avons pas réussi à mettre le pied dans la porte pour obtenir une prise en charge de son principal problème : un alcoolisme chronique compliqué d'un syndrome de Diogène* ». Finalement, la patiente acceptera une postcure : « *Dernière chance inattendue !* ».

Certains patients s'opposent à un accompagnement médical du sevrage estimant pouvoir arrêter seuls leur consommation. Ainsi, une interne en stage au SAMU social, découvre les analyses biologiques d'un patient « *alcoolique dépendant* » et lui explique qu'il existe des anomalies « *en faveur d'une consommation régulière d'alcool* » et « *des risques de développer une cirrhose* ». Le patient fait alors le récit de son addiction et d'une période d'abstinence plusieurs années auparavant. L'étudiante décrit leurs échanges : « *Nous lui proposons de voir un psychiatre pour éventuellement parler d'un sevrage, il refuse de manière catégorique. Il veut arrêter tout seul.* ». Elle évoque alors sa déception devant l'absence d'adhésion aux soins proposés. Elle reverra le patient le lendemain d'une consultation avec son cardiologue et sera surprise d'apprendre qu'il a mis fin à sa consommation, sans accompagnement. En effet, il lui annonce « *qu'il est à l'eau depuis la veille. Pourquoi ? Car le cardiologue lui a expliqué que s'il continuait à boire son foie allait mourir (...) quand un cardiologue énonce ce genre de chose on ne peut qu'arrêter immédiatement de boire !!!* ». L'étudiante est interloquée par la soudaineté de la décision du

patient et par l'efficacité apparente des paroles du cardiologue mais elle ne revient dans l'analyse sur ce choix brutal.

Le refus de diminuer une consommation d'alcool apparaît plus rarement comme une source de difficultés. Une étudiante décrit une relation se transformant en confrontation avec son patient suite à ce désaccord : « *Mr A m'a à nouveau prise pour une "rigolote" (...). J'étais un peu désabusée de la situation et j'avais vraiment l'impression de parler à un mur* ».

Les difficultés de communication des patients, entravant l'établissement d'une relation avec l'interne, sont décrites dans 3 circonstances :

- un syndrome confusionnel, le plus souvent
- une prostration
- des troubles cognitifs.

Le plus souvent, les difficultés de communication sont expliquées par l'existence d'un syndrome confusionnel, que celui-ci soit directement lié à la consommation d'alcool ou à son manque ou encore à l'interaction avec un traitement. Ainsi, les étudiants ne parviennent pas à établir un dialogue cohérent avec des patients en état de DT. Les échanges étant impossibles (« *En effet, impossible d'évaluer la quantité consommée et ses antécédents* »), ils cherchent d'autres sources d'information et se tournent notamment vers les proches du patient. La communication avec des patients admis aux urgences suite à une IEA s'avère également difficile à établir dans deux scripts. Un auteur décrit ainsi sa rencontre avec un patient ivre : « *l'interrogatoire est impossible, Tom étant dans un état visiblement très alcoolisé et ne s'exprime que par des grognements* ». Quelques heures plus tard le dialogue pourra s'engager.

Enfin, un dernier interne rapporte le cas d'une patiente dont la vigilance est altérée en raison de l'association d'un traitement antidépresseur à une consommation chronique d'alcool.

L'état de prostration de deux patients, décrits dans une attitude de repli, suite à une rechute dans leur consommation d'alcool, représente également une gêne dans l'établissement d'une relation de soins. Par exemple, il s'avère délicat, pour un interne, de nouer le dialogue avec une patiente qui « *semble prostrée, honteuse (...) totalement en retrait durant le discours de sa mère* » qui l'accompagne. Finalement, il « *réoriente le dialogue vers la patiente* » et réussit à lui donner la parole. Au terme du récit, il témoigne de sa difficulté à supporter la douleur perçue : « *Cette situation a été éprouvante du fait de la situation de détresse exprimée, principalement de manière non verbale par la fille* ».

Enfin, une étudiante éprouve des difficultés à communiquer avec un patient en raison de ses troubles cognitifs. Elle constate, après son sevrage, qu'« *il restait très ralenti, avec des difficultés à s'exprimer* ». Quand elle tente d'évoquer avec lui son mésusage de l'alcool leurs échanges sont limités : « *Je n'ai pas réussi à avoir de discussion avec lui, il parlait peu* ». Elle attribue ce ralentissement aux effets de sa consommation chronique d'alcool.

L'agressivité, physique ou verbale, du patient est décrite par les internes comme gênant l'établissement d'une relation de soins dans 3 contextes différents :

- patient tenant des propos agressifs ou déplacés
- refus de l'examen clinique
- patient physiquement agressif.

Le plus souvent, les auteurs décrivent des patients qui s'expriment sur un ton agressif ou tiennent des propos déplacés. Ainsi, une étudiante fait une visite chez un patient se plaignant de céphalées et de fièvre. L'homme de 43 ans la reçoit dans un intérieur particulièrement sale et encombré, dans le désordre duquel elle remarque des bouteilles de whisky vides. Le patient, alcoolisé, lui explique alors « *qu'il est célibataire et qu'il n'a pas l'habitude d'avoir une jolie jeune fille dans sa maison* ». L'interne coupe court à la conversation, lui faisant remarquer que ses propos sont déplacés, puis l'examine. Après qu'elle a diagnostiqué une sinusite maxillaire, il lui demande de prescrire un traitement pour son chien, l'interne refuse et souhaite partir mais la porte est fermée. Elle retranscrit l'échange : « *Mr D me regarde et ajoute qu'il ne m'ouvrira pas la porte tant que je ne prescrirai pas de gouttes pour son chien (...). Il continue de refuser jusqu'à ce que j'élève la voix et que je lui redemande, non sans une légère agressivité, de me laisser partir car j'ai une urgence qui m'attend* ». Dans l'analyse, l'étudiante rapporte sa difficulté à gérer ce comportement inapproprié : « *je me suis retrouvée face à un patient alcoolisé qui a eu des propos déplacés et un comportement agressif. Ces propos déplacés m'ont mise mal à l'aise et ont interféré dans le relation médecin malade (...), devant son comportement agressif je n'ai pas su comment réagir* ». Aussi, elle rédigera une problématique intitulée : « *Comment réagir face à un patient au comportement agressif ?* ».

Une autre interne, déjà citée, évoque des propos qu'elle juge inappropriés de la part d'un patient et qui ont perturbé leur relation. Elle reçoit en consultation un jeune homme pour le renouvellement d'un arrêt de travail suite à une arthrodèse lombaire. « *La consultation démarre tout à fait normalement* », elle renouvelle l'arrêt puis il lui explique « *qu'il se sent moins bien sur le plan de l'humeur depuis qu'il a arrêté le tabac (...) et qu'il tente d'arrêter l'alcool* ». En raison du « *contexte de poly-addictions* » du patient, l'étudiante préfère l'adresser à un addictologue pour son servage. Elle entend alors : « *Des fois, il suffirait juste d'un peu d'humanité...* ». Elle est « *interloquée* » par « *cette remarque particulièrement mal venue* » alors qu'elle a « *justement l'impression d'avoir creusé la situation* ». Elle décrit son changement d'attitude : « *je préfère mettre un terme rapide à la consultation, avec une certaine froideur que je n'ai pas l'habitude d'afficher face à un patient !* ». Déroutée par cette consultation, elle présentera la situation devant un groupe type Balint, comme nous l'avons vu précédemment.

Dans deux autres récits, les étudiants sont confrontés à des patients agressifs et refusant l'examen clinique. Ainsi, un patient agité en raison d'un syndrome de sevrage « *brandit sa*

canne » lorsque l'interne souhaite l'examiner. Ayant retrouvé son calme après un traitement sédatif, l'examen clinique deviendra possible « *malgré sa réticence* ». Cependant, son refus initial a interpellé l'interne qui s'interroge sur l'influence de cette opposition sur la qualité de sa prise en charge.

Un dernier auteur accueille un adolescent ivre aux urgences. Il est « *surpris pas son agressivité* » et ne parvient pas à établir une relation empathique dans ces conditions.

Le « déni » des patients de leur mésusage de l'alcool est plus rarement évoqué comme source de difficultés relationnelles. Deux points problématiques sont mentionnés :

- les réactions d'irritation des patients en réponse à la question sur la CDA
- le « déni » d'un patient et la demande d'un proche de le « respecter ».

Le plus souvent, les étudiants rapportent les réactions d'agacement de leur patient suite à une question posée sur leur consommation d'alcool. Cet échange est un début difficile dans la relation et conduit l'interne à abandonner plus ou moins rapidement le sujet. Ainsi, un patient est hospitalisé en raison de chutes répétées, son médecin traitant décrit comme seul antécédent : « *un alcoolisme chronique avec à son actif déjà 2 tentatives de sevrage, mais à chaque fois, suivies d'une rechute* ». L'interne qui l'interroge n'apprend « *rien de bien intéressant, si ce n'est qu'il nie farouchement avoir eu des problèmes d'alcool* ». Elle poursuit : « *ma question sur l'alcool semble l'avoir bien contrarié, je décide alors de m'excuser afin de ne pas rompre tout dialogue* ». Elle ne reviendra plus sur le sujet. Relisant son portfolio, elle s'interroge sur son vécu et sur la qualité de la relation établie avec le patient : « *je trouve dommage de ne pas m'être posée la question de ce que m'avait fait ressentir ce patient qui se détruit à petit feu de part sa consommation d'alcool... je ne suis pas certaine d'avoir été très empathique... Si je l'avais été peut-être m'aurait-il confié son problème de dépendance !* ». A posteriori, l'étudiante évoque donc le rôle de l'attitude du soignant dans la capacité du patient à faire part de son problème d'addiction. Une autre patiente est interrogée, avec précaution, par une interne qui, devant les résultats biologiques, « *suspecte* » un « *alcoolisme chronique* ». Malgré le désir de ne pas « *froisser* » sa patiente, sa question déclenche une réaction hostile (qu'elle s'explique par son « *déni* ») : « *Agacée, elle me répond : "Qu'est-ce que ça peut bien vous faire de toute façon que je boive quelques verres de whisky le soir à l'apéro ?"* ».

Dans un autre cas, le déni supposé d'une patiente est « *protégé* » par la demande d'un proche, cette intervention conduit à l'échec de la tentative d'élaboration d'une relation de confiance (« *Je me suis dit qu'en gagnant la confiance de la famille je pourrais accéder à celle de la patiente (...), de toute évidence je me trompais* »). L'interne ressent l'anomalie de cette injonction de silence qui la conduit à sortir de son rôle de soignant, « *il y a là un réel problème d'attitude du médecin envers le patient : le déni du patient entraîne le déni du médecin* ».

Le sentiment d'une trop grande proximité relationnelle avec le patient est décrit comme un facteur gênant la relation de soins dans 3 situations :

- identification suggérée par le patient
- situation évoquant une expérience personnelle
- patient connu antérieurement, en dehors d'un contexte médical.

Une jeune femme est hospitalisée pour un sevrage en alcool suite à une rechute déclenchée par la perte de l'enfant qu'elle portait. Sachant qu'elle ne souhaite pas de nouveau raconter des moments de vie difficiles, l'interne lui explique qu'elle est déjà au courant de son histoire. Mais la jeune femme « *s'effondre en larmes* » puis s'adresse ainsi à l'étudiante : « *Vous êtes une femme vous, vous pouvez me comprendre !* ». Ces propos inattendus troublent l'interne qui analyse ainsi sa réaction : « *je me sens alors totalement déstabilisée. Comme si elle avait enlevé ma blouse et me considérait comme son égale (une femme en âge de procréer) pour mieux me faire partager sa peine* ». La proximité induite par la patiente rend l'interne particulièrement sensible à l'histoire de la jeune femme. L'auteur retranscrit ses émotions : « *Au bord des larmes, je l'écoute me raconter à quel point elle était heureuse d'être enceinte* » puis, « *en sortant de la chambre je mets un peu de temps à me remettre de cet entretien et j'ai du mal à prendre de la distance par rapport à cette patiente qui me touche par son désarroi* ». La sensation d'une trop grande implication émotionnelle n'est pas analysée parmi les problématiques même si l'interne perçoit la nécessité d'une prise de distance dans sa relation avec la patiente.

Dans un deuxième cas, la consultation d'une jeune femme évoque à l'interne des souvenirs personnels. Elle reçoit dans un CIDDIST une patiente s'inquiétant d'un rapport sexuel non protégé. Celle-ci est en année Erasmus à l'étranger et a « *un trou noir* » sur la fin d'une soirée arrosée, elle se souvient ensuite s'être réveillée à côté d'un inconnu et s'inquiète d'une possible contamination par une IST. L'interne fait part de la difficulté relationnelle induite par la proximité ressentie : « *je me suis rendue compte que j'éprouvais pour cette jeune fille beaucoup d'empathie voire de sympathie. Je me sentais proche de ses problèmes parce qu'ayant moi-même fait une année Erasmus et quelques soirées arrosées...(...), j'ai même failli lui dire : "Boire beaucoup et ne pas se souvenir de toute sa soirée ça peut arriver à tout le monde !"* ». L'auteur s'aperçoit qu'elle s'identifie à sa patiente et tente de prendre de la distance (« *je me suis efforcée de garder ma crédibilité* »). Elle revient, par ailleurs, sur cette difficulté dans une problématique intitulée : « *quelle est la bonne distance relationnelle à adopter avec un patient dont on se sent spontanément proche ?* ». Au sujet de la situation vécue, elle remarque : « *j'ai été tentée de basculer vers la sympathie avec cette patiente mais cela aurait pu la mettre mal à l'aise pour la suite de la consultation et notamment pour l'examen gynécologique* ». Cette trop grande proximité relationnelle est décrite comme pouvant perturber le vécu de l'interne mais aussi celui de la patiente.

Enfin, dans une troisième situation le sentiment de proximité tient au fait que l'étudiante connaissait le patient avant son hospitalisation. Elle est alors en stage dans la ville où elle a grandi. Au cours d'une visite, le chef de service prononce le nom de Mr C, elle identifie l'homme en question : « *C'est un nom que je connais (...). Agriculteur de mon village d'enfance, collègue de mon père, père d'une ancienne camarade de classe (...). Mince ! (...) je repense à mon dernier stage et à tous les alcooliques (...) en détresse que j'avais pu rencontrer et à la triste observation que j'avais faite au cours de ces 6 mois : qu'il était bien rare qu'ils s'en sortent définitivement* ». Connaissant personnellement le patient, les impressions de l'interne au sujet des alcoolodépendants prennent alors un sens plus concret. Hospitalisé après avoir voulu se sevrer seul, il est admis en état de DT. Par la suite, l'interne prendra en charge Mr C et essaiera d'aborder avec lui son problème d'alcool. Elle a l'impression qu'il ne l'a pas reconnue, ce qui l'aide à rester dans une position de soignante. Cependant, elle conclut ainsi son script : « *Il est bien plus difficile de prendre en charge des patients que l'on connaît. Je dois apprendre à gérer mon affect afin qu'il ne perturbe pas ma manière de travailler* ».

La dissimulation d'une consommation de produits psychoactifs est décrite par un auteur comme altérant sa relation avec le patient. Elle reçoit un jeune homme en hospitalisation pour un sevrage en alcool. Dès l'âge de 11 ans, il a consommé tabac et cannabis, puis ecstasy et LSD à l'adolescence et enfin cocaïne et héroïne. Il est actuellement sous traitement substitutif par méthadone. L'étudiante rapporte un entretien qui se déroule d'abord sans difficulté relationnelle : « *Mr B se livre à moi sans problème (...) il souhaiterait pouvoir avoir une vie comme les autres (...) il aimerait bien retravailler (...) que ses parents soient contents de lui* ». Mais le résultat de la recherche de toxiques dans les urines prélevées à l'admission va compliquer la relation de soins : « *nous retrouvons dans ses urines la présence de cannabis, d'opiacés, de cocaïne et de méthadone* ». L'interne questionne le patient sur la présence des trois premières substances « *alors qu'il (...) avait affirmé ne rien avoir pris à part l'alcool* ». Elle rapporte la réaction de honte du patient : « *Mr B tente difficilement de me donner une explication, un peu comme un adolescent pris en faute* », puis elle précise les raisons de son mensonge : « *tout penaud, il me dit avoir peur que je le juge* ». Elle rassure le patient sur ce point et lui explique : « *s'il commence à (...) mentir notre relation de soins commence mal* ». Aussi, elle lui demande de lui dire dorénavant la vérité et le patient est « *soulagé de s'en tirer à si bon compte* ».

♦ Difficultés dans la relation interne-autre(s) soignant(s) (n=8 internes)

Les difficultés relationnelles entre les internes et les autres soignants (médicaux ou paramédicaux) se manifestent dans 2 circonstances :

- la désapprobation de l'attitude d'un soignant par rapport au patient (7 internes) :
 - absence de motivation à apporter des soins aux patients alcoolodépendants

- agressivité envers le patient
- opposition au patient
- le désaccord sur la prise en charge (1 interne).

La désapprobation de l'attitude d'un soignant par rapport à un patient est mentionnée dans la plupart des situations entraînant une tension entre interne et d'autres soignants. L'attitude qui leur est le plus souvent reprochée est leur faible intérêt pour les patients et leur absence de motivation à les accompagner sur le plan addictologique. Les étudiants décrivent leurs difficultés à collaborer avec des soignants pessimistes quant à l'avenir des patients ou considérant que leur problème est essentiellement social, ou encore refusant de proposer des soins en raison de leur échec annoncé. Ainsi, un interne se questionne suite aux propos péjoratifs et défaitistes qu'il entend. Son patient est hospitalisé pour un sevrage, *« l'hospitalisation se passe bien et le patient accepte un séjour en SSR »*. Devant l'apparente facilité des soins, l'étudiant demande au chef de service si un sevrage ambulatoire n'aurait pas été indiqué. Celui-ci lui répond *« On ne réussit déjà pas souvent avec tous ces traîne-savates, alors imagine à la maison... ». Fin de la discussion »*. L'étudiant regrette de ne pouvoir échanger davantage avec son chef sur cet avis tranché. Cette situation le conduit à s'interroger sur sa propre attitude envers les patients. Il écrit: *« Sans en avoir vraiment conscience, je partais plein de préjugés dans la chambre de Mr B, et cette histoire m'a rappelé que derrière chaque patient, il y a une personne avec une histoire pas toujours facile, qui n'a pas choisi d'en arriver là »*. Puis il élargit sa réflexion à l'ensemble des soignants : *« On a vite fait d'utiliser des mots méprisants, et si au début c'est pour "la blague", l'habitude se prend vite : les vieux, les gros, les alcoolos, un poly-pourri... »*. Dans d'autres situations, les soignants ne s'impliquent pas auprès de patients qu'ils considèrent souffrir de difficultés « sociales ». Par exemple, une interne des urgences interroge le médecin senior au sujet de l'hospitalisation d'un patient sans domicile fixe et souhaitant *« arrêter l'alcool pour pouvoir chercher un emploi et retrouver une vie correcte »*. Elle rapporte leurs échanges : *« j'ai l'impression que le senior n'est pas très intéressé par ce dossier. Il m'explique que c'est un problème social »*. Il propose d'organiser des soins ambulatoires, l'interne suggère alors d'orienter plutôt le patient vers un centre d'accueil d'urgence. La réaction du médecin va de nouveau la décevoir : *« un peu pressé, il me dit "Fais comme tu veux", il me signe le dossier et s'en va... »*. Enfin, une étudiante ne parvient pas à organiser un sevrage pour son patient en collaboration avec une infirmière addictologue qui estime inutile de le rencontrer à nouveau. Sa réponse va surprendre et embarrasser l'interne : *« Malheureusement elle me dit qu'elle ne verra pas » le patient « étant donné qu'elle a déjà discuté avec lui des dizaines de fois...Je me retrouve donc seule face à cette situation »*.

Dans un autre récit, c'est l'agressivité du soignant envers le patient qui entraîne la désapprobation de l'interne. Un jeune homme admis, ivre, dans une service d'urgences

raconte à l'étudiante « *qu'il ne s'en sort plus avec son alcoolisme, ayant de nouveau perdu son emploi et sa petite amie* » et fait part de son désir de sevrage. L'auteur décrit la suite des événements : « *Mon senior entre alors dans le box et s'adresse violemment à Mr C. Il lui demande d'arrêter de se présenter aux urgences dans cet "état". Il lui rappelle que lors de son dernier passage il a agressé une aide-soignante et cassé l'ordinateur ; puis ressort* ». L'interne est désarmée par cette intervention et « *le patient, en pleurs, se rhabille pour partir* ». Elle le convainc finalement d'être hospitalisé en post-urgences pour entreprendre un sevrage, prise en charge que le médecin senior juge « *inutile car "peine perdue"* ». La divergence de vue entre l'étudiante et le médecin hospitalier gêne l'élaboration d'un projet de soins commun. Par la suite, l'auteur s'interroge : « *Pourquoi mon senior a-t-il réagi si violemment ?* », mais elle n'analysera pas cette question.

Enfin, une interne est en désaccord avec l'opposition du médecin au projet du patient. Celui-ci consulte dans une ANPAA suite à une rechute après une période d'abstinence. Il est désireux d'un sevrage ambulatoire « *immédiatement efficace* » car il doit se rendre à un entretien d'embauche deux jours plus tard. Mais l'addictologue, constatant que ses tentatives de sevrage ont échoué, lui propose un sevrage hospitalier. Elle ne parvient pas à le convaincre et organise finalement des soins ambulatoires. L'interne décrit le changement d'attitude du médecin au cours de la scène : « *Au fur et à mesure de la consultation, je sens le médecin se braquer pour devenir assez dure dans ses propos* ». Cette conduite lui semble problématique : « *J'ai été quelque peu déroutée par la dureté du médecin envers ce patient qui refusait d'accepter sa prise en charge mais était tout de même en demande d'aide. Il m'a semblé que le manque d'empathie avait pu affecter là, dès le départ une relation qui devait se poursuivre à long terme* ».

Le désaccord sur la prise en charge du patient est à l'origine de tensions entre une interne et son chef de service au sujet de la durée d'une hospitalisation. Le patient est admis suite à une IEA associée à une chute avec traumatisme crânien. Le bilan neurologique étant rassurant, l'étudiante discute avec lui « *de son parcours par rapport à l'alcool, de ses motivations, de ses attentes* » et conclut qu'il « *n'exprime aucun réel désir d'abstinence et d'engagement à long terme* ». Elle tente de lui expliquer « *que le vrai problème actuel est l'alcool (...) et qu'il est encore temps de prendre les choses en main* » mais « *ne pense pas l'avoir convaincu* ». Aussi, elle s'interroge « *sur l'intérêt de la poursuite de l'hospitalisation (après près de 10 jours)* » et rapporte d'« *après discussions* » avec son chef de service qui souhaite « *garder Mr M pour déclencher chez lui un "décliv"* ». Elle demeure sceptique sur cette stratégie.

♦ Difficultés dans la relation interne-proche(s) du patient (n=7 internes)

Près de 8% des auteurs décrivent une gêne dans leurs interactions avec l'entourage familial des patients, les circonstances problématiques étant :

- les proches en demande d'une prise en charge alcoologique immédiate (3 internes)
- les proches s'opposant au projet de soins (2 internes)
- l'implication des proches dans l'accompagnement du patient (1 interne)
- la connaissance de l'entourage familial en dehors du contexte de soins (1 interne).

Les interventions des proches qui interfèrent dans la relation interne-patient ou dans le déroulement de l'interrogatoire sont relevées dans les thèmes correspondants (cf. annexe 2).

La demande d'une prise en charge alcoologique immédiate est la circonstance la plus souvent citée parmi les sources de difficultés relationnelles avec l'entourage du patient. Les étudiants témoignent de la pression ressentie face aux demandes de soins formulées par des proches épuisés par les répercussions du trouble de l'usage de l'alcool dans leur vie quotidienne. Ainsi, un interne reçoit aux urgences un homme de 55 ans en état d'ivresse à deux reprises en 24h. La première fois, il est accompagné de sa femme qui évoque « *un alcoolisme chronique* » et un mari devenant agressif. Sur avis de l'addictologue, une consultation est programmée en externe. Le patient est de nouveau amené par les pompiers le lendemain, accompagné de sa femme et de sa fille. L'épouse réclame alors une hospitalisation immédiate : « *cela n'est plus possible, il faut l'hospitaliser tout de suite, "je n'en peux plus, je suis à bout"* ». L'interne tente de faire patienter l'entourage jusqu'au rendez-vous « *mais cela ne convenait pas du tout à la famille* ». Cette fois, « *c'est la fille qui commence à se plaindre et à devenir agressive* ». Finalement le passage d'un infirmier addictologue tous les deux jours jusqu'à la consultation est proposé, « *la famille était rassurée (...) et la patient semblait en accord* ». Cette situation de crise est source de tensions entre l'interne et l'entourage du patient, l'absence de proposition satisfaisante se traduisant par une opposition allant ici jusqu'à l'agressivité. Parmi les problèmes rencontrés, l'auteur cite : « *la gestion d'une famille en demande sans pouvoir apporter de solution immédiate* ». Cette demande d'intervention est difficile à gérer pour l'étudiant qui ne sait comment y répondre mais perçoit l'urgence de la situation.

L'opposition des proches au projet de soin est la deuxième circonstance identifiée comme responsable de difficultés relationnelles entre les internes et l'entourage des patients. Une situation s'avère particulièrement problématique, le père d'un nouveau-né présentant un SAF refusant les différents aspects des soins proposés pour la mère et l'enfant. D'emblée l'interne note des « *difficultés de communication avec le papa qui réagit de façon violente (verbalement) pour des motifs futiles* ». En raison d'un contexte familial difficile et d'une « *mise en place du lien mère-enfant (...) précaire* », l'équipe soignante prévoit le passage d'une assistante sociale puis une hospitalisation à domicile (HAD) et un suivi par la PMI. La veille de la sortie prévue, le père « *ne comprend pas ce que sa famille fait encore ici* » et souhaite quitter le service immédiatement, refusant de rencontrer l'assistante sociale et le

pédiatre de l'HAD car « *il se fout de tout ça, ça ne sert à rien* ». L'étudiante prend alors l'avis du chef de service et une sortie est organisée le jour-même. Elle s'enquiert de l'adresse de la famille et rapporte l'échange qui s'ensuit avec le père : « *il refuse de me dire précisément où ils vont habiter et m'accuse de leur faire subir un interrogatoire. Ses commentaires deviennent obscènes. Je lui demande de rester poli* ». L'étudiante « *sort avec soulagement de la chambre* ». Dans l'analyse, elle ne revient pas sur sa relation particulièrement pénible avec ce père agressif et mettant en échec l'ensemble des accompagnements proposés.

Dans une autre situation particulièrement complexe, déjà citée, le mari d'une patiente hospitalisée demande à l'interne de ne jamais évoquer devant elle son problème d'alcool, faisant ainsi obstacle à tout projet de soins. Après avoir hésité, l'étudiante obéit à cette injonction, ayant finalement l'impression de ne pas avoir « *choisi la bonne solution* ». En effet, le silence imposé l'empêche « *d'accéder* » à la confiance de la patiente, d'envisager un quelconque accompagnement et même de pouvoir répondre à ses questions sur l'origine de ses hallucinations visuelles et de ses tremblements.

L'implication des proches dans l'accompagnement du patient pose question à un interne au sujet du fils d'un patient. Celui-ci amène son père en consultation, inquiet de la reprise de sa consommation d'alcool après une période d'abstinence. Le patient constate sa rechute mais refuse d'entreprendre un nouveau sevrage. L'étudiant suggère alors « *un accord tripartite* » impliquant le médecin, le soutien du fils et l'investissement du patient, dans l'objectif d'une diminution de sa consommation. Cette proposition est acceptée par le patient et son fils. Dans l'analyse, l'auteur fait part de son hésitation sur la place du fils dans le sevrage : « *faut-il l'impliquer (...) ou faut-il le laisser en dehors de la prise en charge?* ». Son rôle actif dans le recours aux soins du patient lui laisse finalement penser que le fils doit être impliqué dans l'accompagnement de son père.

La connaissance de l'entourage en dehors du contexte de soins est décrite par une interne (déjà citée pour sa connaissance du patient antérieure à son hospitalisation) comme un élément compliquant sa relation avec les proches du patient. Ne sachant pas comment se comporter avec eux, elle cherche à les éviter (« *J'ai (...) croisé la femme et la fille. J'ai tourné les talons afin qu'elles ne me voient pas. Je n'aurais pas su comment réagir. C'est donc mon chef qui leur a donné des nouvelles* »). Elle n'analyse pas les raisons de son malaise mais ne se satisfait pas, non plus, de son comportement de fuite et revient sur sa difficulté en fin de script : « *La communication ne me posait jusque-là aucun problème, je me rends compte que c'est différent quand il s'agit de personnes de l'entourage* ».

3.4.4.4. Difficultés organisationnelles

Au troisième rang des difficultés relevées dans les scripts, figurent celles liées à l'organisation des soins des patients.

Plus d'un tiers des auteurs (36%) en témoignent, au sujet de 3 thèmes :

- les indications du lieu du sevrage en alcool : 19 internes
- les difficultés organisationnelles en médecine ambulatoire : 13 internes
- les difficultés organisationnelles en médecine hospitalière : 12 internes.

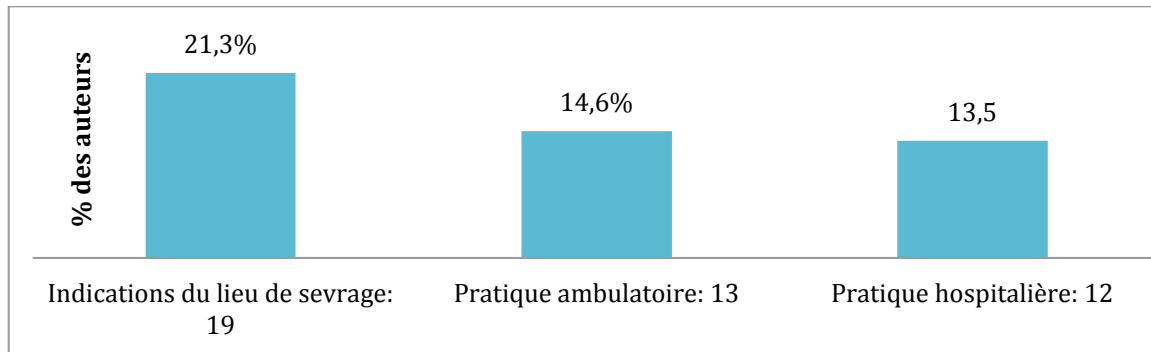


Figure 11: Difficultés organisationnelles rencontrées par les IMG : proportion des auteurs concernés selon les thèmes de difficultés (%) (n=89)

Etude des 187 PF des IMG de la promotion 2014 de Bordeaux

♦ Indications du lieu du sevrage en alcool (n=19 internes)

Les questions des internes sur ce sujet sont posées sous 3 angles différents :

- les compétences du médecin généraliste : proposition d'un sevrage ambulatoire ou orientation du patient vers un sevrage hospitalier (8 internes)
- les indications du sevrage ambulatoire (7 internes)
- les indications du sevrage résidentiel (5 internes).

Les compétences du médecin généraliste au sujet de l'organisation d'un sevrage sont abordées, dans la moitié des cas, par des étudiants en stages hospitaliers se projetant dans leur future pratique ambulatoire. Ainsi, une interne rencontre une patiente hospitalisée en addictologie suite à une rechute la veille d'un entretien d'embauche. En raison de son état d'alcoolisation, elle reste 24 heures dans le service et un sevrage est programmé 10 jours plus tard. Au terme du récit, l'auteur se projette parmi les praticiens ambulatoires (« nous serons amenés, en tant que libéraux, à gérer un certain nombre de sevrages en cabinet ») et s'interroge sur les indications des lieux du sevrage : « je me suis posée la question de ce qui justifiait un sevrage hospitalier face au sevrage ambulatoire ». Une autre étudiante se questionne, en essayant de se « replacer dans un contexte de soins primaires », après avoir pris en charge un patient alcoolodépendant hospitalisé : « Comment prendre en charge un sevrage alcoolique ? Quand celui-ci peut-il se faire en ambulatoire ? ».

Pour certains internes la question du lieu du sevrage se pose suite à une situation présentée comme un échec des soins antérieurs. Ainsi, une étudiante en stage au SMUR part au secours d'un patient présentant une hémorragie digestive haute. Après un remplissage vasculaire et la ligature de varices œsophagiennes, son évolution est initialement favorable mais il ne survivra pas à une récurrence hémorragique. Cette issue dramatique conduit l'interne à s'interroger sur les soins ambulatoires qu'elle aurait pu proposer : « *je me suis demandée : "Et si j'avais suivi cet homme en cabinet de médecine générale ?"* », plus précisément : « *un sevrage alcoolique peut-il être mené en ambulatoire ?* ».

D'autres étudiants s'interrogent sur l'indication du lieu du sevrage à l'occasion de stages ambulatoires. Ainsi, un interne reçoit en consultation une jeune femme en demande de sevrage, il lui prescrit un traitement médical et organise son suivi auprès d'une ANPAA. Se projetant dans le rôle du médecin traitant, il cherche à déterminer « *la possibilité d'action du médecin généraliste* » auprès des patients alcoolodépendants et conclut que « *le médecin généraliste peut occuper une place centrale dans la prise en charge des problèmes d'alcool* » car il est « *possible d'effectuer le sevrage en ambulatoire dans la plupart des cas* ».

Les indications du sevrage ambulatoire sont, le plus souvent, abordées par des internes à l'occasion de situations hospitalières. Ainsi, une étudiante décrit un sevrage programmé se déroulant sans complication, la conduisant à cette réflexion : « *je me suis un peu demandée si l'hospitalisation était justifiée, si le médecin traitant n'aurait pas pu gérer le sevrage à domicile* ». Dans le cas des patients hospitalisés en raison d'une pathologie organique aiguë, le sevrage s'impose au cours du séjour mais certains internes regrettent qu'aucun sevrage ambulatoire n'ait été proposé avant la survenue de complications. Ils s'interrogent, à leur tour, sur les indications des soins ambulatoires (« *pendant son hospitalisation Mr D a en quelque sorte été forcé à un sevrage alcoolique. Je me suis donc demandée dans quelles conditions je pourrais mener à bien un sevrage alcoolique en ambulatoire* »).

Enfin, une étudiante fait une visite chez un patient désireux d'un sevrage mais refusant toute hospitalisation, elle lui répond qu'elle va se renseigner sur la possibilité de réaliser « *une cure de sevrage alcoolique au domicile* », ne sachant alors ce qu'il en est réellement.

Les indications du sevrage résidentiel posent question à plusieurs internes confrontés à une demande de soins pressante. Ainsi, une étudiante fait la connaissance d'un jeune homme venu au SAU car « *il souhaite arrêter l'alcool* » et « *pense avoir besoin d'aide car il n'y arrivera pas seul* ». Il vit dans la rue et explique « *boire tous les jours (...) pour que la journée passe plus vite* ». Il sera adressé à l'ELSA pour un sevrage ambulatoire. L'étudiante doute de cette orientation et cherche à connaître les indications du sevrage hospitalier, elle conclut : « *je pense qu'un sevrage en ambulatoire ne sera pas compatible avec ses conditions sociales et nous aurions dû lui proposer un sevrage en structure hospitalière* ».

D'autres internes souhaitent s'assurer des critères d'hospitalisation après avoir suivi des patients lors de sevrages programmés. Par exemple, un patient « *reçoit quotidiennement la visite de l'équipe d'addictologie* », son évolution est rapidement favorable sur le plan physique et un suivi ambulatoire est organisé. L'interne interroge alors l'ELSA sur l'indication de l'hospitalisation et apprendra « *qu'il s'agissait d'une demande du patient lui-même* ».

♦ Difficultés organisationnelles en pratique ambulatoire (n=13 internes)

Les difficultés organisationnelles ambulatoires décrites concernent 3 sujets :

- l'identification des structures et réseaux addictologiques ambulatoires (10 internes)
- la durée de consultation (2 internes)
- l'accès à un correspondant spécialisé (psychiatre) (1 interne).

L'identification des structures et des réseaux addictologiques ambulatoires apparaît problématique dans 2 situations :

- l'accompagnement d'un patient dans une démarche de sevrage ou de réduction de sa consommation d'alcool
- l'accompagnement d'un patient alcoolodépendant vers un projet de soins.

L'organisation des soins ambulatoires des patients en cours ou en demande de sevrage pose problème à des internes en stages ambulatoires mais aussi hospitaliers. Par exemple, la rencontre d'un patient hospitalisé pour un sevrage amène une interne à s'inquiéter de l'accompagnement qu'elle aurait pu lui proposer en tant que médecin généraliste. Ainsi, elle s'interroge : « *Sur quel réseau peut-on s'appuyer en tant que médecin traitant ?* ».

Les étudiants en stages ambulatoires sont, eux, concrètement confrontés à la difficulté d'organiser les soins pour leurs patients. Un auteur remarque qu'il lui est plus difficile de mettre en place un accompagnement en médecine générale qu'à l'hôpital, il écrit : « *Le patient voulant arrêter l'alcool je me suis demandé quels étaient les moyens que je pouvais lui proposer (...). Comment y accéder dans un cabinet de ville (à l'hôpital il existait une équipe mobile donc c'était la facilité !) ?* ». D'autres internes critiquent les orientations qu'ils ont eux-mêmes proposées, ignorant l'organisation des soins ambulatoires. Une étudiante dirige sa patiente, pour un sevrage, vers une consultation hospitalière ; dans l'analyse, elle explique qu'elle n'avait pas connaissance « *des structures existantes dans le secteur, autre que le service d'addictologie* » et remarque : « *Il aurait été judicieux d'orienter la patiente en lui donnant les coordonnées de réseaux, associations et CCAA* » (centre de cure ambulatoire en alcoologie). De même, un interne oriente son patient vers un psychiatre puis commente : « *Il aurait sans doute mieux valu l'adresser à un centre spécialisé type CSAPA* » pour qu'il bénéficie d'« *une prise en charge multidisciplinaire* ». Enfin, une étudiante décrit sa découverte d'un réseau d'addictologie au cours d'une consultation : « *Ne connaissant pas d'addictologue dans le coin, je recherche sur les Pages Jaunes et tombe sur le réseau Tox 33 (...), ignorant son existence mais ravie de l'apprendre dans cette situation* ».

L'identification des structures et réseaux ambulatoires est également perçue comme insuffisante par des internes qui se projettent dans l'accompagnement de patients dépendants. Par exemple, une étudiante évoque son sentiment d'impuissance voyant revenir sans cesse le même patient, alcoolisé, aux urgences. Elle attribue cette impression à ces lacunes : « *Mon sentiment d'impuissance vient probablement de mon manque de connaissances concernant les structures d'aides et d'accompagnement du patient alcoolodépendant* ». Aussi, elle se renseignera sur les structures « *non hospitalières existantes pour la prise en charge de l'addiction à l'alcool en France* ».

Une durée de consultation trop brève est citée par deux internes comme empêchant d'aborder les différents problèmes du patient, dont la question de l'alcool. Une étudiante rapporte la consultation d'une patiente suite à une chute responsable d'un hématome sous-dural. Elle dit « *avoir consommé 2 verres de vin avant la chute* » et boit habituellement « *plusieurs verres le soir* ». D'autre part, elle souffre de ses relations difficiles avec son fils qui l'a « *accusée d'être responsable du suicide de son père* ». L'interne remarque un antécédent d'épisode dépressif et de tentative de suicide. Enfin, « *elle est surendettée, a vendu la maison qu'elle habitait (...) n'a plus de domicile fixe* ». L'auteur décrit sa difficulté à traiter l'ensemble des sujets dans le temps de la consultation : « *Le contexte encadrant la situation clinique (éthylisme, précarité, conflits familiaux) m'a paru complexe (...). En une consultation censée durer une quinzaine de minutes, tous les problèmes ne pouvaient être abordés* ». La seconde étudiante décrit une visite à domicile au cours de laquelle il lui paraît difficile de prendre en charge les céphalées du patient, ses facteurs de risque cardiovasculaires et d'explorer un éventuel mésusage d'alcool. Elle conclut que « *l'évocation d'une difficulté liée à l'alcool nécessite au-delà des outils, du temps et la consultation est courte* ». Aussi, elle suggère de « *revoir le patient rapidement* » pour « *aborder sa consommation d'alcool* ».

L'accès à une consultation spécialisée est jugé problématique par un interne qui reçoit un patient alcoolodépendant et tenant des propos suicidaires. L'étudiant lui propose une hospitalisation en psychiatrie, qu'il refuse. Il pense alors orienter le patient vers un psychiatre libéral mais s'arrête au milieu de sa proposition : « *Si j'arrive à vous avoir un rendez-vous avec un autre psychiatre pas loin d'ici...(J'arrête ma phrase, il est 16h, vendredi, je me rends compte de ma douce rêverie...)* ». Persuadé qu'il ne pourra obtenir cette consultation en urgence, il abandonne l'idée. L'accès à un psychiatre n'est donc pas réellement problématique mais plutôt envisagé comme tel, le conduisant à chercher une autre orientation.

♦ Difficultés organisationnelles en pratique hospitalière (n=12 internes)

L'organisation des soins au sein de l'établissement et de leur continuité au décours de l'hospitalisation est source de difficultés à propos des sujets suivants :

- liaison entre soins hospitaliers et ambulatoires (4 internes)
- liaison entre soins hospitaliers et résidentiels (3 internes)
- services hospitaliers inadaptés aux soins alcoologiques (3 internes)
- manque de place d'hospitalisation pour le sevrage en alcool (2 internes)
- absence de soignants spécialisés (2 internes)
- durée de prise en charge trop brève aux urgences (1 interne).

La liaison entre soins hospitaliers et ambulatoires est décrite comme problématique par les internes à propos de 3 points :

- l'hospitalisation à domicile : accessibilité selon les territoires, acceptation du dossier
- l'organisation d'un suivi addictologique ambulatoire en réponse à une demande de soins pressante
- la coordination des soins hospitaliers et ambulatoires en l'absence de médecin traitant.

La sortie d'une hospitalisation vers une HAD pose problème à deux étudiants. Ainsi, dans une situation déjà citée, une interne fait la connaissance d'un nouveau-né pour lequel un SAF est suspecté, et de ses parents. Une HAD est mise en place afin d'assurer un suivi étroit de la mère et de l'enfant mais, le jour de la sortie, l'interne apprend le changement de domiciliation de la famille et cherche à réorganiser l'HAD à la nouvelle adresse. Elle écrit : « *Je suis surprise mais surtout très embêtée car je me doute que l'HAD n'ira pas jusque là !* ». En effet, il s'avère impossible de mettre en place une HAD, pourtant jugée nécessaire, dans la ville souhaitée, un suivi avec la PMI locale est alors organisé. D'autre part, un étudiant décrit la « *longue hésitation* » d'une équipe d'HAD avant d'accepter finalement de suivre son patient, ainsi que son inquiétude, envisageant un moment, un retour à domicile sans encadrement malgré son état affaibli et la nécessité d'une nutrition parentérale.

L'organisation d'un suivi ambulatoire suite à une demande de soins pressante est également une situation problématique pour un interne qui reçoit, aux urgences, un patient ivre accompagné de son épouse. Face à sa demande de prise en charge immédiate, l'étudiant se trouve en difficulté pour définir les soins envisageables mais aussi pour organiser un accompagnement ambulatoire qui satisfasse le patient et son entourage. Il sollicitera un infirmier addictologue qui proposera un suivi à domicile.

Enfin, un interne s'inquiète du défaut de cohérence des soins en raison de l'absence de suivi par un médecin traitant. Son patient est hospitalisé suite à un « *5^{ème} épisode de pancréatite aiguë (...), toutes d'étiologie alcoolique* ». L'étudiant déplore que « *le problème médical posé par ces pancréatites* » soit resté « *sans bilan global, sans suivi* ». Il attribue ce défaut de prise en charge à l'absence de médecin traitant et « *au nomadisme médical* » du patient. L'insatisfaction de l'interne le conduit à s'intéresser au rôle du médecin traitant. Il souligne

son importance « *pour motiver des explorations complémentaires, une prévention secondaire, une prise en charge globale et un suivi* ».

La liaison entre soins hospitaliers et résidentiels est décrite comme problématique par les internes à propos de 2 sujets :

- le délai d'admission en centre de soins de suite et réadaptation en addictologie (CSSRA)
- l'admission en institution d'un patient dépendant de moins de 60 ans.

A deux reprises il apparaît que l'admission dans un CSSRA peut nécessiter une longue attente, prolongeant l'hospitalisation voire obligeant à envisager une autre orientation. Ainsi, un patient alcoolodépendant est hospitalisé pour un sevrage programmé, le séjour se déroule sans complication et l'ELSA lui propose un séjour en CSSRA. L'auteur fait part de la difficulté à obtenir son admission : « *Nous gardons finalement le patient presque 3 semaines en attendant sa place en postcure dans la région* ».

D'autre part, une étudiante évoque la difficulté d'admission en institution d'un patient de 53 ans atteint d'une encéphalopathie de Gayet-Wernicke compliquée d'un syndrome de Korsakoff. Un déficit musculaire des membres inférieurs est également noté. Le patient « *s'améliorera au niveau du déficit musculaire avec une reprise de la marche progressive* » mais il conservera une désorientation temporo-spatiale. L'interne décrit sa difficulté à « *trouver une convalescence au long cours chez ce patient jeune, déambulant avec nécessité d'une convalescence axée sur la rééducation motrice et la stimulation cognitive* ». L'hospitalisation se prolonge en attente d'une place en institution conduisant l'auteur à se poser la question : « *Placement du patient jeune et dépendant : quelles solutions proposer ?* ».

Les services hospitaliers sont décrits comme inadaptés aux soins alcoologiques par les internes dans 2 circonstances :

- l'accompagnement du sevrage en alcool
- la surveillance d'un patient présentant un syndrome de sevrage.

Une étudiante décrit un service de médecine interne comme inadapté à l'accompagnement addictologique du sevrage car dépourvu d'une offre de soins spécifique. En effet, elle reçoit un patient alcoolodépendant qui lui semble peu motivé « *pour poursuivre son sevrage* » et lui explique « *s'ennuyer* » dans le service. Face à ce sentiment l'interne se trouve démunie : « *mon service n'est pas le plus adapté pour le sevrage alcoolique et je ne sais pas quoi lui proposer, je ne sais pas ce qui est proposé dans l'hôpital, je décide d'attendre la visite de l'équipe ELSA* ». Un autre interne constate, avec frustration, que l'organisation des soins ne permet pas d'accompagner un sevrage dans un service de post-urgences.

D'autre part, une interne de garde est appelée dans un service de pneumologie pour la prise en charge d'un patient agité et anxieux en raison d'un syndrome de sevrage. Celui-ci « *veut être conciliant* » mais dit ne pas pouvoir « *rester seul enfermé dans sa chambre* ». L'étudiante, considérant que le service n'est pas adapté à la surveillance continue qu'il nécessite, cherche une solution et appelle « *le cadre de garde pour savoir s'il est possible de (...) garder [le patient] aux urgences pour surveillance* ». La réponse étant négative, le patient passera finalement la nuit dans le couloir du service de pneumologie.

Le manque de place d'hospitalisation pour le sevrage en alcool est évoqué par deux internes. Une étudiante rapporte le cas d'un jeune homme se présentant aux urgences, désireux d'un sevrage. Elle souhaite l'hospitaliser mais le médecin senior lui explique « *que de toute façon il n'y a pas de place dans l'hôpital* » et lui demande de programmer des soins ambulatoires. Le patient « *semble déçu* » de cette décision de même que l'interne qui s'interroge sur la pertinence des soins ambulatoires dans ce cas. Un autre étudiant décrit l'absence de place dans le service d'addictologie comme un facteur participant à l'insuffisance de la prise en charge de son patient (« *une fois son problème médical aigu contrôlé, il est retourné à domicile* »).

L'absence de soignants spécialisés est également déplorée par deux étudiants qui souhaitaient recourir, pour l'un, à une diététicienne, et pour l'autre, à une équipe d'addictologie. Une étudiante regrette qu'un soignant qualifié ne soit pas disponible pour appuyer ses propos sur l'importance des mesures hygiéno-diététiques auprès d'un patient peu convaincu. Le second interne ne peut organiser un sevrage « *sans équipe d'addictologues disponible ce dimanche* ». Le patient fuguera puis, de retour, sera hospitalisé afin de rencontrer l'addictologue le lendemain.

La brièveté de la prise en charge aux urgences est décrite par une interne comme l'empêchant d'appréhender le patient dans sa globalité. Au terme de la prise en charge d'une crise convulsive et ayant appris, du patient, qu'il avait repris une consommation excessive d'alcool et débuté un accompagnement dans un CMP, elle exprime sa frustration : « *j'ai malheureusement manqué de temps pour approfondir le contexte social, familial et psychiatrique* ». Elle se renseignera, d'ailleurs, sur ses troubles psychiatriques en prenant connaissance du compte-rendu de sa prochaine consultation au CMP.

3.4.4.5. Situations médico-légales

Des questions au sujet des situations médico-légales se posent à 10% des auteurs de scripts. Six circonstances s'avèrent problématiques :

- les soins sans consentement (indications et modalités) : 4 internes

- la sortie d'hospitalisation contre avis médical : 2 internes
- le respect du secret médical face à l'entourage professionnel du patient : 2 internes
- l'établissement d'un certificat de non hospitalisation : 1 interne
- l'établissement d'un certificat médical initial de constatation de coups et blessures : 1 interne
- la transmission d'une information préoccupante : 1 interne.

♦ Soins sans consentement (n=4 internes)

Les difficultés des internes à propos des soins sans consentement concernent 2 sujets :

- indications et modalités des soins psychiatriques sans consentement
- indications de « mise en observation sans consentement » des patients en état d'IEA.

Les soins psychiatriques sans consentement posent problème à trois internes qui font part de difficultés à déterminer leurs indications et leurs modalités de mise en œuvre, et parfois de leur malaise dans ces situations. Par exemple, un étudiant prend en charge un patient ivre et tenant des propos suicidaires. Celui-ci finit par refuser une hospitalisation libre en psychiatrie, la psychiatre suggère alors « *une hospitalisation sous contrainte* » au moyen de la « *procédure de péril imminent* ». L'interne remarque sa méconnaissance du sujet (« *Je n'ai jamais entendu parler de ce machin juridique* ») et demande l'aide du médecin senior. Dans l'analyse, il explique qu'il ne connaissait pas « *la possibilité d'hospitaliser sans tiers* » et fait part de sa gêne dans la situation : « *le contexte de l'hospitalisation sous contrainte, qui reste une privation de liberté (...) m'a laissé mal à l'aise* ». Cette hospitalisation imposée à un patient « *arrivé calmement et sur ses deux pieds* » provoque également chez lui un sentiment d'échec (« *Je me dis que j'ai probablement échoué quelque part* »).

Les indications d'une « mise en observation sans consentement » des patients en état d'IEA aux urgences sont recherchées par deux étudiants dont l'un décrit le cas d'une jeune femme alcoolisée admise au SAU. Il se demande s'il peut la garder aux urgences « *contre sa volonté* » jusqu'à son « *dégrisement* ». En effet, il a constaté « *une pratique habituelle dans les services d'urgences : on ne laisse pas sortir quelqu'un qui est en état d'ébriété* » ; il s'interroge : « *cette habitude est-elle fondée sur le plan légal ?* ». Découvrant la notion de « *mise en observation sans consentement* » dans les recommandations de la SFMU⁸ sur la prise en charge de l'IEA, il conclut à la justification du maintien aux urgences de sa patiente.

♦ Sortie d'hospitalisation contre avis médical (n=2 internes)

Deux étudiants, confrontés au désir de départ ou à la sortie effective de leur patient, perçoivent leur méconnaissance des modalités de la procédure et de la valeur de

⁸ Actualisation 2006 de la seconde conférence de consensus de 1992 : « L'ivresse éthylique aiguë dans les services d'accueil des urgences », par la Société Française de Médecine d'Urgence [48].

l'attestation de sortie contre avis médical. Ainsi, un interne s'interroge, face à la menace de son patient de quitter le service, sur son « *habitude de répondre (...) qu'«une décharge ne changera rien»* ». Il explique avoir entendu dire « *que les documents de sortie contre avis médical n'ont «aucune valeur juridique»* ». Ses recherches l'amèneront à constater qu'ils « *ne sont pas dénués de valeur légale, pour peu qu'ils soient bien remplis* ».

♦ *Secret médical opposé à l'entourage professionnel du patient (n= 2 internes)*

A deux reprises, des internes remarquent la nécessité d'une vigilance particulière afin que le secret médical soit respecté face à l'entourage professionnel des patients. Une étudiante souhaite réaliser des examens complémentaires avant de se prononcer sur l'aptitude d'un adjudant aux opérations extérieures. Suite à la consultation, elle reçoit un appel du supérieur du patient faisant pression pour obtenir des informations médicales et espérant « *fortement que son aptitude ne sera pas remise en question* ». L'étudiante est « *mal à l'aise d'avoir dû justifier sa décision* » et ressent le besoin de s'en ouvrir à son maître de stage. La seconde situation concerne également un militaire, il arrête sa consommation d'alcool la veille d'une hospitalisation dans le but que sa dépendance ne soit pas connue de ses supérieurs. S'en suivra un syndrome de sevrage et les soignants se questionneront sur le contenu du courrier de sortie. Ils choisiront finalement de ne pas évoquer le problème d'alcool du patient dans ce courrier mais d'en informer son médecin traitant (médecin d'unité).

♦ *Etablissement d'un certificat de non hospitalisation (CNH) (n=1 interne)*

Un auteur décrit les difficultés vécues lors de la prise en charge d'une jeune femme alcoolisée amenée aux urgences par deux policiers. Leur demande d'établir un CNH amène l'interne à s'interroger sur les critères imposant l'hospitalisation (remarquant son antécédent de convulsion de sevrage) et sur les informations médicales pouvant figurer sur le certificat.

♦ *Etablissement d'un certificat de constatation de coups et blessures (n=1 interne)*

Un étudiant se pose deux questions lors de la rédaction de ce certificat : la détermination de la durée de l'ITT (incapacité totale de travail) et la valeur de sa signature. Une jeune femme admise aux urgences dit avoir été agressée en discothèque puis « *jetée sur le parking* ». Elle a pu ensuite « *appeler la police qui lui a conseillé de venir porter plainte* » avec un « *certificat de coups et blessures* ». L'interne remarque son haleine alcoolisée puis l'examine, il note de multiples hématomes et dermabrasions qu'il décrit « *le plus précisément possible* » dans le certificat initial. Puis il estime la durée de l'ITT nulle car il juge sa patiente apte à reprendre son travail dès le lendemain. Sa co-interne critique cette appréciation de l'ITT : « *Zéro jour c'est comme si elle n'avait pas subi d'agression, me disait-elle. «Même si ça ne change pas grand-chose ça peut être important qu'elle ait l'impression d'avoir été entendue»* ». L'interne fixe finalement la durée de l'ITT à 3 jours. Dans l'analyse, il constate : « *je n'avais rien compris à la notion d'ITT* », il découvre qu'il s'agit de la durée « *de la gêne notable dans les*

activités quotidiennes et usuelles des la victime ». D'autre part, il se demande s'il est habilité à signer le certificat en tant qu'interne. Dans le doute, il préfère attendre le médecin de garde qui lui fera remarquer qu'il aurait pu signer le certificat lui-même.

♦ *Transmission d'une information préoccupante (n=1 interne)*

La situation vécue par une dernière étudiante auprès d'un nouveau-né dont l'entourage familial semble peu fiable la conduit à s'interroger sur « *les moyens à disposition des médecins pour protéger les enfants de maltraitance* ». Elle apprend que l'enfant n'a pas été amené aux consultations programmées pour lui à l'hôpital, ni à la PMI, « *une information préoccupante a donc été transmise* ». Elle identifie alors ses lacunes : « *Je ne connaissais pas la démarche à suivre en cas de suspicion de maltraitance et en quoi consistait une information préoccupante* ». Dans une problématique, elle décrit les circonstances justifiant la transmission d'une information préoccupante ainsi que les modalités de cette procédure.

4. DISCUSSION

4.1. DISCUSSION DE LA METHODE

DE POSSIBLES BIAIS D'INFORMATION

Le support choisi pour l'étude des difficultés rencontrées en stage par les internes, à savoir leurs portfolios, nous conduit à prendre connaissance des différents aspects des situations à travers leur regard. Aussi, nous ne saurions analyser leurs textes sans considérer la subjectivité des récits et des difficultés rapportées. Le choix de ce point de vue s'est avéré riche d'enseignements, toute expression témoignant d'une gêne ressentie par l'auteur ayant été relevée.

Les auteurs

Le semestre d'internat lors de la situation vécue n'est pas une information strictement obligatoire d'après la description du script sur le site du DMG [34], elle est cependant attendue, la situation devant être « contextualisée » (« où et quand cette situation s'est-elle déroulée ? »). Si ce renseignement n'apparaît pas de façon systématique, il est néanmoins présent dans 93 des 99 scripts, nous permettant d'évaluer la répartition des semestres d'internat en cours lors des situations décrites.

L'information sur la présentation orale du script n'est pas exigée, sa mention dans certains scripts (25) ne permet donc pas d'établir la proportion de ceux effectivement présentés devant des pairs. Cependant, elle renseigne sur le nombre minimum de scripts présentés, par des auteurs ayant jugé cette indication importante.

De même, la description du cursus des stages et des formations acquises pendant l'internat n'est pas imposée, bien que fréquemment ajoutée par l'auteur selon des modalités variables. La mention spontanée d'une expérience en addictologie ou d'un intérêt pour ce domaine ne peut donc pas être exploitée de façon statistique mais nous intéresse car il témoigne de la valeur particulière de ces informations pour certains étudiants.

Les patients et le contexte de la rencontre entre patients et internes

Les informations que nous relevons dans les scripts, à propos des patients, sont celles que les étudiants y ont retranscrites. Certains éléments attendus sont parfois manquants, ainsi l'âge du patient est absent dans 5 cas, permettant néanmoins de décrire la distribution des patients selon leur âge, à partir de 94 données.

Concernant les autres caractéristiques des patients (activité, comorbidités), la présence de l'information dans le script dépend non seulement du fait qu'elle ait été recherchée par

l'interne mais aussi qu'il ait souhaité la rapporter dans son texte. De plus, la mention de certaines informations personnelles dépend aussi du désir des patients d'en faire part (notamment les difficultés familiales ou les comorbidités addictologiques et psychiatriques) et de leur repérage par les étudiants.

Pour ces différentes raisons, les scripts ne décrivent pas fidèlement les caractéristiques des patients mais ils nous permettent, du moins, de connaître la part minimale d'entre eux concernée par des comorbidités organiques, psychiatriques, addictologiques ou se trouvant dans une situation de conflit familial.

Si les motifs de recours aux soins des patients apparaissent systématiquement dans les récits, les circonstances de découverte du mésusage de l'alcool ne sont pas nécessairement toutes énoncées mais les plus importantes et fréquentes d'entre elles le sont probablement.

Les problématiques analysées et les difficultés rencontrées par les internes

La liste des problématiques analysées est facilement accessible dans chaque script. Les thèmes étudiés dans chacune résultent de l'auto-évaluation de l'interne sur sa pratique et de l'identification des compétences à acquérir. Les problématiques alcool relevées dans les scripts P+ répondent donc aux lacunes et difficultés que les internes ont perçues et qu'ils ont choisi d'étudier comme sujets d'autoformation. Nous ne pouvons donc pas considérer que les thèmes abordés dans ces problématiques reflètent l'ensemble des difficultés réellement rencontrées par leurs auteurs en situation de stage. Le choix d'étudier les « problématiques analysées » ainsi que les « difficultés rencontrées » nous permet d'identifier les difficultés des internes y compris lorsqu'elles ne sont pas l'objet de problématiques.

En effet, les difficultés vécues ou projetées par les internes sont recherchées dans l'ensemble de leur script, du récit à la conclusion, à travers les propos explicites de l'auteur mais aussi à travers les sous-entendus. Par exemple, la façon dont un interne retranscrit un échange avec son chef de service laisse comprendre sa désapprobation et sa frustration dans leur relation. Le chef de service expliquant : « *“On ne réussit déjà pas souvent avec tous ces traîne-savates, alors imagine à la maison...”* ». *Fin de la discussion* ».

Les difficultés que les internes choisissent de laisser apparaître dans les thèmes des problématiques analysées ou dans l'intégralité de leur script dépendent de leur perception de certaines lacunes ainsi que de leur désir d'en faire état voire d'entreprendre un travail d'autoformation à ce sujet. Le choix de l'interne de témoigner d'une difficulté et, éventuellement de la choisir comme sujet d'une problématique, peut être entravé par plusieurs sentiments. Il pourrait préférer garder secrète cette information s'il estime trop honteux de méconnaître des données médicales censées être acquises, s'il garde un sentiment d'échec voire de culpabilité après avoir manqué de compétences, si cette lacune lui a été reprochée par un supérieur ou si elle a eu des conséquences pour le patient. De même, un étudiant peut souhaiter éviter de revenir sur une relation problématique avec un

patient, son entourage ou un autre soignant. Dans ce dernier cas, les auteurs pourraient être gênés de mettre en cause un médecin hospitalier ou un maître de stage pouvant être facilement identifié par un enseignant du DMG.

Les thèmes des problématiques ne peuvent donc être directement analysées comme le reflet des difficultés rencontrées, ils témoignent cependant des compétences que les internes cherchent à acquérir. D'autre part, certaines difficultés peuvent être volontairement masquées par les étudiants. Néanmoins, l'analyse des 99 scripts qui détaillent des problématiques alcool, offre un panel de situations qui paraît suffisamment important pour pouvoir déceler l'ensemble des difficultés des étudiants dans leur prise en charge des patients ayant un mésusage de l'alcool.

DES BIAIS D'INTERPRETATION INEVITABLES

Les difficultés rencontrées et les problématiques analysées par les internes

L'identification des difficultés rencontrées par les internes et retranscrites dans leurs scripts dépend des informations qu'ils délivrent mais aussi de la méthode choisie pour les repérer et de notre subjectivité. Ainsi, nous avons décidé de relever les difficultés explicites mais aussi celles simplement suggérées. Or, l'allusion de l'auteur à certaines d'entre elles pourrait être discrète au point qu'elles aient échappé à notre repérage.

Il est aussi possible que j'aie été plus sensible et attentive à l'expression de difficultés faisant écho à des difficultés personnellement vécues ou à mon propre intérêt pour certains domaines de soins.

D'autre part, la façon de répertorier les difficultés des internes ainsi que les thèmes des problématiques analysées a procédé de choix. Si la distinction entre certains domaines paraît simple (défaut de connaissances ou difficultés relationnelles par exemple), d'autres catégories auraient pu être envisagées différemment par un autre lecteur. Par exemple, nous avons décidé de rassembler dans la catégorie « situations médico-légales » des thèmes qui peuvent aussi relever d'un manque de connaissances médicales ou de compétences à organiser les soins. Il nous a, en effet, paru intéressant d'analyser ensemble les difficultés rencontrées par les internes dans des contextes de soins où l'application des textes de loi participe à la complexité de la situation.

Enfin, la méthode choisie nous a permis d'identifier, dans un même contexte problématique, l'ensemble des sujets de difficultés. Par exemple, dans le cadre d'une demande de soins pressante, nous avons répertorié séparément les différentes difficultés pouvant s'ajouter entre elles : organisation de soins imprévus, difficultés relationnelles avec les proches ou avec les soignants et difficultés à définir un objectif de soins pour le patient.

Le contexte de la rencontre entre patients et internes

La définition des différentes catégories de motifs de recours aux soins est propre à notre méthode mais leur contenu semble peu dépendant du lecteur. Ainsi, la distinction paraît simple entre un motif lié à la nécessité d'un soin alcoologique, lié aux conséquences néfastes de l'alcool, ou encore, sans lien, direct ou indirect, avec l'alcool.

Les catégories de situations des patients par rapport à l'alcool pourraient davantage se discuter. En effet, les patients admis pour un sevrage pourraient être inclus parmi ceux qui sont encore dans un mésusage, cependant nous avons préféré les distinguer car nous sommes intéressés à l'influence de l'existence d'une démarche de soins de la part du patient sur la motivation de l'interne à étudier certains contextes de soins.

DES POINTS FORTS

- Les portfolios étudiés sont ceux rédigés par l'ensemble d'une génération d'internes ayant validé leur DES en 2014 à Bordeaux, c'est-à-dire, l'ensemble de la population source. Aussi, il n'existe pas de biais de sélection lié à un échantillonnage.
- Le nombre de textes étudiés, rédigés par l'ensemble d'une promotion d'internes, nous permet probablement de décrire largement le champ des différentes difficultés rencontrées par les étudiants en stage, malgré le biais d'information. Si la fréquence de certaines difficultés peut être sous-estimée en raison de ce biais, leur grande variété peut être appréciée grâce à l'analyse qualitative de près de 100 scripts.
- Le choix d'étudier les difficultés des internes à partir de leurs scripts nous offre la possibilité de découvrir les situations à travers leur regard et de relever la diversité des scènes vécues, des lacunes perçues, des émotions suscitées et des intérêts particuliers de certains d'entre eux. La subjectivité des témoignages serait un obstacle si l'objectif était de reconstituer la réalité des faits. Au contraire, le choix des internes de mentionner clairement une information nous intéresse.
- L'identification des difficultés rencontrées ne s'est pas limitée au recensement des problématiques explicites mais elle a reposé sur le repérage minutieux de tout élément de langage pouvant témoigner d'une gêne, d'une lacune, d'une frustration ou de tensions rapportées par les auteurs de scripts. Cette méthode nous permet de connaître les difficultés des internes au cours de leurs stages, y compris les moins faciles à exprimer.

4.2. DISCUSSION DES RESULTATS

Dans les paragraphes suivants, nous avons mis en évidence, par la typographie, les passages qui ont été à l'origine de propositions pédagogiques ainsi que certains points que nous avons souhaité souligner.

A PROPOS DE LA PRESENCE DE LA « THEMATIQUE ALCOOL » ET DES « PROBLEMATIQUES ALCOOL » DANS LES PORTFOLIOS

L'identification de la présence d'une thématique alcool et de problématiques alcool dans les textes des PF étudiés nous renseigne sur l'exposition des internes au mésusage d'alcool des patients ainsi que sur leur motivation à analyser leurs difficultés dans ce domaine.

Des mots clés appartenant au champ lexical de l'alcool et des soins alcoologiques sont relevés dans un quart des textes qui les composent (36% des scripts et 10% des éléments ponctuels). La compilation de 22 textes par PF (12 scripts et 10 EP) explique la présence quasi-systématique de cette thématique dans chacun des PF (99% des PF). Ainsi, à l'exception de 2 étudiants, l'ensemble des internes de la promotion 2014, retranscrit, dans l'un ou l'autre de ses textes (script ou EP), la présence d'une thématique alcool rencontrée en stage.

Nous pouvons déduire de cette omniprésence du thème de l'alcool dans les PF que **chaque étudiant est exposé, au cours de ses 3 années d'internat, à une ou plusieurs situations cliniques dans lesquelles le sujet de l'alcool occupe une place suffisamment importante pour figurer dans les textes qui en font le récit.**

Cette observation est en adéquation avec les résultats d'une enquête portant sur la prévalence des problèmes d'alcool parmi les personnes ayant recours au système de soins un jour donné ⁹ [49]. Cette étude, réalisée auprès de médecins généralistes et d'établissements de santé, estime qu'environ « **un cinquième de l'activité du système de soins concerne des patients présentant un risque d'alcoolisation excessive** ». Plus précisément, 20% des patients présents dans des services hospitaliers¹⁰ un jour donné et 18% des patients vus par des médecins généralistes libéraux (en consultation ou en visite) présentent ce risque¹¹.

Si la prévalence des problèmes d'alcool parmi les patients ayant recours aux soins un jour donné ne peut être considérée comme représentative de celle du mésusage parmi les patients consultant en ville ou hospitalisés en général, elle révèle cependant la grande fréquence de la rencontre entre médecins et patients à « risque d'alcoolisation excessive ». Les internes de médecine générale prennent donc régulièrement en charge, lors de leurs

⁹ Cette enquête a été réalisée en 2000, à l'initiative de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) et la Direction Générale de la Santé (DGS), dans l'objectif de répondre au manque de données générales sur la morbidité et le recours aux soins induits par la consommation excessive d'alcool.

¹⁰ Les services concernés par cette enquête sont ceux de médecine, chirurgie, gynéco-obstétrique, psychiatrie et soins de suite et de réadaptation ; les services d'urgences, de pédiatrie et de soins de longue durée sont exclus.

¹¹ Un patient est considéré comme « à risque » si ce résultat apparaît dans l'un des 3 éléments suivants : ses réponses au questionnaire DETA, à 3 questions issues du questionnaire AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) ou l'avis de son médecin traitant.

stages ambulatoires et hospitaliers (y compris dans des services d'urgences), des patients concernés par ce mésusage, que celui-ci soit ou non repéré.

D'autre part, plus d'un tiers des scripts rédigés par les internes contiennent une thématique alcool, cette proportion reflète le choix fréquent des étudiants de faire le « récit de situations complexes et authentiques » dans lesquelles le mésusage de l'alcool participe probablement à la complexité de la situation vécue.

Le rapprochement entre l'estimation de la présence de la thématique alcool et celle des problématiques alcool dans les PF est instructif. En effet, si la quasi-totalité des internes retranscrivent dans leur PF (99% des PF) l'existence d'une thématique alcool rencontrée en stage, la présence de problématiques alcool est près de 2 fois moins fréquente (54% des PF). On peut en déduire que, malgré une exposition quasi-systématique au mésusage de l'alcool des patients au cours de l'internat, seule une moitié des étudiants décide d'analyser un thème lié à ce domaine dans un script ou un EP. Il apparaît donc que **le sujet de l'alcool, en considérant sa fréquence en stage, fait relativement peu souvent l'objet d'un travail d'autoformation. Près de la moitié des étudiants ne rédigent aucune problématique liée à ce domaine pendant toute la durée de leur internat.**

La faible fréquence du choix d'analyser une problématique alcool apparaît également au niveau des textes composant les PF. Ainsi, 36% des scripts présentent une thématique alcool quand seuls 4,5% contiennent des problématiques alcool, 10% des EP comportent une thématique alcool et seul 1,2% analyse des problématiques alcool. La présence de problématiques alcool dans les scripts nous intéresse particulièrement puisque ces textes ont pour objet des situations jugées complexes par leurs auteurs et à l'origine de telles difficultés qu'ils estiment nécessaire d'améliorer leurs connaissances ou compétences dans ce domaine. Bien entendu, certains auteurs peuvent avoir considéré qu'un travail de formation était plus nécessaire encore sur d'autres thématiques leur ayant posé davantage de difficultés. Néanmoins, la fréquence 8 fois moindre des problématiques alcool par rapport à celle de la thématique alcool dans les scripts ne nous semble pouvoir s'expliquer seulement par la variété des domaines des difficultés rencontrées. A moins de supposer que la moitié des internes maîtrise l'ensemble des compétences nécessaires à l'accompagnement alcoologique des patients, il paraît probable qu'une part importante des étudiants est peu encline à analyser les difficultés rencontrées en alcoologie. Ces futurs médecins généralistes pourraient ne pas prendre conscience de leurs lacunes, ou bien les identifier mais ne pas souhaiter les décrire, ou encore les négliger par manque d'intérêt pour ce domaine, ne se projetant pas dans l'accompagnement des patients ayant un mésusage d'alcool.

Nous étudierons plus loin les écarts constatés entre la fréquence des difficultés rapportées et celle des problématiques rédigées, en fonction des différents aspects des soins concernés.

L'étude de la fréquence de la thématique et des problématiques alcool dans les PF nous renseigne également sur la différence de sensibilité, entre internes, à ce thème. Nous constatons, en effet, une grande variabilité dans l'expression de la thématique alcool dans les PF en fonction de leurs auteurs. Celle-ci se traduit par une dispersion importante du nombre de mots clés par PF, allant de 0 à 133, avec une majorité de documents ne comprenant qu'un petit nombre de termes liés à l'alcool (moins de 40), correspondant probablement aux textes qui ne détaillent pas de problématique sur ce sujet (97%). A l'autre extrémité, 13% des auteurs ont cité plus de 80 mots clés dans leur PF. Le nombre de textes comprenant une thématique alcool est également très différent en fonction des internes, il varie de 0 à 12 par PF et de 0 à 9 concernant les scripts.

De plus, la variabilité constatée entre les internes porte aussi sur la fréquence de leur questionnement suite aux difficultés rencontrées. En effet, on retrouve un écart important entre les auteurs de scripts P+ au sujet du nombre de problématiques analysées par script, ce chiffre variant de 1 à 6 en fonction des PF. Si la grande majorité des internes rédigent 1 ou 2 problématiques alcool, 11% en détaillent entre 4 et 6 dans le même script.

Finalement, la fréquence variable des textes concernés par une thématique alcool et du vocabulaire s'y rapportant, pourrait témoigner de **la grande diversité des étudiants quant à leur intérêt pour ce sujet**. Parmi ceux qui l'estiment suffisamment important pour le retranscrire dans leur récit et chercher à améliorer leurs compétences dans ce domaine, on retrouve encore un écart important entre les étudiants, témoignant de leurs **différences de motivation à analyser les difficultés rencontrées**.

D'autre part, nous remarquons que, dans cette promotion d'internes, le genre de l'auteur est statistiquement associé à la présence de la thématique et des problématiques alcool dans les PF. En effet, dans les PF rédigées par des femmes, la proportion de scripts présentant une thématique alcool est significativement plus élevée. Cette même tendance se retrouve au niveau de la présence des textes analysant des problématiques alcool dans les PF. Il semble donc que les femmes soient plus attentives à ce thème, ou du moins, aient davantage tendance à rapporter dans leurs récits les mésusages d'alcool et à analyser les difficultés qu'elles rencontrent. **Les internes femmes relèveraient davantage les problèmes d'alcool de leurs patients et seraient plus nombreuses à s'interroger sur leurs compétences**. Cette observation va dans le même sens que le constat établi dans le Baromètre santé 2009, selon lequel les femmes médecins réalisent plus fréquemment un repérage systématique pour l'ensemble des substances psychoactives [50].

A PROPOS DE L'EXPRESSION DE LA « THEMATIQUE ALCOOL »

Le repérage de la thématique alcool au moyen d'une liste de mots clés nous a permis, à partir de la fréquence de citations des différents termes, d'identifier certaines préférences des internes concernant le vocabulaire employé dans la sphère de l'alcoologie.

Nous remarquons ainsi que, parmi les différents concepts employés, celui d'alcoolisme est le plus utilisé, suivi de la notion d'alcoolodépendance, puis d'addiction et enfin d'éthylisme. Les termes dérivés du produit « alcool » sont également parmi les plus cités, qu'il s'agisse du patient (« alcoolique ») ou de sa consommation (« alcoolisation » précédant ivresse). Il semble donc que les étudiants, dans leur ensemble, abordent préférentiellement ce sujet à travers le produit absorbé, reprenant un modèle introduit au milieu du XIXe siècle¹². Si l'alcoolisme est considéré comme une maladie, l'alcoolique s'écarte progressivement de cette conception pour se rapprocher de l'image du buveur moralement condamnable voire décrit comme « taré » car porteur de l'« un des pires facteurs de dégénérescence »¹³. Il persiste dans notre langage des expressions témoignant de ce regard moralisateur (« buveur impénitent », etc.), de même, nous pouvons remarquer dans les scripts une utilisation courante de termes liés à l'idée de faute. L'aveu est, d'ailleurs, une notion fréquemment utilisée à propos de l'interrogatoire du patient, le médecin menant une enquête pour démasquer la culpabilité du buveur. Par exemple, on peut lire : il « *m'avoue à demi-mots sa main lourde sur l'alcool* », « *sentant avoir touché un point sensible mais toujours inavoué jusqu'alors* » ou encore « *ma suspicion se confirme, ma patiente boit !* ». Parfois, le patient, lui-même, fait part de sa crainte d'un tel regard : « *tout penaud, il me dit avoir peur que je le juge* ».

Avec une fréquence presque identique, les étudiants emploient des termes se rapportant à la dépendance au produit. L'utilisation de la notion d'alcoolodépendance fait référence aux critères diagnostiques de dépendance définis dans le DSM IV-TR¹⁴ (avant les modifications apportées par la publication de la version française du DSM-5 en 2015) et aux recommandations issues des conférences de consensus de 1999 et 2001 au sujet du « sevrage du patient alcoolodépendant » [52] et de « l'accompagnement du sujet alcoolodépendant après un sevrage » [53].

¹² L'alcoolisme est initialement défini par Magnus Huss, médecin suédois, dans un texte intitulé « *Alcoholismus chronicus ou la maladie alcoolique chronique* », paru en 1849. Cette maladie alcoolique est considérée comme une intoxication par l'alcool, d'où le choix du suffixe « isme » (également présent dans saturnisme, ergotisme, etc.). Magnus Huss explique : « J'ai attribué à cette maladie le nouveau nom d'alcoholismus chronicus, pour marquer sa place parmi les maladies par empoisonnement » [51].

¹³ Selon les thèses développées par Bénédict-Augustin Morel dans son « *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine* » (publié en 1857), « l'excès de boisson engendre (...) des désordres d'autant plus graves qu'ils sont héréditaires et se transmettent à la descendance en s'aggravant de génération en génération » [51].

¹⁴ Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4^{ème} édition, texte révisé, publié en 2000 (publication de la traduction française en 2003).

Si la notion, plus récente, d'addiction est présente dans les PF, elle reste moins utilisée que celle d'alcoolisme et de dépendance, comme si un temps d'apprentissage et d'appropriation était nécessaire aux étudiants pour intégrer cette approche qui se détache du produit pour se centrer sur la conduite du patient. Il nous faut cependant remarquer que notre étude porte exclusivement sur le mésusage de l'alcool et non pas sur des addictions à diverses substances psychoactives, favorisant les termes directement liés à l'alcool. Les auteurs utilisent néanmoins le concept d'addiction lorsqu'ils décrivent le domaine d'étude (« addictologie » plutôt que « alcoologie ») et les professionnels de soins (« addictologues », le plus souvent à propos des membres des ELSA). Ainsi, **l'approche du mésusage de l'alcool comme addiction s'impose parmi les soignants spécialisés et cette transformation apparaît dans le vocabulaire utilisé par les étudiants pour les désigner. Cependant, ils continuent d'utiliser des concepts plus anciens pour décrire les patients rencontrés.**

A PROPOS DE LA FORMATION ADDICTOLOGIQUE DES INTERNES

Le relevé des citations spontanées des auteurs de scripts P+ au sujet de l'alcool, l'identification des semestres d'internat en cours lors des situations vécues ou encore l'information sur la présentation orale de certains scripts, nous renseignent sur l'influence de la formation addictologique proposée à cette génération d'internes. Les témoignages des étudiants pourront nous faire remarquer l'intérêt particulier de certains aspects de cet apprentissage et nous conduire, plus loin, à proposer d'en améliorer d'autres.

Une petite part des auteurs de scripts P+ (15%) a jugé opportun d'ajouter aux textes imposés un paragraphe concernant, d'une façon ou d'une autre, une expérience en alcoologie ou en addictologie vécue pendant l'internat. Cette proportion est 3 fois moindre chez les étudiants qui n'ont pas analysé de problématique alcool dans leurs scripts, confirmant la grande différence d'intérêt pour l'addictologie entre ces 2 groupes d'internes.

Certaines observations spontanées portent sur le simple constat de la place importante du mésusage de l'alcool et de ses conséquences parmi l'ensemble des pathologies rencontrées en stage. Deux étudiants, seulement, formulent cette remarque en dehors d'une formation spécifique en addictologie.

Un seul auteur, parmi les 89, signale un projet de thèse en alcoologie. Néanmoins, d'autres internes font part, dans leurs scripts, de leur souhait d'une formation en addictologie. L'un d'eux envisage de réaliser « *un diplôme d'addictologie ou une autre formation* » pour améliorer ses connaissances sur le sevrage. Une autre interne « *compte effectuer des formations* » pour être compétente dans la pratique de l'EM. Enfin, une étudiante projette de réaliser un ministage d'addictologie pour répondre à ses difficultés dans la prise en charge

de l'IEA et du sevrage. D'autre part, une interne, choquée par le décès brutal d'un patient de 56 ans, a suivi un DU d'alcoologie et explique que cette formation lui a permis « *de mieux comprendre cette pathologie* ». Nous remarquons que **parmi les étudiants désireux de compléter leur formation, en addictologie ou à propos de techniques spécifiques, beaucoup ne savent pas vers quel enseignement se diriger.**

Nous notons également que plus de la moitié des internes abordant spontanément le sujet de l'alcool, rapportent une formation spécifique. Les lieux cités pour cette expérience de l'addictologie nous intéressent particulièrement, les références des auteurs témoignant de l'intérêt de ces stages pour les apprentissages dans ce domaine.

Dans la moitié des cas, les internes évoquent un stage dans un service hospitalier ayant une activité addictologique. Dans ces lieux, les étudiants remarquent l'aspect global et multidisciplinaire de l'accompagnement des patients et ont parfois l'occasion de s'intéresser à la pratique de l'entretien motivationnel, qu'ils découvrent. Un autre étudiant fait part de son expérience de l'addictologie dans un service d'urgences, son témoignage insistant sur un aspect plus aigu des soins : « *la gestion des patients ayant des comportements à risque* ». Enfin, plus d'un tiers de ces auteurs rapportent une expérience vécue au cours d'un ministage d'addictologie, pendant le semestre chez le praticien. Plus précisément, ils citent un ministage ambulatoire dans une ANPAA et des ministages associant activité hospitalière et consultations auprès d'une ELSA. Au cours de ces stages hors cabinet, les internes découvrent la place de l'accompagnement psychologique des patients (« *une autre facette de la médecine* ») et se familiarisent parfois avec la pratique de l'EM. Les ministages auprès d'une ELSA permettent une initiation à la pratique de l'addictologie en service hospitalier et en consultations, double expérience qui s'avère particulièrement intéressante pour les futurs médecins généralistes.

Il apparaît ainsi que **certains lieux de stage sont particulièrement propices à des acquisitions en alcoologie, il s'agit des stages dans des services hospitaliers ayant une activité addictologique ainsi que des ministages d'addictologie** réalisés au cours du semestre chez le praticien. Ces stages permettent aux étudiants de se former auprès d'un personnel soignant spécialisé susceptible de leur faire découvrir certaines techniques d'accompagnement (entretien motivationnel et TCC). De plus, les soins réalisés par une équipe pluridisciplinaire rendent concrète la notion d'un accompagnement global du patient associant les approches médicales, psychologiques et sociales. Enfin, ces stages et ministages s'intéressent aux addictions et non pas seulement au mésusage de l'alcool, amenant les internes à se familiariser avec une approche centrée sur le patient et non sur le produit.

D'autre part, les services d'urgences offrent des occasions fréquentes de prendre en charge des patients ayant un mésusage de l'alcool. Alors que 20% des scènes rapportées dans les scripts P+ s'y déroulent et que 70% des patients décrits au cours des stages hospitaliers ont

débuté leurs soins par une admission aux urgences, un seul interne fait part de sa formation à l'addictologie dans ce service. De plus, 60% des situations vécues aux urgences, et faisant l'objet d'une problématique, concernent des patients admis pour des motifs explicitement alcoologiques (vs 40% dans l'ensemble des scripts), il s'agit essentiellement de situations d'IEA ainsi que d'un syndrome de sevrage. Il semble donc que **les SAU voient le passage de nombreux patients mésusant de l'alcool et que les étudiants s'intéressent à ce problème le plus souvent lorsqu'il apparaît de façon évidente**. Les services d'urgences sont probablement des lieux de stage propices au repérage systématique des mésusages, repérage qui semble peu pratiqué par les internes. En effet, seuls 20% des patients pour lesquels un mésusage de l'alcool est décrit sont admis aux urgences pour un motif sans rapport avec l'alcool.

De plus, nous remarquons que le semestre chez le praticien n'apparaît, dans les témoignages spontanés des internes au sujet d'une formation en addictologie, qu'à la faveur de la réalisation de ministages. Pourtant le temps de stage au cabinet est le cadre fréquent de scènes rapportées dans les scripts P+ (21%), témoignant de la perception de problématiques alcoologiques par les étudiants dans ce contexte. Les patients décrits dans ces textes ont recours aux soins pour des motifs explicitement alcoologiques dans une proportion plus importante que l'ensemble des patients rencontrés (57% vs 40%) et les situations de demandes de sevrage sont particulièrement fréquentes, représentant un tiers de l'ensemble des motifs de soins. **Si la relation de confiance établie avec le médecin généraliste favorise l'évocation d'un problème d'alcool par le patient, il est possible que le mésusage ne soit pas repéré par l'étudiant dans des contextes de soins moins évocateurs**. Ainsi, seuls 5% des patients décrits au cours de ce stage consultent pour un motif considéré comme une conséquence de leur mésusage alors que ce motif représente plus d'un quart des recours aux soins dans l'ensemble des scripts. **Il semble donc exister un sous-repérage du mésusage de l'alcool par les internes lors de leur stage au cabinet du praticien**, ce temps est néanmoins formateur vu la fréquence des demandes de soins spontanées de la part du patient ou des proches.

Enfin, non seulement, les internes femmes retranscrivent plus fréquemment la présence d'une thématique alcool dans leurs textes et rédigent plus souvent des scripts analysant des problématiques alcool, mais encore, elles sont plus nombreuses à exprimer spontanément un intérêt pour l'addictologie. Leur sensibilité un peu plus grande à ces problématiques pourrait les amener à les prendre en compte, dans leur pratique, différemment des médecins hommes. De nouveau, nous pouvons établir un parallèle avec un constat formulé dans le Baromètre santé 2009 [50] : « les médecins femmes prennent plus souvent en charge en liaison avec des structures leurs patients qui connaissent des problèmes d'alcool (...) les médecins hommes sont plus nombreux à prendre en charge leurs patients seuls ».

Le relevé des semestres d'internat en cours, lors des situations décrites dans les scripts P+, nous permet d'étudier l'influence de certains aspects de la formation universitaire sur la rédaction de ces textes. Près d'un tiers des scripts retranscrivent des scènes ayant eu lieu au cours de la 1^{ère} année d'internat, près de la moitié (47%) font référence à des situations vécues en 2^{ème} année et seul un cinquième des récits se déroulent au cours de la 3^{ème} année. Plus précisément, il apparaît que les étudiants repèrent plus fréquemment des situations problématiques en rapport avec un mésusage de l'alcool au fur et à mesure de leur avancée dans le cursus, du 1^{er} au 4^{ème} semestre. Nous pouvons émettre l'hypothèse que cette courbe ascendante est en lien avec l'appropriation progressive de l'outil PF par les étudiants. Comme nous l'avons déjà souligné en introduction, le travail d'autoformation, à partir des scripts en particulier, nécessite la compréhension de la démarche et des consignes de rédaction. Aussi, malgré une exposition très probable des internes aux problèmes d'alcool des patients dès les premiers stages, leur capacité à identifier une situation complexe se prêtant à l'exercice du script pourrait être faible en 1^{ère} année puis progresser au cours de la 2^{ème} année. Il est également possible que les internes soient moins performants, en début d'internat, pour repérer les mésusages d'alcool et peu disponibles pour s'y intéresser. Ils découvrent leur nouvelle fonction et se consacrent, dans les services hospitaliers, à l'étude d'une spécialité particulière, sans pouvoir forcément prêter beaucoup d'attention à des problématiques de santé plus transversales.

Les situations vécues au 4^{ème} semestre sont donc les plus représentées (28%), les étudiants ayant alors acquis les principes de rédaction des scripts et identifié des difficultés dans la pratique de l'alcoologie. Cependant, il est intéressant de mettre en parallèle cette répartition avec les résultats d'une analyse menée sur un échantillon de 30 scripts tirés au sort parmi 30 PF rédigés par des internes des promotions 2005 à 2009 (6 PF par année) [26]. L'auteur, S. Kinouani, a évalué l'emploi du portfolio par les IMG de Bordeaux pendant 5 années après sa mise en place. Il s'avère qu'un tiers des scripts étudiés était rédigé en 1^{ère} année, 24% en 2^{ème} année et 43% en dernière année. Dans notre cas, la part des étudiants en 2^{ème} année est la plus importante, sachant que nous nous sommes intéressés au semestre d'internat lors de la situation vécue et non au semestre lors de la rédaction du script. Or, il peut arriver que les internes vivent une situation complexe qu'ils n'analysent que plus tard. Cependant, cette rédaction différée des scripts pourrait ne pas être la seule explication aux différences entre les deux courbes. En effet, nous remarquons, dans les scripts P+, une prédominance de situations problématiques vécues au cours de la 2^{ème} année et, particulièrement, pendant le 4^{ème} semestre. Il nous semble que **ce plus grand intérêt des internes pour l'étude des questions d'alcoologie au 4^{ème} semestre pourrait s'expliquer par la concomitance des séances d'enseignement du module 4 sur « les conduites à risques et les addictions ».**

L'intérêt pédagogique des modules d'enseignement repose également sur la présentation orale des scripts rédigés. Concernant les PF étudiés, nous remarquons qu'au moins un quart des scripts contenant des problématiques alcool ont été présentés devant des pairs. Si nous comparons cette donnée aux résultats de l'étude menée par S. Kinouani (20% des scripts donnent l'information de leur présentation), la proportion de scripts présentés à l'oral semble un peu plus importante lorsque l'alcool est le sujet d'une problématique. Ainsi, **l'exposé des scripts P+ pourrait être motivé par le désir des étudiants de partager leur réflexion sur les difficultés rencontrées en lien avec le mésusage de l'alcool** et d'échanger à leur sujet avec d'autres internes, susceptibles d'avoir vécu des situations similaires.

Nous notons, à nouveau, l'importance de la session « alcool » du module 4 dans la formation des internes, en effet, elle suscite la présentation orale de la moitié des scripts cités. Les étudiants désireux de présenter leur travail savent aussi saisir l'occasion d'autres séances thématiques (40%) ayant un lien avec les effets du trouble de l'usage de l'alcool. D'autre part, nous portons une attention particulière à **l'expérience d'une interne qui a présenté une situation problématique, vécue en stage, au cours d'une séance d'initiation au groupe Balint**. Son script décrit une consultation au cours de laquelle le patient lui a brutalement reproché son manque d'humanité, elle en a été déconcertée puis fut visiblement désireuse d'exprimer la gêne ressentie. Elle s'en est d'ailleurs ouverte à son maître de stage puis dans un groupe type Balint. Elle fait part de sa réticence initiale à « *accepter une certaine mise à nu* » puis évalue l'intérêt de cette séance supérieur à « *un simple débriefing* » concernant sa réflexion au sujet de la relation médecin-patient. Le bénéfice retiré de cette expérience est tel pour l'étudiante qu'elle envisage sa participation à un groupe Balint pour la suite de sa vie professionnelle.

L'analyse des scripts P+ nous donne d'autres exemples d'internes désireux d'échanger avec un autre médecin au sujet d'une relation difficile avec un patient. Ils se tournent alors vers leur maître de stage, lors du stage chez le praticien, voire évoquent la situation avec leur médecin traitant. La Société Médicale Balint constate elle-même que « les étudiants [en médecine] souffrent qu'on ne leur demande jamais leur avis sur leurs contacts avec les malades » : « Ils vivent des situations difficiles voire traumatiques dès le début de leur "carrière" et on ne les invite pas à s'exprimer sur ce qu'ils ressentent » [54]. Une enquête menée à Toulouse en 2008 auprès de 123 IMG [55] confirme le besoin, exprimé par les étudiants, de réponses pédagogiques face aux difficultés relationnelles rencontrées avec les patients. En effet, 76,5% des internes disaient avoir vécu de telles difficultés depuis le début de leur internat et « 72% estimaient que l'enseignement universitaire ne les préparait pas correctement à la relation médecin/patient ».

Enfin, nous remarquons que **les modules d'enseignement, et le module 4 en particulier, incitent certains internes à revenir sur des difficultés éprouvées antérieurement**. En effet, 40% des scripts dont le contexte de présentation est connu, se réfèrent à une situation

ayant eu lieu lors de semestres précédents. Ainsi, l'enseignement obligatoire conduit probablement certains étudiants à analyser des situations dans lesquelles ils avaient rencontré des difficultés et qui auraient pu ne faire l'objet d'aucune réflexion particulière.

Il semble donc que certains internes cherchent spontanément le moyen de s'ouvrir des difficultés rencontrées en stage, quand d'autres y sont amenés par le caractère obligatoire de la formation universitaire.

A PROPOS DES COMPETENCES SOLLICITEES PAR LES PATIENTS RENCONTRES

Les informations recueillies au sujet des 99 patients rencontrés par les auteurs de scripts P+, et de leurs motifs de recours aux soins, nous permettent d'identifier certaines compétences particulièrement nécessaires aux médecins impliqués dans leur accompagnement, qu'elles relèvent de la pratique strictement médicale ou des capacités relationnelles associées.

Ainsi, un quart de ces patients (26%) recourt aux soins en raison des conséquences néfastes de sa consommation et 85% de ces motifs sont organiques. De plus, des comorbidités organiques sont identifiées par les internes chez la majorité des patients (56%). Leur prise en charge nécessite donc des compétences médicales acquises pour le diagnostic, le traitement ou le suivi de pathologies variées, qu'il s'agisse de cirrhoses compliquées, de crises convulsives, de décompensations d'insuffisance cardiaque ou de traumatismes crâniens. L'enquête ESPERHA [56], menée en 2010 sur des patients accueillis un jour donné dans les structures hospitalières en addictologie, identifie l'existence d'une maladie chronique chez 37,5% d'entre eux. Les pathologies citées sont artérielles (8% des patients), hépatiques (7%), respiratoires (4%) ainsi que des polynévrites (4%), liste proche des maladies affectant les patients de notre étude (métaboliques, cardiovasculaires, digestives, neurologiques, traumatologiques et respiratoires). La prévalence supérieure des pathologies organiques dans notre population s'explique probablement par le relevé des troubles non seulement chroniques mais également aigus. De plus, cette enquête relève l'existence de « dommages corporels » au cours de l'année écoulée pour 28% des patients (suite à un accident à domicile, un accident sur la voie publique, des violences ou un accident sur le lieu de travail), confirmant la fréquence élevée des traumatismes chez les patients ayant un trouble de l'usage de l'alcool.

Des compétences en alcoologie, et plus largement en addictologie, sont également nécessaires aux internes afin de pouvoir répondre aux difficultés des patients concernant l'alcool mais également d'autres substances psychoactives. Nous remarquons, tout d'abord, que 40% des patients décrits dans des situations problématiques au sujet de l'alcool, se présentent en médecine générale ou à l'hôpital pour des motifs alcoologiques. Aussi, les médecins les accueillant devraient-ils savoir quels soins prodiguer dans ces contextes spécifiques, en particulier à l'occasion des IEA, des demandes de sevrage, des sevrages

programmés et des syndromes de sevrage. D'autre part, dans un tiers des cas, le motif de recours aux soins est sans lien avec l'alcool, **la compétence du médecin à repérer un mésusage dans des circonstances peu évocatrices pourrait être particulièrement importante pour le patient**, permettant d'initier un accompagnement avant la survenue de complications multiples ou sévères. Enfin, la majorité des patients rencontrés par les internes (52,5%) présente une consommation ou une dépendance associée au mésusage de l'alcool, elle concerne essentiellement le tabac, parfois le cannabis, plus rarement les opiacés. Nous notons également qu'une part non négligeable d'entre eux suit un TSO (6%). L'étude NESARC [57] réalisée entre 2001 et 2005 aux Etats-Unis identifie 80% de fumeurs parmi les sujets alcoolodépendants suivis dans des structures de soins, l'abus ou dépendance au cannabis concerne 10% de ceux ayant un mésusage de l'alcool, 2,5% pour la cocaïne et 2,4% pour les opiacés. Ainsi, **la fréquence des comorbidités addictologiques associées au mésusage de l'alcool impose au médecin de savoir les rechercher systématiquement** et les prendre en charge ou de pouvoir orienter ces patients vers un accompagnement adapté.

Les internes soignant des patients ayant un problème d'alcool se doivent également d'avoir des connaissances et compétences en psychiatrie. En effet **des comorbidités psychiatriques sont rapportées pour un quart des patients décrits dans les scripts P+**. Dans l'enquête ESPERHA, la prévalence de ces troubles parmi les patients reçus à l'hôpital pour addiction (hospitalisés, vus en ambulatoire ou par une ELSA) est de 50%. Il s'agit de troubles de l'humeur et de troubles anxieux (23% des patients chacun), de troubles de la personnalité (12%), de troubles psychotiques (3%) et de troubles des conduites alimentaires (1%) [56]. Même si les populations décrites dans cette étude et dans les scripts sont différentes, la part de patients concernés par des troubles de l'humeur, des troubles psychotiques et des troubles des conduites alimentaires est proche alors que les proportions sont très inférieures, dans les scripts, concernant les patients souffrant de troubles anxieux (2%) et de troubles de la personnalité (aucun). Il semblerait donc que **les internes identifient rarement les troubles anxieux et ne repèrent pas les troubles de la personnalité**.

Enfin, les informations relevées au sujet des patients rencontrés par les internes (absence d'activité professionnelle pour un tiers d'entre eux et existence de conflits familiaux pour 37%) sont cohérentes avec les caractéristiques sociodémographiques décrites dans les études déjà citées. L'enquête ESPERHA estime que 43% des patients en difficulté avec l'alcool vivent seuls, que plus d'un quart (26%) dépendent de revenus de solidarité (revenu de solidarité active, allocation adulte handicapé, autres prestations sociales), et qu'une part non négligeable d'entre eux vit d'une pension d'invalidité (7%). **Le manque d'insertion sociale, et parfois professionnelle, pourrait susciter, chez certains, des sentiments de dévalorisation, de honte, voire des troubles anxieux ou dépressifs**. D'autre part,

l'existence de conflits familiaux en lien à l'alcool peut aussi être source de souffrance chez ces patients. Nous avons pu noter de fréquentes descriptions de séparations conjugales mais aussi de « ruptures » avec des parents, frères ou sœurs se traduisant par l'absence de toute relation pendant plusieurs années. Les origines de ces conflits ne sont pas explicitées mais elles pourraient se trouver dans des violences, des reproches ou des complications trop lourdes à supporter (par exemple, la sœur d'une patiente « *ne désire pas entreprendre de démarche de curatelle, elle en a déjà beaucoup fait et cela lui fait trop de peine de voir sa sœur dans cet état de "déchéance"* »). Ces éloignements pourraient aussi être liés à la faiblesse ou à l'altération des capacités relationnelles de certains consommateurs d'alcool. On comprend donc qu'il s'avère particulièrement délicat, pour des médecins en formation, d'établir une relation de confiance avec des patients pouvant éprouver des sentiments de honte ou de culpabilité, pouvant être blessés de constater les effets de l'alcool sur leur entourage ou sur leur vie professionnelle, pouvant aussi souhaiter ne pas s'épancher sur leur consommation et ses conséquences. Des compétences relationnelles sont, ainsi, indispensables aux internes, afin de pouvoir évaluer l'état psychologique des patients et de savoir adapter leurs attitudes et leurs propos aux souffrances perçues.

Le profil des patients décrits par les internes nous amène ainsi à remarquer **la nécessité, pour les futurs médecins généralistes, de posséder des compétences médicales concernant le diagnostic et la prise en charge de nombreuses pathologies organiques et de fréquents troubles psychiatriques, mais aussi la capacité de percevoir l'état psychologique des patients et de savoir les accompagner en prenant en compte leur vécu.**

A PROPOS DES ECARTS ENTRE LES DIFFICULTES RENCONTREES ET LES PROBLEMATIQUES ANALYSEES

Si la description des patients soignés nous laisse entrevoir les compétences sollicitées chez les internes, l'identification des difficultés rencontrées, et leur rapprochement avec les problématiques étudiées, permettent d'évaluer la motivation des étudiants à analyser leurs insuffisances dans les différents domaines répertoriés.

L'écart le plus important entre les difficultés repérées et les problématiques rédigées, concerne les aspects relationnels des scènes décrites : **45% des auteurs laissent apparaître des difficultés relationnelles dans leurs scripts quand seuls 8% leur consacrent des problématiques.** On peut formuler plusieurs hypothèses à ce sujet, allant de l'absence d'identification des difficultés vécues au désir de ne pas les faire figurer dans les portfolios.

Il se pourrait, tout d'abord, que **certains étudiants expriment des émotions et sentiments suscités par une relation complexe avec un patient, son entourage ou un autre soignant, sans aller jusqu'à prendre conscience des difficultés relationnelles existantes**. Par exemple, une interne est stupéfaite de la décision soudaine d'un patient d'arrêter toute consommation d'alcool suite à la consultation d'un cardiologue alors que ses propos répétés ont été inefficaces. Sa façon de rapporter la nouvelle de cette abstinence laisse paraître son incompréhension ainsi que son agacement vis-à-vis d'un patient qui s'est montré peu « obéissant ». La décision brutale, attribuée aux paroles du spécialiste, peut lui être apparue comme une trahison dans sa relation avec le patient, l'« efficacité » des propos d'un autre médecin pouvant être considérée comme la préférence du patient pour cette autre relation. Pour autant, l'étudiante n'analyse pas les raisons de sa colère et ne semble pas percevoir l'effet de ce sentiment dans la relation de soins. La rédaction d'une problématique au sujet de sa frustration aurait pu l'amener à remarquer la place du cheminement propre du patient ainsi que sa probable contribution à cette évolution, avant la décision d'abstinence.

D'autres internes nomment leurs émotions et perçoivent les difficultés relationnelles rencontrées mais ne semblent pas les considérer comme des sujets de compétences à acquérir, comme s'ils n'intégraient pas réellement cette dimension à l'exercice médical. Ainsi, une interne rapporte son échange bouleversant avec une jeune femme dans la douleur de la perte d'un enfant à naître, elle décrit largement la peine partagée et sa difficulté à « *prendre de la distance par rapport à cette patiente* » qui la « *touche par son désarroi* ». La gêne induite par la proximité relationnelle apparaît comme un thème majeur dans le script mais elle n'est pas analysée dans une problématique. **De nombreux aspects relationnels des soins échappent ainsi à la réflexion des étudiants** alors que les mêmes contextes problématiques sont susceptibles de se répéter au cours de leur pratique future.

Une thèse au sujet de l'expérience d'un groupe d'analyse des pratiques, de type Balint, mis en place à Angers [58], décrit également la réserve des internes à exprimer leurs émotions et à les prendre en compte dans leur pratique. Son auteur constate que « **reconnaître ses émotions, ses sentiments comme un signe, un symptôme à entendre de la relation avec un patient** » ont été des apprentissages réalisés au cours des échanges. De plus, elle explique que pour « soutenir l'imprévu de la rencontre », les internes ont dû apprendre à se « décaler d'une position de savoir, de toute-puissance et de maîtrise ».

La formation des auteurs des scripts P+ repose pourtant, au cours de leur 2^{ème} cycle, sur le programme de l'ECN modifié en 2007 [20] et intégrant plusieurs items portant sur les aspects psychologiques et relationnels des soins¹⁵. Ces étudiants ont également suivi,

¹⁵ Nous relevons les items suivants : « item n°1 : La relation médecin-malade (...) : expliquer les bases de la communication avec le malade (...) établir avec le patient une relation empathique, dans le respect de sa personnalité et de ses désirs, se comporter de façon appropriée lors de l'annonce d'une maladie grave », « item n°6 : (...) L'information du malade. Le secret médical », « item n°46 : Sujets en situation de précarité (...) : évaluer la situation médicale, psychologique et sociale », « item n°47 : Bases psychopathologiques de la psychologie médicale », « item n°48 : Différents types de

pendant leur 6^{ème} semestre d'internat, un module d'enseignement au cours duquel 3 séances sont consacrées à des aspects complexes de la relation médecin-patient¹⁶ pouvant s'appliquer aux difficultés rencontrées avec des patients mésusant de l'alcool. Il semble donc que, malgré cette place accordée aux questions relationnelles dans leur formation, les internes demeurent réticents à se pencher sur leurs propres difficultés dans ce domaine. Cette attitude pourrait s'expliquer par **la gêne ressentie à partager leurs défaillances, à les exposer au regard d'un enseignant, en particulier lorsqu'elles concernent des capacités relationnelles**. En effet, décrire sa déception, sa frustration ou sa colère en tant que médecin peut sembler plus « impudique » que reconnaître un manque de connaissances théoriques. Les sentiments des internes peuvent s'écarter de l'empathie préconisée, conduisant certains à les refouler ou à préférer les garder secrets. Probablement que certains étudiants ne peuvent associer, à l'idée qu'ils se font du médecin, de telles pensées négatives au sujet des patients. De plus, **les compétences relationnelles des étudiants sont aussi impliquées dans d'autres domaines de la vie personnelle, ce qui peut rendre leur dévoilement plus gênant**. Enfin, il se pourrait que, pour certains, le mésusage de l'alcool des patients fasse écho à des problématiques personnelles ou familiales, rendant plus difficile l'abord de ce sujet.

Ainsi, nous remarquons que, malgré l'incitation des étudiants à faire part de leur vécu dans leur portfolio, ce support ne permet pas toujours de remédier à l'occultation de certaines difficultés rencontrées. La présentation du script, telle qu'elle est décrite sur le site du DMG [34], insiste sur la description des différents aspects du contexte, y compris « psycho-affectif », le récit devant préciser les « aspects relationnels ou affectifs ressentis », notamment « les interactions relationnelles avec le patient ». Le script est donc bien un espace favorable à l'expression des diverses gênes dans les relations vécues au cours des stages, mais le choix de rédiger une problématique sur un tel sujet pourrait être freiné par la consigne d'appuyer son analyse sur les composantes de l'EBM, la première étant « les données actuelles de la science disponibles ». Si les ressources concernant les diverses pathologies médicales sont facilement identifiées par les étudiants, **la recherche de références bibliographiques au sujet des difficultés relationnelles peut s'avérer plus complexe**, de même que l'évaluation de leur niveau de preuve. De plus, les internes pourront rarement, dans ce domaine, conclure leurs recherches par des recommandations. Les différences entre difficultés éprouvées et problématiques rédigées, dans le domaine relationnel, portent aussi sur la relation considérée. En effet, une part non négligeable des auteurs fait part d'un malaise dans sa relation avec l'entourage du patient (8%) ou avec d'autres soignants (9%). Or, **un seul étudiant développe une problématique au sujet des**

techniques psychothérapeutiques », « item n°170 : La décision thérapeutique personnalisée (...) : argumenter les facteurs qui interviennent lors de la décision thérapeutique chez un malade donné ».

¹⁶ Le module 6 comprend, notamment, les séances thématiques suivantes : « Le patient opposant, le refus de soins », « La bonne distance relationnelle » et « La relation d'aide ».

proches du patient et la relation entre l'interne et les autres soignants n'est jamais étudiée.

Un interne s'intéresse à la place des proches dans le sevrage du patient alors que les situations complexes les impliquant sont multiples. Par exemple, la demande de soins immédiats par un entourage épuisé embarrasse particulièrement certains étudiants qui ne savent pas comment répondre à la détresse perçue. De même la difficulté à établir un nouveau type de relation avec la famille d'un patient déjà connue avant les soins ne fait pas l'objet d'analyse. Ainsi, les internes se penchent peu sur cette relation qui sera pourtant un élément permanent de leur vie professionnelle, et particulièrement important en médecine générale. Les consignes données par le DMG sur la rédaction du script [34] évoquent rarement la relation avec l'entourage du patient, la seule allusion pourrait être la consigne de faire apparaître dans le récit : des « interactions relationnelles entre le patient, vous-même et l'environnement ».

Les relations entre les internes et les autres soignants sont, quant à elles, totalement absentes des problématiques alors qu'elles sont au deuxième rang des relations complexes. Il semble que les étudiants ne s'autorisent pas à commenter les difficultés vécues dans ce domaine, comme si le lecteur ne pouvait concevoir de relations conflictuelles entre médecins. Pourtant, des tensions sont apparentes dans plusieurs scripts, elles résultent souvent de la différence des regards portés sur le patient « alcoolique », témoignant de conceptions diverses du mésusage. Ainsi, une interne est contrariée du peu de considération du médecin senior pour son patient, leurs divergences de vue gênent l'établissement d'un projet de soins commun et perturbent la relation d'enseignement. Même si l'incompréhension réciproque a eu des conséquences importantes dans la situation et interroge l'interne, elle ne fait pas l'objet d'une problématique. En tant que médecins généralistes, les auteurs des scripts devront pourtant collaborer avec d'autres soignants autour d'un même patient et les difficultés non analysées risquent de leur poser, à nouveau, problème. Un frein évident à faire part de tensions entre soignants est le fait d'impliquer un confrère, ou plutôt un médecin hiérarchiquement supérieur, dans la description de la difficulté rencontrée. Néanmoins, l'analyse de la gêne éprouvée pourrait permettre d'identifier les contextes de désaccord entre soignants ainsi que certains motifs d'une attitude hostile envers les patients. **La rédaction d'une problématique se ferait, non pas dans l'idée de corriger un confrère, mais dans celle d'un apprentissage pour l'étudiant, utile pour des situations complexes à venir.** En effet, si dans la scène rapportée, l'interne est dans une relation empathique avec le patient, elle pourra, dans d'autres situations, éprouver à son tour une certaine lassitude à accompagner les patients en difficulté avec l'alcool. La réflexion menée à l'occasion du script pourrait alors lui permettre de repérer son propre découragement voire son agressivité. Il est d'ailleurs intéressant de remarquer qu'un autre interne, ayant vécu une situation similaire auprès d'un médecin senior défaitiste, se soit

saisi de cette expérience pour analyser sa propre attitude envers les patients (« *Sans en avoir vraiment conscience, je parlais plein de préjugés dans la chambre de Mr B* ») et remarquer la façon méprisante des soignants, dont il fait partie, de désigner certains patients (« *les alcoolos, un poly-pourri...* »). Enfin, **la rareté des ressources bibliographiques s'intéressant à la relation entre soignants pourrait, là aussi, participer au choix des internes de ne pas rédiger de problématique** sur ce sujet.

Des différences entre les difficultés rencontrées et les problématiques rédigées sont aussi perceptibles dans le domaine des connaissances et pratiques en alcoologie. Nous remarquons notamment un écart important concernant les comorbidités addictologiques des patients, dont la prise en charge pose problème le plus souvent au sujet du sevrage du tabagisme et dans la moitié des cas au cabinet du praticien. Pour répondre aux lacunes perçues, les étudiants rédigent généralement des problématiques concernant exclusivement une substance particulière, en dehors de sa relation avec le mésusage d'alcool, elles ne sont donc par relevées parmi les problématiques alcool. Nous notons également la fréquence des questions posées par la prescription des TSO, elles aussi, objets de problématiques spécifiques. Sur ces sujets, la référence à des ressources bibliographiques permet généralement de résoudre les difficultés rencontrées.

D'autre part, les étudiants semblent peu disposés à analyser les difficultés vécues en rapport avec les comorbidités psychiatriques des patients. Si 10% des internes sont concernés, un seul rédige une problématique sur le mésusage de l'alcool et les troubles psychiatriques, mais d'autres auteurs ont pu étudier une pathologie psychiatrique en dehors de tout lien avec le mésusage d'alcool. L'analyse des scripts a permis de relever plusieurs situations dans lesquelles **la prise en charge de patients dépressifs posait problème, notamment quand il s'agissait d'écouter leur douleur morale, d'évaluer le risque suicidaire ou de faire face à une situation de crise suicidaire**. Ainsi, une interne dépeint sa peine à supporter la « *rafale de souffrance morale envoyée en pleine tête* » et sa stratégie pour contourner la difficulté (« *je me raccroche au somatique* ») mais elle ne revient pas sur ce sujet dans l'analyse. Il nous semble que l'on peut rapprocher cet évitement de la même tendance à peu analyser les difficultés relationnelles. En effet, la prise en charge d'un patient suicidant suppose des connaissances strictement médicales mais aussi une capacité à écouter la souffrance d'autrui. Pour certains étudiants cette position s'avère quasiment insupportable, ces mêmes médecins risquent d'être embarrassés au cours de nombreux entretiens, lorsque leurs patients se livrent sur leurs blessures, dans l'espoir que leur parole soit véritablement accueillie. « **L'aptitude du médecin à ménager la relation lorsqu'un moment d'émotion prégnant émerge** » [59] nous semble particulièrement importante dans les échanges avec des patients dépressifs ou ayant un trouble de l'usage d'une substance. L'acquisition d'une telle compétence relationnelle est nécessaire

à tout médecin qui ne se considère pas comme un simple technicien, le médecin généraliste se trouvant dans une place privilégiée pour « accueillir de tels moments significatifs et y répondre » [59]. D'autre part, plusieurs auteurs expriment leur plus grande compétence à prendre en charge un patient suite à une tentative de suicide plutôt qu'au cours d'une crise suicidaire. **Leur expérience, essentiellement hospitalière, les conduit à rencontrer des patients suicidants aux urgences, mais ils se trouvent dépourvus face à ceux qui tiennent des propos suicidaires.**

Nous notons, enfin, que les difficultés rencontrées pour définir un objectif thérapeutique ne sont étudiées qu'au sujet des situations dans lesquelles les patients justifient leur consommation « modérée » par son bénéfice cardiovasculaire. Les étudiants s'intéressent alors à la réalité de ce bénéfice afin de déterminer leur attitude face à leurs futurs patients. Les demandes de soins immédiats ou les cas de patients ne désirant pas modifier une consommation excessive sont pourtant des situations aussi complexes pour les internes, qu'ils envisagent successivement plusieurs objectifs de soins ou qu'ils ne puissent en déterminer aucun. **Les étudiants sont démunis face à des patients qui reconnaissent leur mésusage mais souhaitent le poursuivre** (par exemple, un patient « *est conscient des conséquences graves qu'a sa consommation d'alcool sur sa vie (...). Cependant il n'est pas dans une démarche de sevrage* »), ils abandonnent alors toute perspective de soins ou retranscrivent leur agacement et leur frustration (« *Alors c'est tout ? On ne peut rien faire ? On sait mais on ne peut pas agir ?* »). L'analyse de ces situations problématiques et inattendues pourrait amener les étudiants à s'interroger sur leur attitude envers ces buveurs, leur questionnement sur leur sentiment d'impuissance pourrait leur laisser percevoir l'importance du désir propre du patient dans l'accompagnement qu'ils peuvent proposer. Leur place de médecin s'en trouverait un peu modifiée. Nous remarquons, ici encore, que les difficultés analysées sont préférentiellement celles qui peuvent se résoudre par l'acquisition de connaissances plutôt que celles qui nécessitent d'entreprendre une réflexion par soi-même.

A l'inverse, certains sujets apparaissent dans un ordre similaire parmi les difficultés éprouvées et celles étudiées. Ainsi, **les modalités du sevrage, en particulier ambulatoires, représentent la question la plus souvent abordée concernant les soins en alcoologie.** D'autres aspects de l'accompagnement sont présents dans les difficultés rencontrées comme dans les problématiques analysées : l'aide au maintien de l'abstinence, le baclofène en alcoologie, le traitement du syndrome de sevrage ou la prise en charge de l'IEA. Sur ces sujets, l'autoformation à partir du travail sur le script s'avère le plus souvent efficace, les internes identifiant des références fiables (recommandations de l'ANAES¹⁷, de la SFA, de la

¹⁷ Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

SFMU, avis de l'ANSM¹⁸) qui permettent de répondre à leurs questions. Nous remarquons, d'autre part, que les lacunes perçues au sujet de prises en charge aiguës font facilement l'objet d'apprentissages. **Il semble exister une préférence pour l'étude des soins à court terme** (sevrage, traitement du syndrome de sevrage et prise en charge de l'IEA) par rapport à ceux qui s'inscrivent dans la durée, au-delà de la plus grande fréquence des premiers dans les services hospitaliers (sevrages programmés et IEA). Il est, en effet, surprenant de constater que **les problématiques concernant l'accompagnement du patient alcoolodépendant figurent au dernier rang des soins alcoologiques étudiés** alors qu'il est un sujet fréquent de difficultés et que de nombreux patients rencontrés sont probablement concernés (54 patients sont décrits comme présentant un mésusage d'alcool avéré). Nous remarquons, d'ailleurs, que cet accompagnement n'apparaît jamais comme le motif de recours aux soins des patients décrits. Ce sont les situations de demande de sevrage, de demande de soins de la part d'un proche ou les IEA qui amènent les étudiants à s'interroger sur ce sujet. S'il n'est pas surprenant que l'hôpital ne soit pas le lieu de cet accompagnement, il ne figure pas, non plus, dans les situations ambulatoires (pendant le stage chez le praticien comme en SASPAS). Nous pouvons faire l'hypothèse que peu de médecins généralistes (maître de stage ou interne) proposent un accompagnement spécifique aux patients dépendants ou qu'ils n'identifient pas le trouble de l'usage chez leurs patients. De plus, **les problématiques qui portent sur des soins prolongés étudient plus souvent l'accompagnement du sujet abstinent secondaire que celui du patient dépendant**. On perçoit une distorsion entre l'intérêt des internes pour certains soins et les difficultés réellement rencontrées, les cas de patients abstinentes étant relativement peu fréquents (9 sur 99). Plusieurs éléments pourraient expliquer la motivation des étudiants à s'instruire sur l'accompagnement au décours du sevrage. Tout d'abord, nous avons pu remarquer que de nombreux auteurs prennent soin de rédiger des problématiques « ayant du sens par rapport aux situations rencontrées en soins primaires » [34]. Ainsi, dans plusieurs contextes, ils se projettent dans une situation qu'ils pourront rencontrer en tant que médecins généralistes. Certains, ayant accompagné des patients au cours de sevrages hospitaliers, s'interrogent sur leurs capacités à assumer leur prise en charge du patient devenu abstinent. D'autres exemples pourraient illustrer l'efficacité du travail sur le script pour induire un questionnement sur ses aptitudes dans une pratique professionnelle à venir. La surreprésentation des problématiques concernant l'abstinence pourrait aussi être favorisée par l'actualité au sujet du baclofène entre 2012 et 2014¹⁹. Non seulement de

¹⁸ Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé

¹⁹ Suite à la description par le Pr Ameisen d'un effet anti-craving du baclofène dans son propre cas [60] et à d'autres observations au sujet de patients ayant pu arrêter ou réduire significativement leur consommation sous traitement, deux études sont lancées en 2012 pour évaluer le bénéfice du baclofène chez l'alcoolodépendant (Bacloville et Alpadir). Dans l'attente de leurs résultats, l'ANSM accorde une RTU au baclofène en 2014 [47], encadrant sa prescription en alcoologie et permettant le recueil des effets indésirables constatés.

nombreux internes ont cherché à se documenter sur les indications du baclofène, mais il se pourrait aussi que la connaissance d'un médicament pouvant aider à réduire voire à arrêter la consommation d'alcool ait amené des étudiants à s'intéresser, en particulier, à ce moment de l'accompagnement. Nous pouvons également faire l'hypothèse que **les médecins envisagent plus volontiers la prise en charge des patients qui sont déjà engagés dans une démarche de soins que de ceux qui en sont éloignés**. En effet, les modalités du sevrage programmé, l'accompagnement du patient après le sevrage et le traitement par baclofène sont les soins les plus étudiés, bien avant l'accompagnement du patient dépendant, la prise en charge de l'IEA ou du syndrome de sevrage. Pourtant les difficultés vécues en stage (et non pas celles seulement envisagées) semblent plus fréquentes dans ces dernières situations, les étudiants décrivant leurs interrogations sur les méthodes à employer (« *faut-il lui forcer un peu la main ? Comment le motiver et le soutenir ?* »), leur découragement face à des ivresses répétées, leurs difficultés à gérer l'agressivité de certains patients ou encore leurs désaccords avec des médecins seniors. Il semble évident qu'il est plus aisé d'entrer dans une relation de confiance avec un patient qui exprime son besoin de changement et qui est en attente de soins plutôt que d'amener un patient dépendant à formuler son ambivalence par rapport à sa consommation actuelle. De plus, les patients qui sont dans une démarche de sevrage ou dans le souhait de poursuivre leur abstinence, comme ceux réclamant une prise en charge immédiate, émeuvent les internes lorsqu'ils se confient sur leur histoire avec l'alcool et les souffrances qui y sont liées. On peut citer un étudiant « *impressionné par tant d'assurance et de demandes* » quand le jeune homme admis aux urgences lui explique : « *Vous comprenez, depuis que mon père est mort, et la prison en plus, là ma copine est partie (...) regardez comme ça ne va pas, il faut m'hospitaliser* ». Nous pouvons concevoir la tendance des auteurs à privilégier la rédaction de problématiques au sujet de situations dans lesquelles ils se projettent volontiers, motivés par la peine perçue chez un patient et rassurés sur l'observance de leurs soins par la bonne volonté supposée de ce patient. Cependant, le rôle du script est ici un peu dévoyé puisqu'il ne sert pas à l'analyse des situations les plus problématiques. Il est, enfin, possible que **certaines étudiants n'envisagent pas d'accompagner des patients en difficulté avec l'alcool, que leurs soins leur paraissent trop incertains ou pénibles** et qu'ils se détournent volontairement de cette question.

Un dernier aspect des soins est rarement décrit comme sujet de difficultés et **peu abordé dans les problématiques, il s'agit de l'accompagnement d'un consommateur excessif voire d'un patient dépendant, vers la réduction de sa consommation**. Ces situations sont probablement nombreuses en médecine générale, et plus fréquentes que le suivi de patients dépendants ou l'aide au maintien de l'abstinence, pourtant davantage cités. Une seule interne fait part de son échec à induire une modération de la consommation d'alcool chez un patient décrit comme en faisant un usage nocif : « *il ne voyait pas ce qui me*

dérangeait ». Comme nous l'avons vu précédemment, d'autres étudiants, dans des situations similaires, se questionnent sur l'objectif thérapeutique et sur la réalité du bénéfice vasculaire de la consommation de vin, invoquée par leurs patients. Nous pouvons faire l'hypothèse que les usages à risque sont sous-repérés dans les stages ambulatoires ou que certains internes, ayant identifié un mésusage, préfèrent ne pas insister sur cette question auprès de patients qui pourraient en être froissés. Nous retrouverions ainsi, parmi les étudiants, une tendance déjà décrite parmi les médecins installés, à peu aborder le sujet de l'alcool avec leurs patients [3]. En réponse aux difficultés rencontrées, de nombreux internes se documentent sur le repérage du mésusage mais peu s'intéressent à l'accompagnement vers une réduction de la consommation. De même, en cas de dépendance, les étudiants se projettent plus facilement dans un sevrage puis une aide au maintien de l'abstinence que dans un objectif de diminution de la consommation. Cette possibilité est l'objet de quelques problématiques pour le consommateur à risque, mais aucune ne concerne le sujet alcoolodépendant. Lorsque les étudiants s'interrogent sur les indications du **baclofène**, **là encore, ils l'envisagent comme un traitement facilitant le sevrage et jamais comme une aide à la « réduction majeure de la consommation d'alcool jusqu'au niveau faible »** [47], y compris lorsque le patient lui-même suggère cette indication. Il apparaît ainsi que **les internes ne se sont pas encore appropriés la notion d'un objectif de consommation modérée²⁰ pour les patients alcoolodépendants** qui pourraient en bénéficier.

Dans les autres domaines de difficultés et de problématiques (organisationnel et situations médico-légales), nous relevons peu d'écart entre ce qui est vécu et ce qui est étudié. Nous notons que le premier thème cité dans le domaine de l'organisation des soins concerne, de nouveau, **le sevrage, les étudiants cherchant à différencier ses indications ambulatoires et hospitalières**. Le deuxième thème abordé est celui de **l'identification des structures et réseaux ambulatoires**. L'étude de ces deux questions présente un intérêt pratique évident pour les futurs médecins généralistes souhaitant collaborer avec des soignants spécialisés pour accompagner les patients en difficultés avec l'alcool et qui devront estimer s'ils sont eux-mêmes les mieux placés pour accompagner le sevrage de certains d'entre eux. Nous pouvons ainsi percevoir, dans le questionnement de ces étudiants,

²⁰ Une première faille dans le dogme de l'abstinence apparaît en 1962 avec la publication d'une étude prospective menée par Davis et rapportant le cas de 7 patients installés dans une « consommation normale » pendant plusieurs années de suivi, parmi 93 alcoolodépendants soignés dans la perspective d'une abstinence. La possibilité d'un boire modéré est également constatée (chez 16% des patients dépendants) dans une enquête épidémiologique réalisée par Vaillant en 1983 [61]. Parallèlement, une démarche de réduction des risques s'impose dans le champ de la toxicomanie à partir de la fin des années 1980, en rapport avec l'épidémie de VIH. L'émergence de l'addictologie à la fin des années 1990 conduit à envisager cette pratique chez les patients alcoolodépendants [62]. Ce nouvel objectif de soins s'avère pertinent pour de nombreux buveurs ne souhaitant pas se priver d'alcool ou n'y parvenant pas, la réduction de la consommation étant corrélée à l'amélioration de leur qualité de vie. Cet objectif est également bénéfique en terme de santé publique puisqu'il induit une baisse de la morbidité et de la mortalité [63].

leur désir de s'impliquer dans l'accompagnement de patients ayant un mésusage, avec un intérêt particulier, déjà décrit, pour la période du sevrage et à la condition de travailler en collaboration avec des soignants spécialisés en addictologie. Il semble donc que le recours à des avis spécialisés et la pratique d'un suivi multidisciplinaire rendraient possible, pour certains médecins généralistes, l'accompagnement des patients mésusant d'alcool.

A PROPOS DES SITUATIONS PARTICULIEREMENT COMPLEXES

La catégorisation des difficultés rencontrées par les internes en différents domaines nous a paru nécessaire afin de répertorier l'ensemble des situations gênantes décrites dans les scripts. Elle nous a aussi permis d'évaluer la part relative des différents aspects problématiques dans les scènes complexes. Cependant, les résultats de l'analyse des scripts nous conduisent à porter un regard plus transversal sur les difficultés des internes et à identifier certaines situations qui s'avèrent particulièrement difficiles. En effet, dans certains contextes, s'associent des défauts de connaissances ou de compétences pour la pratique alcoologique, des difficultés relationnelles et/ou organisationnelles. Il nous a paru intéressant d'étudier plus précisément ces situations que les futurs médecins généralistes seront probablement amenés à vivre de nouveau au cours de leur vie professionnelle afin de pouvoir suggérer des attitudes facilitant la résolution des problèmes rencontrés.

Ainsi, nous nous intéresserons à trois situations en particulier : l'entretien avec un patient au sujet de sa consommation d'alcool, l'accompagnement d'un patient considéré comme étant dans le déni, et enfin, nous étudierons plus brièvement la demande de soins pressante.

S'entretenir avec un patient au sujet de sa consommation d'alcool

L'analyse des scripts nous a conduit à identifier cette situation comme particulièrement problématique, les difficultés s'y rapportant concernant des connaissances et compétences médicales (« interrogatoire » du patient et diagnostic du mésusage), la relation avec le patient (difficultés de communication, réaction d'irritation en réponse aux questions posées) ainsi que des aspects organisationnels (temps disponible pour l'entretien). Nous allons étudier, ici, les différents aspects problématiques rencontrés au cours de ce dialogue.

Le préalable à toute évocation de la question de l'alcool est la possibilité d'établir un échange avec le patient, ce qui implique ses capacités et sa disposition à communiquer. Or, dans plusieurs circonstances, des troubles organiques gênent son expression, qu'il s'agisse d'états confusionnels induits par une IEA ou par un delirium tremens, ou de troubles cognitifs secondaires à un mésusage prolongé. Dans le premier cas, l'impossibilité à établir un dialogue est transitoire, l'abord du sujet de l'alcool est seulement différé alors que dans le

second, l'étudiant devra adapter ses propos aux capacités du patient. Dans d'autres situations plus problématiques, c'est l'attitude psychologique et physique du patient qui fait obstacle à l'établissement d'un échange. Ainsi, deux internes témoignent de difficultés vécues face à des patients décrits comme étant en état de prostration. Le premier reçoit une femme de 40 ans suite à une rechute, elle « *semble prostrée, honteuse (...) totalement en retrait durant le discours de sa mère* ». L'étudiant ressent cette situation comme « *éprouvante du fait de la situation de détresse exprimée, principalement de manière non verbale par la fille* ». Finalement, il se tourne vers elle et « *réoriente le dialogue vers la patiente* ». De même, une étudiante rencontre une jeune femme hospitalisée pour une rechute suite à une fausse-couche, elle la décrit « *prostrée sur son lit* » ce qui la conduit à l'« *approcher comme on "apprivoise" un animal sauvage* ». Dans ces deux situations, le dialogue pourra finalement se nouer, suite à la démarche de l'interne de modifier son attitude, y compris physiquement, témoignant ainsi de son intérêt véritable pour le patient et la souffrance perçue. Il nous semble que ces médecins, par leur comportement, permettent à leur patient de s'éloigner un peu de la position honteuse dans laquelle ils se présentent, évitant ainsi d'alimenter le cercle vicieux de l'« alcoolisme » source de honte, elle-même incitant à boire davantage. Si ces scripts décrivent la gêne ressentie par leurs auteurs, ceux-ci font aussi preuve de certaines compétences relationnelles ; nous pouvons supposer que des étudiants plus embarrassés dans de telles situations ne s'y seraient pas intéressés ou n'auraient pas souhaité les rapporter.

Cette adaptation du médecin à l'état psychologique du patient nous paraît avoir une importance toute particulière lors de leur première rencontre, permettant au patient d'estimer les qualités d'empathie de son interlocuteur. Le changement d'attitude des internes, face à la honte ou à la douleur des patients, nous évoque la réflexion de J. Maisondieu [64] au sujet de ce premier entretien : « S'ils n'osent se montrer en plein jour, sachons tamiser la lumière en adoucissant la dureté du regard que nous portons sur eux ». Il s'agit donc bien d'abandonner tout regard réprobateur et de témoigner, par sa parole et ses gestes, d'une capacité à percevoir les faiblesses de l'autre et à les prendre en compte. Lorsque, pendant ce « face à face », le patient se présente dans une attitude de repli, la première difficulté pour l'interne est de parvenir à établir un échange avec un patient silencieux. Comment pouvoir communiquer alors ? **Le « pari audacieux » que décrit G. Ostermann [65] est celui de l'avance de la parole.** Cette proposition fait suite à l'avertissement de G. Vachonfrance au sujet de l'attitude du soignant envers le patient buveur : « Ne pas le confronter au silence en attendant que puisse être formulée une véritable demande : s'il boit c'est précisément pour combler un espace vide qui n'arrive pas à s'articuler, à se dire... ». Le médecin ne reste donc pas dans l'attente de cette parole impossible ou difficile, mais parle « au malade avant de parler avec lui ». G. Ostermann explique aux soignants le sens de cette parole avancée : « lui parler revient à l'informer de notre compréhension de son

silence (...), en d'autres termes, le renseigner sur notre état intérieur d'acceptation de ce qu'il est au moment de la rencontre ». Ainsi, l'interne ne se détourne pas de la patiente qui se met en retrait de la conversation, mais au contraire, percevant la « *détresse exprimée* », il « *réoriente [vers elle] le dialogue* », il lui adresse la parole avant qu'elle ne puisse le faire. **Faire l'avance, c'est aussi « faire crédit », c'est-à-dire « faire ce pas de côté pour indiquer au sujet la valeur que l'on est prêt à accorder à son dire »** [65]. Or, cette valeur que l'on accorde au patient probablement le surprend, car lui-même « se juge sans pitié », « pense qu'il ne vaut rien » et peut voir, souvent, dans le regard d'autrui la confirmation « qu'il ne vaut pas grand-chose » [64]. Aussi, nous pouvons supposer que le patient sera sensible à cette considération inattendue et que la valeur qu'on lui reconnaît pourra lui permettre de parler à son tour et, peut-être, de s'engager dans une relation de soins.

Le médecin qui cherche à aborder la question de l'alcool avec son patient rencontre une deuxième difficulté, celle de la formulation d'une question à ce sujet. Les internes témoignent, dans leurs scripts, de leur peine à trouver les bons mots. Une étudiante explique qu'elle « *n'arrive pas à engager la conversation* » ; essayant de nouveau lors d'une consultation suivante, elle constate encore : « *je ne sais pas trop comment aborder le sujet* ». Une autre se décrit « *toujours mal à l'aise dans ce genre de situations* » et essaie d'interroger sa patiente avec « *le plus de tact possible* ». Ici aussi, les internes qui font part de difficultés rencontrées, ont fait preuve d'une certaine détermination à les résoudre. En effet, ils tentent une première formulation puis changent de stratégie en fonction de la réponse reçue. L'étudiante qui demande à sa patiente « *comment elle a occupé ses journées* » est obligée de constater l'inefficacité de cette approche détournée, elle tente alors une question plus directe (« *Avez-vous consommé de l'alcool aujourd'hui ?* ») qui permettra d'engager le dialogue. Nous remarquons l'état de stress des internes dans ces situations ainsi que leurs efforts pour ne pas avoir de parole blessante (« *poser des questions sans faire culpabiliser ni être moralisateur était un vrai défi* »), comme s'ils percevaient à la fois la difficulté de la question et la nécessité de la poser à ce moment-là. On pourrait dire que faire l'avance de la parole « coûte » en émotions, en hésitations, en réflexion à ces médecins qui sont prêts, pour aborder le sujet de l'alcool, à se mettre dans l'embarras. Comme l'écrit G. Ostermann : **« en faisant l'avance de la parole, c'est le thérapeute qui doit payer de sa personne et se risquer pour (...) montrer [à l'alcoolique] que l'on peut parler sans être anéanti par l'angoisse »** [65]. Les médecins se trouvent ainsi, à leur tour, dans la position de celui qui est mal à l'aise et endossent passagèrement, et de façon très amoindrie, la gêne des sujets alcoolodépendants « mal à l'aise parmi des semblables dont ils se sentent différents » [64]. Il se pourrait alors que l'embarras des étudiants soit perçu par les patients comme une difficulté qui évoque la leur, mais qui est surmontable, et qu'ils considèrent les précautions prises comme une marque de considération pour eux-mêmes et pour leur mal-être. En effet,

le médecin qui s'engage sur ce sujet délicat estime que « ça vaut la peine » de s'inquiéter de la place de l'alcool dans la vie du patient qu'il rencontre. Nous remarquons, dans les scripts étudiés, que les formulations les plus simples et directes, dépourvues de toute connotation péjorative, sont plus souvent que d'autres suivies de réponses, claires ou ambivalentes, dans lesquelles les patients donnent une première indication sur leur relation avec le produit. Ainsi, une femme répond boire « *comme tout le monde* », expression fréquente dans la bouche de ceux qui ne peuvent plus boire comme tout le monde. D'après J. Maisondieu [64], cette façon de banaliser sa consommation signifie à la fois « je bois pour être comme tout le monde » et « ne me blessez pas », tenant à distance l'interlocuteur tenté d'explorer son trouble de l'usage. Si cette fausse déclaration pourrait irriter le médecin qui ne parvient pas à « faire avouer », J. Maisondieu nous aide à comprendre le message caché et nous conseille : « Nous devrions tenir compte de ce cri du cœur caché dans la phrase qu'il murmure ». H.Gomez et coll. [66] proposent, alors, au soignant d'énoncer qu'avec l'alcool « il n'y a pas de "comme tout le monde" », en effet, cette « affirmation d'une sensibilité individuelle à l'alcool (...) dédouane ainsi les intervenants de tout jugement moral, de toute recherche "d'aveu" et les engage dans un dialogue centré sur la tolérance singulière à l'alcool ». De plus, « cette information sur la sensibilité individuelle témoigne bien de l'intérêt porté plus à la personne qui consomme qu'à son niveau de consommation ». L'étudiante citée précédemment procède différemment, en réponse à cette déclaration, elle tente de faire percevoir à la patiente l'ambiguïté de sa réponse, cette dernière décrit alors une consommation un peu supérieure à celle de « *tout le monde* » puis éprouve le besoin d'assurer « *qu'elle n'est pas bourrée* ». Quelques secondes plus tard, « *un déclic se produit* » et elle se décrit « *encore bourrée* » lorsque son mari rentre du travail. Probablement que le cheminement personnel de la patiente sur son rapport à l'alcool lui a permis d'abandonner, à ce moment-là, les réponses défensives. De plus, nous remarquons, que **les questions hésitantes des internes entraînent, après quelques échanges gênés, une soudaine libération de la parole du patient qui semble soulagé de pouvoir enfin s'exprimer sur son problème d'alcool** (« *c'est ça le problème !* »), allant au-delà des questions posées, expliquant certaines motivations à boire ou certaines conséquences familiales, voire, faisant part d'une tentative de sevrage. Nous sommes conscients que les scripts rédigés ne sont pas le reflet fidèle de l'ensemble des situations vécues et que, probablement, d'autres entretiens avec des patients dépendants n'auront pas abouti à ce même « déclic ». Si les compétences relationnelles du médecin sont sollicitées dans cet échange, nous comprenons que la façon dont le patient considère sa relation à l'alcool au moment de cette consultation, aura, elle aussi, un rôle majeur dans sa possibilité d'aborder le sujet de sa consommation et d'évoquer ses souffrances.

Le constat de la réticence des médecins généralistes à aborder la question de l'alcool avec leurs patients, a conduit l'INPES (Institut National de Prévention et d'Education pour la

Santé) à rédiger un guide pratique inclus dans le dossier : « Alcool. Ouvrons le dialogue » [67]. Il incite le praticien à signifier au patient sa disponibilité pour aborder le sujet. Dans le cas où « le patient n'aborde pas de lui-même la question de l'alcool, le médecin peut le faire de façon naturelle ». Il y est précisé que le patient risque de s'offusquer s'il perçoit « un jugement de valeur » ou si « on cherche à le convaincre qu'il a un problème d'alcool et qu'il doit réduire sa consommation ». Certains écueils à éviter sont ainsi signalés au médecin, mais nous avons vu que parler « naturellement » d'alcool n'est pas chose si aisée.

L'approche motivationnelle, définie par S. Rollnick et W. Miller [68], donne d'autres indications sur la façon d'aborder la question de l'alcool. Cette pratique repose sur une communication empathique, le médecin écoutant « la personne avec le désir de comprendre ce qu'elle a en tête » et acceptant « le sujet tel qu'il se présente, avec son ambivalence, ses hésitations, ses points de vue » [69]. D'autre part, **les auteurs préconisent de favoriser les questions ouvertes car elles « invitent ceux qui répondent à dire ce qui leur paraît important à leurs propres yeux »**, ainsi, elles « aident à comprendre ce que la personne ressent et perçoit (...) et fournissent souvent plus d'information utile que les questions fermées » [70]. S. Rollnick et W. Miller signalent également le bénéfice de ces questions pour le patient et la relation médecin-patient : « Les patients perçoivent légitimement les questions ouvertes comme une manifestation de votre intérêt et de votre attention. (...) les patients ont tendance à apprécier ce temps pris avec eux et à être satisfaits de l'échange ». Ainsi, les questions permettant d'aborder le sujet de l'alcool pourraient être : « Racontez-moi un jour ordinaire où vous buvez de l'alcool », « Qu'est-ce qui vous préoccupe le plus aujourd'hui ? », « Comment vont les choses dans la famille ? », « Dites m'en plus à propos de... ». La formule « Puis-je vous demander... ? » est aussi citée pour l'attitude respectueuse qu'elle traduit. Nous remarquons que certaines propositions ne sont pas réellement des questions mais plutôt des incitations assez directives. Chaque médecin pourra choisir les mots qui lui semblent le mieux convenir et s'adapter au patient et au moment vécu (par exemple « Puis-je vous demander de me raconter un jour ordinaire où vous buvez de l'alcool ? »). H. Gomez et coll. proposent, eux, la question « comment buvez-vous ? » car elle « renseigne sur le climat personnel, intime qui accompagne les consommations d'alcool », de plus « elle guidera les intervenants pour apprécier le caractère réaliste de l'option d'une consommation "contrôlée" » [66].

Certains des internes qui ont interrogé leur patient au sujet de leur consommation d'alcool décrivent une difficulté relationnelle induite par la question. A l'inverse des situations précédentes, ces auteurs ne rapportent pas de difficulté à formuler leur demande mais un malaise face à la réaction hostile qu'elle provoque. Ainsi, une étudiante, mise au courant de l'« *alcoolisme* » de son patient par le courrier du médecin traitant, l'interroge à ce sujet. Sa question « *semble l'avoir contrarié* » et « *il nie farouchement avoir eu des problèmes*

d'alcool ». Une autre interne remarque des anomalies biologiques, « *n'y tenant plus* », elle questionne à deux reprises sa patiente sur sa consommation ; celle-ci, répond, agacée : « *Qu'est-ce que ça peut bien vous faire de toute façon que je boive quelques verres de whisky le soir* ». Nous notons dans ces récits, les signes d'une tension psychologique chez les internes qui sont en quête d'un aveu alors même qu'ils ont parfois déjà l'information du mésusage. Il apparaît que la tentative de « démasquer » le patient conduit au renforcement de ses défenses, attitude d'ailleurs efficace puisque les étudiants abandonnent alors le sujet. Il nous semble que **ces étudiants pourraient tirer bénéfice de la description de la résistance du patient comme un « indicateur de dissonance dans la relation thérapeutique »**. En effet, selon les principes de l'entretien motivationnel, « le sentiment d'être dans une position persuasive, d'opposition, voire de lutte est un signal fort qui doit conduire le thérapeute à changer d'attitude » [69]. Percevant les efforts des patients pour échapper au jugement ainsi que leur propre énervement devant l'évitement de la confrontation au réel, les étudiants pourraient alors s'inquiéter du dysfonctionnement de la relation de soin. Leur changement d'attitude pourrait se traduire, selon G. Ostermann, par le fait de « **renoncer à toute forme "d'aveu"** » et de « rejoindre le patient dans le refus de cette étiquette sociale insultante que recouvre le terme d' "alcoolique" (...) en lui témoignant l'intérêt qu'il présente à nos yeux en tant que personne ... à nulle autre semblable » [65].

L'une des internes, réfléchissant à la situation vécue, exprime qu'elle n'est pas « *certaine d'avoir été très empathique* » et qu'une telle attitude aurait peut-être permis au patient de se confier sur « *son problème de dépendance* ». A l'inverse, elle suppose que **sa façon d'aborder le sujet a pu faire obstacle à un échange au sujet de l'alcool, remarquant ainsi l'influence de l'attitude du soignant** sur le désir et la capacité du patient d'en faire part. Une attitude plus empathique aurait, en effet laissé percevoir au patient une capacité d'écoute le prédisposant « au dévoilement de soi, de ses craintes, aspirations et valeurs personnelles » [69].

Enfin, la même étudiante exprime un autre regret : « *je trouve dommage de ne pas m'être posée la question de ce que m'avait fait ressentir ce patient qui se détruit à petit feu de part sa consommation d'alcool...* ». Ainsi, elle semble mettre en relation son manque d'empathie avec les sentiments qu'a provoqués, chez elle, l'alcoolodépendance du patient. L'impression que le patient se détruit lui-même inexorablement peut lui avoir été tellement insupportable qu'elle aura éprouvé une certaine hostilité à son égard. Cette réaction émotionnelle est une contre-attitude qui peut écarter le médecin de la relation de soin. Les contre-attitudes négatives les plus fréquentes face aux patients alcoolodépendants sont « la colère, la peur, le dégoût, le désintérêt ou encore l'impossibilité de faire confiance ». Lorsqu'elles ne sont pas identifiées, elles conduisent « au rejet pur et simple de ces patients » [71]. Aussi, **le soignant doit « prêter attention à ses propres contre-attitudes » et « essayer de les travailler pour être plus libre et mieux soigner** ». Quelques questions préalables à la

rencontre du patient s'imposent : « quelles sont mes propres conceptions d'une relation normale avec l'alcool ? (...) quelles sont mes propres expériences de l'alcool ? (...) quelle est ma relation au mensonge, en rapport avec la "mauvaise foi" des alcooliques ? quelle est ma façon de gérer les échecs ? » [71]. L'auteur de ses propositions, P. Gache, suggère que **le soignant s'interroge ainsi dans un groupe de pairs ou au cours d'un travail de formation continue**. L'analyse de ses propres réactions doit finalement permettre « au soignant de les dépasser afin d'offrir un espace relationnel thérapeutique dégagé de préjugés ». En prenant conscience des émotions suscitées par le patient et de leurs implications dans la relation médecin-patient, l'interne a engagé cette réflexion, ce qui pourrait l'aider à établir une relation plus empathique avec autre patient mésusant de l'alcool. **Un auto-questionnement plus systématique sur ce sujet bénéficierait sans doute aux étudiants et, finalement, aux patients.**

Outre la question de la façon d'aborder le sujet de l'alcool avec un patient dont le mésusage est connu ou supposé, de nombreux internes s'interrogent sur leurs capacités à repérer ce mésusage chez leurs futurs patients. Un tiers des patients décrits dans les scripts ont recours aux soins pour un motif sans rapport avec l'alcool ; dans ces situations certains internes ont su s'inquiéter d'une anomalie biologique, d'un signe physique ou de bouteilles d'alcool vides remarquées lors d'une visite. Parmi eux, une étudiante s'inquiète du fait que sa découverte d'un mésusage d'alcool est liée à l'observation de résultats biologiques. En effet, qu'en aurait-il été si elle n'avait pas trouvé cette analyse dans le dossier du patient en débutant la consultation ? La nécessité d'un repérage plus systématique lui apparaît alors, ainsi que la question des moyens de ce repérage.

Cette question du repérage du mésusage est détaillée dans les recommandations de la SFA, publiées en 2015 [38], la place particulière du médecin généraliste dans cette mission y est soulignée. Ce repérage doit concerner « tout patient quel que soit son âge » ; à la question « quand ? », le guide de l'INPES répond : « il s'agit de trouver le bon moment pour chaque patient pour aborder la question de l'alcool » [67]. Plus précisément, la Haute Autorité de Santé (HAS) préconise un repérage « au moins une fois par an si possible et/ou à un moment opportun (tout changement bio-psychosocial) », ainsi qu'en cas « de risque situationnel »²¹ [72]. La SFA énumère également les diverses circonstances devant amener le médecin à rechercher un mésusage²². De plus, certains éléments sont décrits comme des indices d'un possible mésusage. Ainsi, **les anomalies biologiques, apparaissant**

²¹ Ce risque particulier concerne les situations de grossesse, précarité, conduite de véhicules, poste de sécurité, conditions de stress psychosocial (échec scolaire, retraite, divorce, deuil, etc.).

²² Le mésusage peut être repéré lors d'un examen de routine et doit être recherché, par exemple, lors de la prescription d'un médicament interagissant avec l'alcool, chez les femmes enceintes ou ayant un désir de grossesse, chez les adolescents et jeune adultes, chez les fumeurs, en présence d'une hypertension artérielle, d'une pathologie hépatique, d'une dépression ou d'anxiété ou de pathologies chroniques résistantes au traitement.

tardivement, « ne peuvent suffire comme outil de repérage en routine » alors que les « indicateurs sociaux sont généralement les plus précoces » (difficultés financières, conjugales, problèmes relationnels répétés, problèmes avec le travail). Certains signes cliniques, bien que non spécifiques, sont également décrits comme des indices possibles. Nous remarquons que les auteurs de scripts, quand ils repèrent un mésusage, sont le plus souvent alertés par les anomalies biologiques, puis par les signes physiques et, plus rarement, par l'observation du contexte de vie. **Les étudiants ne semblent pas percevoir les difficultés sociales et familiales des patients comme des indicateurs d'un possible mésusage**, ignorant probablement des occasions de repérage. D'autre part, la pratique des visites à domicile offre la possibilité au médecin généraliste d'observer le lieu de vie du patient et, possiblement, de recueillir des informations sur sa consommation d'alcool et ses répercussions dans sa vie quotidienne.

Nous remarquons ensuite la difficulté de certains internes à quantifier la consommation d'alcool de leur patient. Ces étudiants tentent d'obtenir « la consommation déclarée d'alcool » afin d'évaluer le niveau de risque. Ainsi que le décrit la HAS, le repérage précoce repose, dans un premier temps, sur deux questions : « Combien de verres standard par jour et par semaine ? » et « Combien de verres standard par occasion ? » [72]. Si les questions sont simples, les réponses obtenues sont parfois confuses et ne permettent pas au médecin d'établir une estimation chiffrée. Ainsi, un patient explique : « *Je ne bois que quelques gouttes de vin par jour docteur* », un autre « *n'arrive pas à quantifier sa consommation* ». Nous percevons, dans ces récits, la frustration des internes de ne pouvoir obtenir une réponse claire (« *je n'arrive pas à obtenir une estimation précise de sa consommation car il fait digression à toutes mes questions* »). Quand d'autres patients chiffrent leur consommation d'alcool, leur réponse ne satisfait pas toujours l'interne qui doute du crédit à apporter à la déclaration d'une consommation modérée alors qu'il constate certaines anomalies cliniques ou biologiques. Enfin, la déclaration d'une consommation nulle par un patient aux antécédents de consommation excessive est particulièrement suspecte aux yeux des étudiants (« *Je me demande si je dois croire Mr Z quand il me dit ne plus boire* »).

Ainsi, quelle que soit la réponse donnée par le patient, elle peut être perçue comme douteuse par le médecin. La confrontation qui apparaît alors entre les deux protagonistes est décrite par H. Gomez et coll. comme « **le piège** » de la **quantité consommée : il « peut nuire à l'installation d'un climat de confiance entre l'utilisateur et l'intervenant**. S'y attarder fait courir le risque de l'enlisement de la consultation. » [66]. Les réponses imprécises ou douteuses concernent probablement davantage les patients ayant un trouble de l'usage que les consommateurs à risque, la question de la consommation déclarée d'alcool risquant d'induire une tension dès le début de la rencontre avec les buveurs les plus en difficulté. Dans ce cas, une question ouverte, telle que décrite plus haut, pourrait s'avérer plus adaptée. Il pourrait finalement être pertinent que le médecin adapte les modalités de

son repérage au type de mésusage qu'il suppose pour son patient. Les recommandations de la SFA [38] préconisent d'aborder la consommation d'alcool préférentiellement « de manière ouverte, en évitant d'emblée les questions fermées ». **Le médecin « au cours de cette discussion » recherchera les éléments de réponses aux 3 questions du questionnaire AUDIT-C** (cf. annexe 4). Cette façon de procéder s'accorde aux propositions formulées dans la « pratique de l'entretien motivationnel » [70] pour **éviter « le piège des questions-réponses »**. Les auteurs constatent : « **Des questions en série ont (...) tendance à susciter de la résistance, mènent souvent à des réponses qui sont des demi-vérités,** comme autant de protection de l'estime de soi ». Aussi, « il convient d'adopter un style différent, moins directif », il est notamment suggéré de commencer l'entretien « de façon naturelle avec une série de questions ouvertes » et « d'intégrer son évaluation à l'entretien » et non l'inverse. Le médecin remplit le questionnaire au décours de l'entretien ou le complète avec le patient, prévenu auparavant.

Enfin, certains étudiants font part de leurs doutes concernant les définitions des mésusages et du trouble de l'usage. Entre la difficulté à chiffrer la consommation d'alcool du patient et celle à la nommer, nous pouvons supposer que les tentatives de repérage systématique du mésusage aboutissent rarement à l'établissement d'un diagnostic. Nous remarquons alors que la définition du trouble de l'usage de l'alcool [43] ne s'appuie aucunement sur la quantité consommée mais sur l'identification de manifestations témoignant d'une dépendance (dont le craving) ou de conséquences néfastes, sur une période d'un an (cf. annexe 5). Ainsi, la recherche de la CDA et la passation des questionnaires (FACE selon les recommandations de la HAS, AUDIT-C et AUDIT pour la SFA) (cf. annexe 4) pourraient être inutiles si le diagnostic de trouble de l'usage pouvait être établi, dans le cas contraire les 3 questions de l'AUDIT-C permettraient d'identifier un usage à risque.

Un dernier aspect de l'entretien au sujet de l'alcool est parfois jugé problématique par les internes, il s'agit des conditions dans lesquelles cette rencontre se déroule et notamment le temps qui peut lui être consacré. Ainsi, un script décrit une visite à domicile chez un patient se plaignant de céphalées et présentant des facteurs de risque cardiovasculaire. A son insu, son épouse déclare : « *il boit Docteur !* ». L'auteur décrit sa difficulté à traiter l'ensemble des sujets (« *la visite me semble compliquée à gérer : entre les céphalées, le tabac, le surpoids et l'alcool, il y a bien des problèmes à régler* ») et souligne le temps nécessaire pour aborder la question de l'alcool (« *l'évocation d'une difficulté liée à l'alcool nécessite au-delà des outils, du temps, et la consultation est courte* »). Au cours de cette visite, non seulement, le temps disponible manquait mais les interventions successives de l'épouse du patient ont aussi compliqué l'abord du sujet. Par sa « révélation », elle fait pression sur les médecins pour qu'ils abordent la question à un moment qu'ils ne jugent pas forcément opportun. D'autre part, le patient est surpris de la question et se défend d'être « *alcoolique* » alors que sa

femme lui reproche une consommation qu'elle juge excessive (« *pour moi, c'est trop 3 verres par jour* »). L'auteur commente : « *cette confrontation rend la situation plutôt gênante* » et suggère une solution permettant de s'entretenir avec le patient dans de meilleures conditions : « *aborder sa consommation d'alcool lors d'une consultation ultérieure* ».

Par ce dont elle a manqué, cette scène permet d'identifier les conditions permettant d'aborder la question de l'alcool dans un cadre plus favorable. Un préalable nécessaire est que le soignant lui consacre pleinement une part de son temps, disposé alors à une écoute empathique. Il paraît également indispensable que le patient puisse se sentir libre de sa parole, affranchi de toute pression extérieure, que son intimité et son autonomie soient ainsi respectées.

Dans cette scène, comme dans d'autres situations que les futurs médecins généralistes seront probablement amenés à vivre, « *ce n'était pas le moment idéal* » pour aborder le sujet de l'alcool, et pourtant « *c'est celui-là que sa femme a choisi* ». Il semble, ainsi, que le soignant doive saisir l'information au moment où elle lui est donnée, entendre l'inquiétude d'un proche même quand elle lui semble malvenue et doit savoir créer une nouvelle occasion d'aborder le sujet avec le patient dans un contexte plus propice.

Rencontrer et accompagner un patient qui est dans le « déni » de son mésusage

La notion d'un déni du patient est citée par plusieurs auteurs comme source de difficultés dans divers aspects des soins. En effet, elle apparaît parmi les difficultés liées à la pratique de l'alcoologie (s'entretenir de la question de l'alcool, établir un diagnostic, accompagner le patient vers des soins) ainsi que parmi les difficultés relationnelles entre interne et patient. Si l'on considère les différents moments problématiques, la rencontre avec un tel patient semble complexe, puis son accompagnement ; d'autre part, nous verrons que l'intervention des proches peut rendre les soins du patient improbables.

Le plus souvent, les scripts au sujet d'un mésusage d'alcool, font le récit de la première rencontre entre le patient et l'interne. Ce temps « est, chacun le reconnaît, un moment clé de la relation où chacun des protagonistes va tenter de saisir ce que l'autre attend de lui... » [65], mais il peut être envisagé de façon tellement problématique par l'interne qu'il sera simplement évité. Comme nous l'avons vu précédemment, formuler une question au sujet de l'alcool est un sujet délicat pour les étudiants ; face à des patients décrits comme étant dans le déni, poser cette question s'avère impossible pour certains. Alors qu'une interne soigne un homme hospitalisé pour une arthrite, la mère du patient lui fait part de « *l'exogénose ancienne* » de son fils et de sa crainte d'une rechute, demandant à l'étudiante « *d'intervenir* ». Apprenant qu'il se « *dit être "guéri"* », l'interne suppose son « déni », empêchant toute question au sujet de l'alcool. Elle s'explique : « *Sachant que le patient présente apparemment un déni, il me semble compliqué lors d'un interrogatoire d'arriver à ouvrir*

suffisamment de portes pour d'abord lui faire accepter son problème et deuxièmement lui faire accepter l'importance d'une prise en charge médicale ». **Le déni est envisagé comme un obstacle infranchissable à l'évocation du mésusage et comme un état qui semble figé**, susceptible d'aucune évolution au cours du temps ou des entretiens. P. Menecier et coll. [73] décrivent cet effet que pourrait avoir le déni sur la relation de soin, il remettrait « en cause la possibilité d'échange verbal. Il empêcherait le soigné de se livrer complètement au soignant, en n'acceptant pas de se dévoiler entièrement ». Pourtant, dans une situation similaire, une autre interne estime possible d'aborder le sujet de l'alcool. Le fils d'une patiente évoque la dépendance de sa mère, prévenant l'interne : « *mais elle ne vous le dira pas !* ». L'étudiante interroge cependant la patiente qui lui répond ne boire « *presque jamais !* ». L'interne n'insiste pas, mais le lendemain, « *essaie d'en venir progressivement au problème d'alcool* ». La patiente lui dit alors boire « *5 à 6 verres de vin par jour* » et accepte de rencontrer une infirmière de l'ELSA. L'interne apprendra qu'un sevrage a été prévu au cours de cet entretien. Dans de nombreux autres textes, les internes abordent une première fois le sujet de l'alcool avec un patient peu loquace, puis, après avoir noué une relation de soins au cours d'un séjour hospitalier, ils tentent à nouveau d'aborder le sujet et sont surpris de constater que le patient répond plus volontiers et se confie sur sa relation avec l'alcool. Cette évolution des patients, influencée par les interventions des internes, nous conduit à penser qu'il **est possible que le déni ne soit pas « une production du soigné » mais plutôt résulte « de l'interaction avec le soignant** : il naît donc de la manière avec laquelle le professionnel aborde le malade » [73]. A l'extrême, les auteurs suggèrent une hypothèse qui ne peut être exclue : « le déni est d'abord induit par le soignant, qui le crée ». Cette conception du déni comme résultante de l'attitude du soignant se rapproche de la description, déjà citée, de la résistance du patient au changement comme « un indicateur de dissonance dans la relation thérapeutique » [69]. Ainsi, l'impression du médecin que le patient est dans le déni devrait le conduire à changer d'attitude et, par exemple, à abandonner un interrogatoire policier ou une argumentation en faveur du changement. Menecier et coll. font part de leur impression clinique dans ce sens : « la dénégation apparaît peut-être davantage si une recherche d'aveux, ou d'objectivation d'une réalité déjà connue (...), de "vérité" est entreprise » [73].

De plus, nous remarquons que le seul auteur qui décrive le déni de son patient alors qu'il est question d'aborder le sujet de l'alcool, est celui qui a estimé que ce déni était infranchissable. Il semble, en effet, que les étudiants qui n'ont pas évoqué de déni aient été plus capables de formuler des questions, même hésitantes, à ce sujet. Nous pourrions alors considérer que **le déni « par sa réalité ou son invocation » permette aux soignants de « s'exonérer de la charge du soin avec un malade complexe »**, qu'il soit une raison de « ne pas s'occuper des alcooliques ». Cette interprétation « ne se veut pas (...) culpabilisante pour le professionnel, rappelant son origine a priori inconsciente » mais elle cherche à « **remettre**

en cause la place excessive du déni chez les soignants » [73]. Evoquer le déni du patient serait-il ainsi, pour certains internes, une façon de justifier leur crainte de lui parler d'alcool et de s'engager dans une relation de soins complexe ?

D'autre part, le déni du patient est aussi évoqué lorsque celui-ci demande à l'interne de détourner son regard de sa consommation d'alcool (« *Qu'est-ce que ça peut bien vous faire de toute façon que je boive quelques verres de whisky le soir* »). En effet, l'étudiante interprète cette réponse comme un déni qui l'aura empêché « *d'évaluer son degré de dépendance et d'envisager un sevrage* ». Alors qu'elle cherche à mesurer la consommation quotidienne de sa patiente, elle estime que sa réponse n'est pas fiable, qu'elle ne peut lui faire confiance. **Ce doute « fragilise le cadre thérapeutique et bride les possibilités d'une relation de soin »**, l'alliance thérapeutique ne peut naître de cette confrontation [73]. Pour sortir de cette impasse, les internes pourraient considérer la valeur de la parole des patients autrement qu'à travers la part de vérité qu'elle délivre ou qu'elle cache. Ainsi, G. Ostermann [65] propose, non seulement de faire l'avance de la parole, mais aussi de la confiance qui ne s'établit pas naturellement dans cet échange, « il peut s'agir d'une adhésion au discours d'un patient qui aménage les événements pour tenter de retrouver dans notre regard l'estime perdue ». Au sujet du déni, il cite la définition donnée par F. Gonnet : « le déni est un mécanisme psychique protecteur qui consiste – avant d'avoir pris conscience de l'existence de quelque chose de trop dangereux pour son équilibre – à nier l'existence de cette chose, mais il s'agit d'un mécanisme inconscient à la différence du mensonge ». Le terme de dénégation est parfois préféré en addictologie, mécanisme qui serait plus nuancé, consistant pour « le sujet s'alcoolisant » à passer « sous silence divers éléments sans vraiment y croire », quand le déni serait « une conviction ancrée à laquelle il adhérerait fortement » [73]. **Le soignant, comprenant le rôle protecteur de la dénégation, renoncerait alors à l'« aveu » et à la recherche de quantification exacte** de la consommation. Il pourrait entendre « Je ne bois pas donc vous ne pouvez rien pour moi » comme : « Je n'admets pas que je bois, je ne me reconnais pas comme alcoolique, je n'admets pas que vous puissiez quelque chose pour moi », c'est-à-dire : « Je sais que je bois, je crois que vous pouvez quelque chose pour moi, mais je le refuse » [65]. Il s'agit pour les internes, de **considérer la défense du patient comme une « "pudeur" (...) face à l'obscénité des médecins cherchant à faire avouer** combien et comment il boit... » [73], de comprendre ce qu'il veut dire sans s'attacher seulement à ce qu'il accepte de dire. Ainsi, B. Rueff [74] nous explique, quand il rencontre « de tels malades », « faire en sorte qu'ils sachent [qu'il sait] qu'ils boivent ». Il apparaît finalement que « **la négation et ses formes n'empêchent ni la relation clinique ni la conduite d'entretien** », que le déni « peut simplement faire partie de la rencontre » [73]. B. Rueff conseille, d'ailleurs, d'accepter la « mauvaise foi des alcooliques » comme « un bruit de fond » qui ne fait pas obstacle à la rencontre et au soin [74].

Le déni du patient alcoolodépendant est aussi décrit par plusieurs internes comme un élément rendant plus complexe son accompagnement. Ainsi, une étudiante rapporte la consultation d'une patiente, sortie de l'hôpital contre avis médical alors qu'elle y était surveillée pour une hémorragie intra-crânienne et refusant les aides psychologiques proposées, « *prétextant s'être sevrée de l'alcoolisme* ». Le récit laisse apparaître l'insatisfaction de l'interne face à cette patiente « *en rupture de soins* », « *dans le déni de sa pathologie alcoolique* », ne parvenant pas à « *quantifier sa consommation* » et « *prétextant pouvoir s'en sortir sans aide* ». Nous pouvons comprendre la frustration de l'étudiante voire son incompréhension devant le comportement de cette femme qui semble se détourner de toutes les interventions susceptibles de l'aider. L'auteur n'envisage aucune possibilité d'accompagnement, le déni de la patiente étant, de nouveau, perçu comme un état psychologique figé rendant inutile tout investissement dans une relation de soin. Dans ce cas, on pourrait considérer que le médecin renvoie « la responsabilité du défaut de soin à un malade qui ne le demande pas assez explicitement et qui ne facilite pas la tâche des professionnels » [73]. En dehors de l'abandon du soin, Menecier et coll. soulignent une autre conséquence pour le patient : « A la honte souvent ressentie par le soigné mésusant d'alcool (...) peut ainsi se surajouter la culpabilité de compliquer la tâche du soignant ».

La possibilité d'envisager le déni comme « un mécanisme de défense, variant avec la perception (consciente ou non) d'une menace pour le sujet » [74] permettrait de lui donner un autre sens que celui d'une impasse thérapeutique. Quelle que soit la conception du déni de l'alcoolique (mécanisme psychique protecteur face à une perception vécue comme dangereuse ou douloureuse pour le moi [73] ou réaction induite par l'attitude du soignant), il est décrit comme fluctuant et influençable en fonction du danger perçu ou de la nature de la relation de soin (la dénégation « nous apparaît moins présente chez les soignés lorsque l'abord soignant est adéquat » [73]). **Ce processus, compris comme adaptatif, permet aux soignants (et aux internes) d'envisager de s'investir dans un projet de soins, l'échange avec le patient pouvant s'établir « en périphérie de l'éventuelle dénégation » [73].**

Afin de mieux appréhender l'état psychologique du patient, le soignant peut chercher à comprendre sa peur (« la panique de porter en soi un mal incontrôlable, la crainte que les autres (surtout les thérapeutes) soient impuissants » [74]) ou, dans une approche plus comportementaliste, chercher à **évaluer sa disposition au changement selon les stades de Prochaska et DiClemente** [75] (cf. annexe 6). Ce modèle permet de situer le patient selon la façon dont il envisage sa relation avec l'alcool et la possibilité de s'en défaire. Il présente l'intérêt évident, pour le soignant, de pouvoir considérer le « déni » (ou plutôt le stade de précontemplation) comme un état psychologique susceptible d'évolution vers une éventuelle décision en faveur du changement. De plus, **la pratique de l'entretien motivationnel lui donne les moyens de favoriser cette progression.**

D'autres internes s'étonnent de l'écart qu'ils remarquent entre la réalité des faits (conduite en état d'ébriété, « *ses voisins le ramasseraient quasi quotidiennement* ») et le discours du patient (« *on me dit que je bois trop, mais je n'ai pas de problèmes, d'ailleurs je conduis* »). Ce constat les conduit à s'interroger sur les moyens d'amener à « *l'acceptation de la maladie* » et aux soins. Ils trouvent des réponses dans la découverte des stades de Prochaska et DiClemente et dans les principes de l'entretien motivationnel. A l'opposé de la vision défaitiste des médecins considérant qu'il est vain de s'investir auprès d'un patient mésusant d'alcool (« Qui a bu boira »), S. Rollnick et WR. Miller affirment que « **personne n'est complètement dénué de motivation** » et que le soignant peut le guider vers le changement en faisant « émerger du patient ses propres motivations » [70].

Ces étudiants sont particulièrement intéressés par **la description de certains « pièges », notamment celui du « réflexe correcteur »**. L'interne apprend ainsi que son désir de corriger un comportement néfaste « peut avoir un effet paradoxal (...) non parce que les patients sont vicieux, paresseux, récalcitrants (...) mais plutôt parce que **résister à la persuasion est une tendance naturelle. Ceci est particulièrement vrai lorsque l'on est ambivalent à propos d'un sujet donné** ». Aussi, si « le professionnel de santé prend parti pour le « bon côté » du débat intérieur du patient (...) la réponse naturelle du patient sera d'argumenter pour l'autre versant de l'ambivalence ». Dans cette approche, le soignant a la capacité, dans un premier temps, de faire émerger le discours-changement du patient puis, ayant identifié le moment favorable (stade d'action), de consolider la décision et de mettre en œuvre le changement [69].

Enfin, le déni est présenté comme source de difficultés dans un dernier contexte particulièrement complexe pour les internes, celui de la demande d'un proche de « respecter » le déni du patient. Une femme de 70 ans présente un delirium tremens après quelques jours d'hospitalisation pour une pneumopathie. Son conjoint confirme alors l'« *éthylisme chronique* » de son épouse et demande aux soignants « *de ne jamais en parler devant elle, de ne jamais y faire allusion. Elle était dans le déni* ». Cette situation s'avère problématique pour l'interne, qu'il s'agisse d'aborder le sujet de l'alcool ou d'établir une alliance thérapeutique avec la patiente. Elle explique d'abord ne pas avoir su comment réagir puis ne pas avoir « *choisi la bonne solution* » en appliquant la consigne de silence. En effet, elle ne peut répondre aux questions de la patiente sur l'origine de ses hallucinations et, contrairement à ce qu'elle espérait, elle ne parvient pas non plus à nouer, avec elle, une relation de confiance « *en gagnant la confiance de la famille* ». Elle perçoit la complexité de sa position (« **il y a là (...) un réel problème d'attitude du médecin envers le patient : le déni du patient entraîne le déni du médecin** ») et conclut pourtant son analyse sur la nécessité de « *respecter les souhaits de chacun* ». Ainsi, le « déni » supposé de la patiente n'est jamais remis en question par l'interne qui se refuse à revenir sur le sujet suite aux

recommandations de l'époux. Le silence imposé se révèle être un obstacle complet à toute tentative de soin du mésusage d'alcool. Si les auteurs de scripts témoignent souvent de l'ambiguïté des patients par rapport à un changement dans leur consommation, il semble ici que ce soit l'entourage qui oppose une résistance absolue à l'accompagnement addictologique du patient, au risque que le trouble de l'usage n'induisse finalement des complications organiques sévères voire fatales. L'interne peut-il alors comprendre cette demande de silence comme une attitude bienveillante envers la malade, lui épargnant des questions dérangeantes et l'effort d'un cheminement ? A quel prix, pour le patient, le médecin peut-il accepter de souscrire à ce silence ? L'attitude du mari pourrait aussi résulter de son désir de ne pas modifier un équilibre familial dans lequel l'alcool a pris sa place. Le soignant pourrait alors concevoir ce comportement faussement protecteur comme une défense susceptible d'évolution, à l'image du déni du patient.

Cette position de l'entourage a été décrite comme une co-dépendance²³, elle protège « le malade dépendant des effets et des conséquences de sa consommation », elle fait en sorte « que son comportement ne pose aucun problème », ce faisant, **le co-dépendant devient « un allié inconscient de la maladie de son proche. (...) Le chemin qui pourrait le mener vers une acceptation de la réalité puis vers une initiative de changement lui reste condamné »** [76]. J. Maisondieu décrit cette attitude des membres de la famille comme une « coparticipation à la chronicisation de l'alcoolique (...) que sincèrement ils voudraient voir guérir ou, au pire, disparaître ». Il constate : « Ce n'est qu'à travers la résistance de tous à un traitement cohérent qu'il est possible de mesurer leur complicité inconsciente ». En effet, la réussite du soignant risquerait de démontrer l'échec de la famille et « si la guérison intervenait, la tranquillité et le bonheur pourrait s'installer, mais (...) il faudrait accepter tant de remises en question qu'il est difficile de se mobiliser » [64].

Nous comprenons donc que la difficulté de l'interne ne réside pas tant dans sa relation avec la patiente que dans la résistance de l'entourage à envisager un changement. Aussi l'accompagnement psychologique des proches pourrait-il être particulièrement nécessaire dans ce type de situations. Si l'acceptation d'une thérapie conjugale ou familiale semble peu probable, des entretiens moins formels pourraient permettre à certains proches de prendre conscience de l'effet contre-productif de leur attitude. J. Maisondieu prévient le soignant de la difficulté de l'accompagnement de certaines familles : « Il faut beaucoup de persévérance et de patience, alors que souvent le temps est compté vu l'état du patient, pour trouver une ouverture thérapeutique qui ne soit pas vécue comme une intrusion sauvage » [64].

Dans des contextes de prises en charge organiques aigües hospitalières, il paraît difficile d'amener l'entourage du patient à percevoir sa participation à la pérennisation du mésusage.

²³ « La co-dépendance est un comportement appris qui s'exprime par une dépendance aux autres et aux choses extérieures du Moi ; cette dépendance inclut la négligence de soi et la diminution de sa propre identité. » (Whitfield C, 1991).

Néanmoins, l'interne, dans la situation décrite, aurait peut-être pu exprimer sa compréhension de l'attitude « protectrice » du mari et lui signifier son autonomie par rapport au fonctionnement familial voire son désir de vérité dans la relation de soins. Le suivi au long cours de l'entourage d'un consommateur dans le trouble de l'usage, au sein d'un cabinet de médecine générale, pourrait permettre au praticien de remarquer la façon dont ses proches perçoivent le problème d'alcool et de s'inquiéter des attitudes de co-dépendance. Il pourrait alors tenter d'induire un questionnement sur la place occupée par rapport au buveur, ou encore, orienter les proches en souffrance vers un accompagnement spécifique.

Répondre à une demande de soins pressante

Un troisième contexte nous est apparu être à l'origine de difficultés multiples pour les internes, il s'agit de la situation de « demande de soins pressante » dans laquelle « le sujet – ou son entourage – réclame une prise en charge rapide, voire immédiate de son problème d'alcool » [38]. Dans la quasi-totalité des scripts concernés, les scènes se déroulent dans un contexte d'urgence (SAU le plus souvent et urgences psychiatriques dans un cas), dans plus de la moitié des récits, cette demande est formulée à l'occasion d'une ivresse, enfin elle provient le plus souvent du patient et parfois de son entourage (voire également du médecin traitant).

Dans ces situations de crise, les étudiants éprouvent des difficultés à déterminer quel objectif de soins est envisageable et pertinent, quelles sont les indications d'un sevrage hospitalier et quels sont les structures et les réseaux addictologiques ambulatoires susceptibles d'être sollicités. Enfin, des difficultés relationnelles sont également identifiées dans les scènes rapportées, elles ne concernent pas la relation médecin-patient mais la relation entre l'interne et d'autres soignants ou entre l'interne et l'entourage du patient. Les étudiants décrivent fréquemment leur opposition voire leur confrontation avec des médecins seniors qui font preuve de peu d'intérêt pour les patients en difficulté avec l'alcool et qui ne s'investissent dans aucun projet de soins. D'autre part, face à un entourage éprouvé par les conséquences du problème d'alcool dans la vie familiale, l'interne est hésitant sur les soins qu'il peut proposer et organiser en urgence. Percevant la détresse des proches et la nécessité d'une réponse rapide et adaptée mais ne parvenant pas à la définir, il ne satisfait pas leur demande, entraînant leur mécontentement, parfois leur agressivité, ainsi que sa propre frustration en tant que soignant.

Nous ne détaillerons pas, ici, davantage les difficultés rencontrées par les internes dans ces contextes de crise qui, presque toujours, prennent place dans des services d'urgences.

De même, les ivresses des patients sont sources de difficultés multiples décrites dans les scripts et pourraient, elles aussi, faire l'objet d'une étude détaillée.

5. PROPOSITIONS

Ayant constaté, à travers l'analyse des portfolios d'une génération d'internes, que certains défauts de connaissances ou de compétences participaient aux difficultés rencontrées en stage, nous proposerons ici des modifications du parcours pédagogique du 3^{ème} cycle de médecine générale visant à améliorer l'aptitude des étudiants pour les différents aspects des soins impliqués dans la pratique de l'alcoologie.

Pour chacune de ces propositions, nous rappellerons l'observation qui nous a conduit à rechercher les moyens de diminuer les difficultés rencontrées.

1^{ère} proposition : Favoriser le passage systématique des internes dans un service ayant une activité addictologique ou dans un ministage d'addictologie.

Cette proposition s'appuie sur les **commentaires positifs spontanés des étudiants sur la formation acquise** dans certains lieux de stage. Les stages et ministages d'addictologie sont, en effet, cités comme des terrains favorables à la découverte concrète d'un accompagnement global du patient, y compris psychologique, et parfois aussi à celle de la pratique de l'entretien motivationnel. D'autre part, ces structures, accueillant des patients ayant des troubles de l'usage de diverses substances ou des addictions comportementales, peuvent permettre aux internes de percevoir des aspects communs aux différentes addictions et de se décentrer du produit consommé.

Vu le bénéfice pédagogique apporté par les stages dans lesquels les internes se forment auprès de soignants spécialisés, nous souhaiterions pouvoir **rendre leur passage systématique dans un service ou une structure de soins pratiquant l'addictologie**. L'identification de nouveaux terrains de stage pourrait permettre un accès plus fréquent à cette formation voire la réalisation obligatoire d'un stage ou ministage en addictologie, si un nombre suffisant de places était disponible.

Cette mesure nous semble susceptible d'apporter une amélioration réelle à la formation en addictologie de l'ensemble des étudiants, répondant au désir d'apprentissage de certains et donnant l'occasion, à d'autres internes spontanément peu intéressés par ce domaine, de découvrir sa pratique. La prévalence de la consommation régulière de substances psychoactives dans la population générale²⁴ nous laisse supposer que la pratique de la médecine générale expose fréquemment à la rencontre de patients concernés par un mésusage. Aussi, pourrait-on espérer que chaque interne ait reçu une formation pratique lui donnant l'aptitude, au moins, de repérer le problème.

²⁴ Parmi les 11-75 ans, la population d'usagers réguliers de substances psychoactives est estimée, en France métropolitaine en 2015, à 8,7 millions d'individus pour l'alcool, 13,3 millions pour le tabac et 1,4 millions pour le cannabis [77].

2^{ème} proposition : Demander la rédaction d'une problématique traitant d'une question d'alcoologie au cours de la phase socle afin d'augmenter l'attention des internes sur ce sujet lors des stages aux urgences et au cabinet du praticien.

Ces lieux de stage sont fréquemment le cadre de récits de difficultés rencontrées par les internes alors qu'ils sont spontanément peu cités comme des contextes favorables à une formation spécifique en alcoologie.

De plus, nous avons remarqué que, **dans ces contextes, les patients décrits ont, plus souvent qu'ailleurs, sollicité des soins pour des motifs explicitement alcoologiques** (60% des patients dans les SAU et 57% au cabinet du praticien vs 40% dans l'ensemble des scripts). Il semble que les internes, au cabinet du praticien, repèrent rarement un mésusage en présence de ses conséquences néfastes (concerne 5% des patients vs 26% dans l'ensemble des scripts) et que le problème d'alcool soit peu identifié, aux urgences, lorsque le motif de soins est sans rapport (20% des patients vs 33% dans l'ensemble des scripts). Or, si l'on considère la fréquence du mésusage parmi les patients ayant recours aux soins [49], il est vraisemblable que ceux-ci consultent, le plus souvent, pour un autre motif que le problème d'alcool lui-même. Aussi, il serait utile **d'améliorer le repérage du mésusage dans ces stages pour qu'il puisse être identifié, y compris, dans des contextes peu évocateurs.**

Pour inciter les étudiants à un repérage systématique des mésusages dans les stages d'urgence et à un repérage régulier en médecine générale, nous proposons que la consigne leur soit donnée de **rédiger un script ou un EP développant au moins une problématique au sujet d'un mésusage de l'alcool, à l'occasion d'une situation vécue au SAU ou au cabinet du praticien.** En considérant les modifications apportées par l'application de la réforme du 3^{ème} cycle²⁵ [78], les internes pourraient ainsi être sensibilisés au repérage des mésusages dès la fin de la phase socle de leur formation, c'est-à-dire au terme de leur 1^{ère} année.

La rédaction de cette problématique, portant spécifiquement sur une question d'alcoologie rencontrée dans des lieux de stage désignés, ne se substituerait pas à la rédaction obligatoire, déjà en place, d'un EP portant sur une question d'addictologie en vue de sa présentation lors de l'enseignement sur ce thème au cours du module 5. En effet, nous souhaitons **attirer l'attention des internes sur les problèmes d'alcool et, en particulier, augmenter leurs capacités au repérage dans les services d'urgence** (services dans lesquels ils effectuent des gardes tout au long de leur internat) **ainsi qu'au cabinet du praticien**, lieu de leur future pratique professionnelle.

²⁵ A partir de l'année universitaire 2017-2018, l'internat de médecine générale comprendra 2 phases : une phase socle et une phase d'approfondissement. La première phase correspond à la 1^{ère} année ; au cours des 2 premiers semestres, les internes devront réaliser un stage aux urgences et un stage ambulatoire auprès d'un praticien agréé.

Une autre façon de favoriser le repérage des mésusages par les internes au cours du stage au cabinet du praticien, pourrait être de transmettre aux MSU la consigne d'inciter les étudiants à améliorer leurs compétences pour le repérage en désignant cette aptitude comme un des objectifs du stage.

3^{ème} proposition : Orienter les thèmes abordés au cours de la « journée addictologie » en ciblant les difficultés les plus fréquemment rencontrées par les internes en stage.

L'analyse des difficultés rencontrées par les internes et des compétences sollicitées par les patients nous conduit à envisager les séances d'enseignement portant sur les addictions comme des **occasions d'apprentissages répondant aux points les plus problématiques** pour les étudiants. En effet, ces cours offrent l'opportunité d'inciter l'ensemble des internes, y compris les moins intéressés, à s'interroger sur leur pratique dans ce domaine. Les échanges à partir de la présentation d'un texte, rapportant des difficultés vécues, peuvent servir de point de départ pour aborder des sujets problématiques, mais, comme nous en ferons la proposition, d'autres supports pédagogiques pourraient aussi être utilisés pour analyser certaines situations complexes.

Suite à la réorganisation de l'enseignement du 3^{ème} cycle de médecine générale, les trois sessions de cours concernant l'addictologie ont été regroupées en une seule journée consacrée à ce thème et intégrée au module 5. Cette nouvelle organisation nous semble être de nature à **favoriser les rapprochements entre les mésusages de différentes substances et leurs soins**. En effet, nous avons pu remarquer que les étudiants abordent rarement le mésusage sous l'angle de l'addiction quand il décrivent les patients, alors qu'ils utilisent davantage cette notion lorsqu'ils nomment les spécialistes auxquels ils font appel.

Nos propositions concernant l'enseignement au cours de la journée « addictologie » prennent en compte les objectifs déjà définis dans le programme officiel (cf. annexe 7). Parmi la liste de compétences à acquérir, **de nombreux points mentionnés correspondent à des aptitudes que nous avons également identifiées** comme devant faire l'objet d'une amélioration. Par exemple, nous avons pu constater que les étudiants envisagent rarement l'accompagnement de patients vers une diminution de leur consommation d'alcool, en particulier s'agissant des patients dépendants. Cet objectif de réduction des dommages n'apparaît pas non plus lorsqu'une prescription de baclofène est évoquée. Ainsi, il nous paraît pertinent que l'enseignement souligne **l'intérêt de l'approche de « réduction des risques et des dommages »** pour certains patients²⁶. De même, concernant la prescription des « différentes thérapeutiques médicamenteuses », il nous

²⁶ « Pour les sujets avec une consommation nocive ou une dépendance peu sévère, sans comorbidité significative, et si le soutien social est adéquat, il faut envisager l'objectif de réduction de la consommation, à moins qu'ils ne préfèrent l'abstinence ». D'autre part, en cas de dépendance sévère ou de mésusage associé à une comorbidité physique ou psychiatrique significative, il faut envisager un accompagnement vers la réduction des dommages si la personne ne souhaite pas s'engager vers l'abstinence [38].

semble utile que soient précisées **les indications alcoologiques du baclofène**. Enfin, nous avons aussi pu remarquer la difficulté des étudiants à identifier des intervenants spécialisés en addictologie avec lesquels ils pourraient et souhaiteraient travailler en collaboration pour accompagner des patients en difficulté avec l'alcool. Aussi, **favoriser l'établissement de « liens avec les ressources spécialisées » serait particulièrement utile aux internes** et futurs médecins généralistes. En pratique, l'enseignant pourrait informer les internes de l'existence du **site addictoclic** [79], créé par AGIR 33 (Addictions Gironde), et permettant d'identifier les centres de soins ambulatoires en addictologie dans un territoire donné, au sein de la Nouvelle-Aquitaine, pour une substance particulière ou pour plusieurs consommations associées.

Le questionnement de l'étudiant sur « ses représentations » et « sa capacité à s'engager avec ce profil de patient » nous paraît aussi être un préalable nécessaire à une meilleure pratique en alcoologie, l'enseignement universitaire pourrait être l'occasion d'une **incitation à cette réflexion**. Comme nous avons pu le remarquer, les contre-attitudes négatives des internes peuvent mettre en danger la relation de soin et conduire le médecin à renoncer à son désir initial d'aborder le sujet de l'alcool. Afin que les étudiants se questionnent sur leurs propres freins dans ce domaine, on pourrait soumettre, à chacun, la liste des questions formulées par P. Gache [71] : « quelles sont mes propres conceptions d'une relation normale avec l'alcool ? (...) quelles sont mes propres expériences de l'alcool ? (...) quelle est ma relation au mensonge, en rapport avec la "mauvaise foi" des alcooliques ? quelle est ma façon de gérer les échecs ? ». La référence aux recommandations de la HAS au sujet de l'annonce d'une mauvaise nouvelle [80] pourrait également s'avérer pertinente. Si le contexte est différent, il s'agit dans les deux cas d'aborder un sujet délicat, source de souffrances pour le patient. Il est proposé au médecin de se préparer à la rencontre en s'interrogeant ainsi : « Quelles représentations, quelles expériences personnelles (positive, négative) ai-je de la maladie et de ses conséquences ? », « Ai-je des difficultés à dire et pourquoi ? », « Quel rôle vais-je avoir dans la prise en charge du malade (...) et quelles en sont les limites ? ». **Les réponses apportées, voire le questionnement en lui-même, pourraient permettre de percevoir les sentiments suscités par la rencontre** et peut-être d'éviter la mise en place d'attitudes défensives. La réflexion de chaque étudiant demeurerait personnelle, à moins que certains désirent la partager, et serait présentée comme le point de départ d'une analyse de son propre comportement devant se poursuivre au fil des situations cliniques problématiques.

D'autre part, au sujet de la question primordiale pour les futurs médecins généralistes, du **repérage du mésusage**, il nous semble qu'il serait pertinent de **souligner les circonstances qui doivent particulièrement inciter à cette recherche**. En effet, les internes découvrent, le plus souvent, le problème d'alcool de façon passive, ignorant des signes d'appel notamment **certaines troubles organiques et psychologiques** :

hypertension artérielle, arythmie cardiaque, dyspepsie, traumatismes, diabète déséquilibré malgré le traitement, cardiopathie, anxiété, dépression, insomnie, etc. [38]. De plus, dans les scripts étudiés, les internes qui s'inquiètent d'un mésusage sont, le plus souvent, alertés par des anomalies biologiques alors que celles-ci sont tardives et « ne peuvent suffire comme outil de repérage ». Aussi, il pourrait être bénéfique de les inciter à **porter davantage d'attention aux « indicateurs sociaux »** qui « sont généralement les plus précoces » : difficultés au travail, problèmes financiers ou conjugaux, violences domestiques et difficultés relationnelles répétées [38]. Enfin la nécessité d'un repérage précoce et d'une **surveillance particulière des populations « exposées ou vulnérables »** pourrait être rappelée au sujet des femmes enceintes, des adolescents, des personnes âgées, des sujets en situation de précarité et de ceux qui sont atteints de troubles psychiatriques ou de troubles d'usage d'autres substances [38].

Parmi les compétences liées au repérage, il nous semble qu'il serait nécessaire d'insister sur l'importance de la recherche systématique d'une comorbidité psychiatrique (« complications dans le champ (...) psychologique » dans le programme officiel) et addictologique en cas d'identification d'un mésusage de l'alcool. De plus, les recommandations de la SFA soulignent l'attention particulière qui doit être portée au risque suicidaire compte tenu de sa forte prévalence : « ce risque doit faire l'objet d'une évaluation systématique » [38]. A ce sujet, nous avons pu remarquer les difficultés rencontrées par certains internes face à des patients tenant des propos suicidaires, situation qu'ils risquent de rencontrer, à nouveau, au cabinet de médecine générale alors que la prise en charge hospitalière du patient suicidant leur est mieux connue. Il semble également que les troubles anxieux soient peu relevés et que les troubles de la personnalité soient difficilement identifiés. Concernant les compétences en psychiatrie, l'enseignement sur le thème de la « santé mentale » au cours du module 2 pourrait ainsi viser, en particulier, à améliorer la connaissance de la prise en charge de la crise suicidaire et l'identification de certains troubles. Quant aux **situations de repérage d'un mésusage**, notre objectif serait de **former les internes à une recherche systématique des comorbidités addictologiques et psychiatriques et à l'évaluation du risque suicidaire**.

A propos des objectifs pédagogiques concernant l'accompagnement du patient, la capacité de l'étudiant à le situer « dans le **cycle du changement de Prochaska** » nous paraît de nature à **favoriser la perception du trouble de l'usage et de ses conséquences comme susceptibles d'évolution**, processus sur lequel le soignant peut avoir une influence. Certains internes pourraient être motivés, par cette approche, à s'impliquer davantage auprès des patients en difficulté avec l'alcool et pourraient adopter des comportements plus adaptés en réponse à la perception d'une résistance. Aussi, il serait judicieux que l'enseignement du modèle de la disposition au changement soit associé à la **présentation d'une pratique pouvant favoriser ce changement, l'entretien motivationnel**. Les

internes intéressés pourraient ainsi se projeter dans la participation à l'enseignement optionnel sur l'EM au cours de leur 6^{ème} semestre.

La question particulièrement problématique pour les médecins de « **comment aborder le sujet de l'alcool** » devrait aussi, nous semble-t-il, faire l'objet d'un **enseignement spécifique et concret**. Il pourrait reposer sur une réflexion menée à **partir d'une mise en situation** (réelle ou diffusion d'une vidéo). Dans ce cadre, on pourrait demander aux étudiants d'identifier les difficultés rencontrées par le soignant et le patient, de noter les éventuelles attitudes défensives du patient et les contre-attitudes négatives du soignant ainsi que l'influence réciproque du comportement de l'un sur l'autre. Des attitudes facilitantes pourraient aussi être remarquées ou imaginées.

Enfin, **l'enseignement de certains « pièges » fréquemment rencontrés** par les soignants face aux patients mésusant d'alcool intéresserait très probablement les étudiants. Ainsi, on pourrait décrire le « **piège des questions-réponses** », expliquant, en particulier au sujet des questions fermées concernant la consommation d'alcool, que « des questions en série ont (...) tendance à susciter de la résistance, mènent souvent à des réponses qui sont des demi-vérités » [70]. Aussi, il serait pertinent de présenter **le repérage comme un entretien au cours duquel le médecin, dans une attitude empathique, formule des questions ouvertes** lui permettant, notamment, de recueillir les informations utiles à l'identification d'un mésusage. Par exemple, la question « Comment buvez-vous ? » ou la demande « Dites m'en plus à propos de... » pourrait être suggérée. L'enseignement du **principe du réflexe correcteur** serait aussi grandement utile aux soignants accompagnant ces patients. La connaissance de l'effet contre-productif du discours en faveur du changement, venant du médecin, pourrait conduire les étudiants à abandonner une telle argumentation et à prendre en compte les aspects positifs de la consommation d'alcool pour leur patient. Un dernier indice pourrait guider les futurs médecins généralistes dans leurs échanges avec les patients consommateurs excessifs d'alcool, il s'agit de l'interprétation de **la résistance comme un « indicateur de dissonance dans la relation thérapeutique »** [69]. Les étudiants percevant leur rôle dans l'apparition d'une confrontation pourraient, ainsi, être amenés à modifier leur attitude.

La séance d'enseignement pourrait se clôturer par la présentation des **formations complémentaires en addictologie** accessibles aux internes et aux médecins généralistes. En effet, nous avons pu remarquer que plusieurs étudiants désireux d'approfondir leur formation n'identifient pas les enseignements existants. D'autres internes, moins sensibilisés à ce domaine, pourraient envisager de s'investir davantage en découvrant certains aspects des soins, notamment la pratique de l'entretien motivationnel.

4^{ème} proposition : Inciter à la rédaction de « problématiques relationnelles » et préciser les consignes particulières de rédaction de ces problématiques.

Les constats établis à partir de l'analyse des scripts nous conduisent à formuler une proposition concernant **la rédaction de « problématiques relationnelles » dans les scripts ou les EP**. En effet, nous avons remarqué que, malgré l'incitation des étudiants à faire part de leur ressenti dans les récits des situations vécues, les difficultés relationnelles faisaient rarement l'objet de problématiques, y compris quand elles étaient au premier plan des difficultés rencontrées. De plus, les modifications des modalités d'enseignement consécutives à la réforme du 3^{ème} cycle ont conduit au choix de la présentation orale d'éléments ponctuels en lien avec le thème de la session de cours, plutôt que de scripts. Or les EP abordent une question problématique isolée quand les scripts retranscrivent les situations les plus complexes pour les internes, associant des difficultés de natures différentes. Ainsi, les aspects relationnels seront probablement moins souvent évoqués à partir de la présentation orale des EP, sauf à l'occasion du cours sur la relation médecin-patient.

Notre souhaiterions que les internes soient amenés à **considérer les relations embarrassantes comme dignes d'intérêt et leur analyse comme particulièrement formatrice** pour leur pratique future. Pour ce faire, nous suggérons d'inciter les étudiants à la rédaction de problématiques étudiant les difficultés relationnelles rencontrées. La description du script, sur le site du DMG, pourrait inclure des consignes incitant à la rédaction de telles problématiques et précisant la façon de les aborder. De même, on pourrait envisager que le malaise ressenti dans une relation puisse également faire l'objet d'analyse dans les éléments ponctuels.

Vu les réticences perçues à exprimer des difficultés dans ce domaine, il nous semble que ces consignes devraient **préciser aux étudiants qu'ils sont libres de faire part, dans leurs textes, des émotions et sentiments négatifs éprouvés au sujet d'un patient, de son entourage ou d'un autre soignant**. Il pourrait même leur être expliqué qu'ils ne seront pas « jugés » par le lecteur mais que celui-ci s'intéressera à la réflexion menée à partir du constat de la difficulté relationnelle.

Ayant remarqué que les internes semblaient notamment s'interdire d'évoquer les difficultés entre soignants et étudiaient peu celles rencontrées avec les proches des patients, il nous paraît important de leur **spécifier que l'analyse des troubles vécus dans ces relations peut également faire l'objet de problématiques**. En effet, la qualité de ces échanges est particulièrement importante pour le médecin généraliste qui s'investit dans un rôle de soignant référent pour le patient et de coordonnateur des soins apportés en collaboration avec des intervenants spécialisés.

D'autre part, le développement de ces problématiques reposerait essentiellement sur la réflexion propre de l'interne et celle induite par les échanges avec des pairs (co-interne,

maître de stage...) au sujet des difficultés rencontrées. **La référence à des ressources bibliographiques pourrait participer à l'analyse mais elle ne serait pas nécessairement attendue** dans les « problématiques relationnelles », à la différence des autres problématiques.

L'objectif de ce travail serait d'identifier, non seulement les sentiments éprouvés, mais aussi leurs implications dans la relation problématique, leur examen n'aboutissant pas forcément au moyen de résoudre la difficulté identifiée mais induisant un questionnement sur les causes et les effets de la gêne perçue dans la relation. Les considérations de l'étudiant pourraient servir de point de départ à une réflexion personnelle se poursuivant au cours des stages puis de sa pratique professionnelle. Cette incitation pourrait enfin conduire certains étudiants à porter une attention nouvelle aux relations complexes et à vouloir s'y intéresser de plus près.

5^{ème} proposition : Favoriser la participation des étudiants aux groupes type Balint, si possible, en les rendant accessibles dès le 3^{ème} semestre aux internes volontaires.

Après avoir cherché à inciter les étudiants à identifier les difficultés relationnelles et à les analyser, nous envisageons maintenant leur participation à des groupes de pairs structurés, afin que leurs pensées puissent s'enrichir du regard porté par d'autres internes sur les situations problématiques rencontrées.

Comme nous avons pu le lire dans un script, l'expérience d'une participation à un groupe type Balint à l'université de Bordeaux, est décrite, par une interne, comme lui ayant permis « *de mener une réflexion beaucoup plus poussée sur la relation médecin-patient qu'un simple débriefing* ».

Le groupe Balint nous paraît, en effet, pouvoir **répondre aux attentes des internes suite aux difficultés relationnelles éprouvées**, chaque séance ayant pour point de départ le récit d'un ou deux « cas », c'est-à-dire, « l'histoire relationnelle d'une **rencontre entre un médecin et un patient, où quelque chose pose question, embarrasse et pour laquelle un prise de recul, (...) d'autres avis pourraient être utiles** » [58]. L'analyse des scripts nous a permis d'identifier de nombreuses situations gênantes, concernant le plus souvent la relation avec le patient, mais parfois aussi, ses proches ou d'autres soignants. L'étudiant ressent parfois des difficultés à écouter la souffrance morale d'un patient, dans d'autres cas, il doit faire preuve de finesse pour établir un dialogue avec un individu qui se présente dans une attitude silencieuse de repli. D'autres scripts encore témoignent d'une impossibilité, pour l'interne, à se projeter dans l'accompagnement d'un patient dans le « déni », parfois, à l'inverse, c'est le sentiment d'une trop grande proximité qui gêne l'établissement d'une relation de soins.

La fréquence des difficultés relationnelles rencontrées par les étudiants en médecine et leur manque de « formation à la relation médecin-patient » ont également été remarqués dans

d'autres universités [55], conduisant plusieurs d'entre elles à proposer un enseignement spécifique, notamment sous la forme de groupes type Balint pour les internes de médecine générale. Ainsi, pour donner quelques exemples, les universités de Paris V (précurseur en la matière²⁷), d'Angers, de Tours, ou de Strasbourg offrent la possibilité de suivre une telle formation [81].

Dans une thèse déjà citée [58], C. Montecot étudie l'expérience de la mise en place d'un « groupe d'analyse des pratiques, type Balint » à l'université d'Angers et identifie les bénéfices perçus par les participants. Un des principes qui régissent les échanges dans ces groupes, est la liberté de la parole, c'est-à-dire, « se laisser libre d'exprimer les commentaires qui viennent à l'esprit et les affects ressentis ». Cette parole non contrôlée, non formatée, permet de « se surprendre soi-même » et d'« être surpris par l'autre au sein du groupe ». Ainsi, **l'interne qui rapporte un cas problématique peut prendre conscience, en s'entendant, d'un aspect qu'il n'avait pas encore perçu** et peuvent émerger des « préoccupations jusque-là passées sous silence ».

La parole de l'étudiant, pour être véritablement libre, a besoin d'être accueillie avec bienveillance. En effet, comme nous l'avons perçu dans les scripts, les internes évitent d'accorder trop d'importance à certaines difficultés relationnelles vécues, probablement gênés de partager leurs défaillances avec un lecteur qui pourrait les juger trop sévèrement. De même, C. Montecot décrit la crainte, partagée par tous les participants au début de la pratique du groupe Balint, de « dévoiler leurs insuffisances, de s'exposer au regard de l'autre ». Mais leur appréhension n'était finalement pas justifiée, les narrateurs ayant pu « témoigner de l'absence de malveillance, de violence et d'agressivité » [58]. Cette attitude du groupe « encourage chacun à admettre ses sentiments, à les exprimer et à les confronter à ceux des autres ». Aussi, il nous semble que lors de la présentation d'une situation difficile **dans un groupe Balint, l'interne sera probablement moins freiné dans l'expression de son vécu et des commentaires qui lui viennent spontanément, que lors de la rédaction d'un script**. En effet, dans le groupe, il peut constater l'attitude bienveillante des participants (qui seront à leur tour narrateurs), l'incitant à partager ses sentiments. Dans un script, il choisira prudemment de ne pas trop se dévoiler, ne pouvant connaître la réaction du lecteur. D'autre part, la participation à un tel groupe pourrait **répondre au besoin**, constaté chez certains auteurs de scripts, **de s'ouvrir à d'autres soignants d'une situation embarrassante vécue**. L'expérience du groupe Balint à l'université d'Angers montre que les internes qui ont rapporté des cas difficiles ont pu « mettre de la distance » avec leur expérience, modifier leur perception initiale en considérant le regard différent porté sur la

²⁷ Le premier groupe Balint pour étudiants a été animé par le Dr G. Rimbault à l'hôpital Necker, de 1965 à 1970. A cette initiative, a fait suite celle du Pr Jaury, d'instaurer à l'université Paris-Descartes, une formation obligatoire des IMG à travers leur participation à des groupes Balint, depuis l'année 2001-2002 [81].

situation par d'autres internes. **Il résulte de ces échanges, un sentiment de satisfaction et de progression** (« ça construit »).

Enfin, il semble que **la participation des internes à un groupe type Balint permette d'améliorer leur capacité d'écoute**. En effet, « cette attention à l'écoute de l'autre dans le groupe, peut induire une acuité particulière à l'écoute du patient dans la rencontre ».

Dans le cadre de la réforme du 3^{ème} cycle, une formation universitaire concernant la relation médecin-patient est obligatoire. Elle sera délivrée, à Bordeaux, aux internes en 1^{er} semestre sous la forme de cours regroupés en une journée thématique, et aux internes en 6^{ème} semestre, à travers une initiation à l'entretien motivationnel ou la participation à un groupe type Balint (4 demi-journées). Si l'intérêt de ces groupes a pu être constaté, à l'université de Bordeaux, depuis leur mise en place en 2012, pour des étudiants volontaires, **cette formation sera dorénavant proposée de façon plus systématique aux internes, concernant un plus grand nombre d'entre eux** et touchant ainsi certains étudiants qui n'auraient pas, spontanément, imaginé y participer.

Nous pouvons néanmoins regretter que cette formation ne soit pas accessible plus tôt au cours de l'internat, ayant pu constater que les étudiants pouvaient rencontrer des difficultés relationnelles en stage « dès le début de leur "carrière" » [54], à l'occasion du stage aux urgences par exemple. De plus, une étude menée à l'université de Toulouse [55] fait remarquer que « plus les internes avancent dans le cursus, moins ils sont demandeurs en formation », incitant à la mise en place d'une formation précoce à la relation médecin-patient. Un dernier élément est, enfin, en faveur de la participation des étudiants à des groupes Balint en début d'internat : « il a été remarqué l'importance des processus de défense chez les étudiants en 3^{ème} cycle. Débuter cette formation suffisamment tôt, tant que les identifications en germe n'ont pas eu le temps de s'ancrer, serait sans doute plus pertinent » [58]. Idéalement, **on pourrait envisager que les étudiants puissent participer à un tel groupe dès leur 3^{ème} semestre, après avoir réalisé le stage chez le praticien** qui comporte une phase d'autonomie au cours de laquelle ils sont dans une position de soignants « ayant une responsabilité thérapeutique » et susceptibles de suivre certains patients au cours de consultations successives. Leur participation au groupe type Balint **reposerait sur le volontariat**, respectant le principe d'un « engagement volontaire »²⁸. Ainsi, en dehors des groupes d'étudiants participant aux séances de type Balint en 6^{ème} semestre, un autre groupe d'internes, de semestres différents, aurait aussi accès à cette initiation. Cette organisation permettrait également aux étudiants, désireux de suivre l'enseignement

²⁸ Si, pour certains, une participation obligatoire permettrait d'influencer les « formatages familiaux ou sociaux, certains conditionnements inconscients » chez les étudiants qui évitent de se « confronter à tout un pan de la réalité humaine » (L. Velleuet), l'expérience d'autres intervenants est défavorable au caractère obligatoire de cette formation. En effet, dans ces groupes, les internes qui ont souhaité s'exprimer « ont pu éprouver une violence insupportable face à la réaction de leurs collègues » (C. Masson) [58].

sur l'entretien motivationnel en 6^{ème} semestre, d'avoir eu l'occasion de découvrir les séances Balint lors de semestres précédents.

La mise en place d'un tel dispositif suppose qu'un nombre suffisant d'animateurs formés et disponibles puisse en assurer le fonctionnement.

Enfin, les groupes d'analyse de pratiques, qui existent déjà et qui permettent une réflexion entre pairs et une amélioration des compétences à partir de l'exposé de situations problématiques, ne concernent pas spécifiquement les aspects relationnels des soins et nous semblent donc moins susceptibles d'améliorer les compétences dans ce domaine particulier.

6^{ème} proposition : Faire apparaître certaines informations de façon systématique dans les portfolios, afin de permettre l'exploitation des textes dans un travail de recherche.

Notre dernière proposition n'a pas pour objectif d'améliorer la formation des étudiants mais plutôt de **faciliter l'exploitation de leurs portfolios à des fins de recherche**. En effet, nous avons pu remarquer que certaines informations sont spontanément mentionnées par des auteurs alors qu'elles sont absentes d'autres portfolios. Leur présence systématique offrirait la possibilité d'exploiter ces données dans un travail d'analyse des textes.

Ainsi, il nous semblerait intéressant d'inciter les internes à préciser systématiquement, dans les premières lignes de leurs scripts et EP, **le semestre en cours lors de la situation vécue** et si **le texte a fait l'objet d'une présentation orale**. Dans ce cas, un bref rapport de l'étudiant sur les enseignements qu'il a tirés des échanges à cette occasion intéresserait très probablement un lecteur étudiant la formation des internes dans un domaine donné. Or, nous avons très rarement pu lire des témoignages au sujet de ces présentations orales.

De même, une courte description du **cursus de l'étudiant comprenant de brefs commentaires sur les aspects particulièrement formateurs de certains stages** ou la découverte d'une pratique médicale spécifique dans certains contextes pourrait être systématique en début de portfolio. L'information sur les **formations complémentaires suivies** par l'auteur pourrait également être une donnée pertinente à relever dans le cadre d'une étude.

Enfin, des **mots clés facilement accessibles**, présentés par exemple dans le sommaire du portfolio, pourraient être choisis par l'interne en fonction des **principaux thèmes abordés dans chacun de ses textes**, facilitant ainsi le repérage des scripts et des EP concernant un sujet de recherche donné.

CONCLUSION

Si j'ai d'abord un peu hésité avant d'accepter de m'engager dans l'étude des difficultés rencontrées par les internes au cours de leurs stages, c'est que je craignais, en choisissant un tel sujet, de m'éloigner de mon véritable centre d'intérêt, c'est-à-dire, les patients eux-mêmes.

Or, les textes composant les portfolios, et les scripts en particulier, se sont révélés être un matériau plus instructif que je ne l'imaginai. Ils donnent, en effet, à lire les hésitations des étudiants lorsqu'ils soignent des patients ayant un mésusage de l'alcool, la diversité des difficultés éprouvées, la gêne qu'elles induisent dans la pratique des soins, les réflexions qu'elles suscitent parfois, qu'elles soient exprimées à travers des formulations brutales et indignées ou plus retenues et feutrées chez d'autres auteurs.

A travers ces nombreux scripts lus en détail, j'ai aussi été la spectatrice, discrète, d'une centaine de rencontres entre internes et patients. J'ai fini par avoir l'impression de connaître ces patients, leurs douleurs physiques ou psychiques, leurs motivations à entreprendre des soins à un moment particulier (après la naissance d'un petit-fils, avant un entretien d'embauche, suite à une rupture ou au décès d'un proche), la complexité de leur situation familiale et sociale. Au côté de l'interne, j'ai constaté, parfois, leurs réponses évasives au sujet de l'alcool, leurs réactions offusquées, leur refus d'un accompagnement proposé comme j'ai pu aussi être touchée par des paroles qui laissaient entendre la souffrance vécue, qui réclamaient de l'aide et exprimaient le désir de débiter une nouvelle vie, ou encore, qui disaient la catastrophe d'une rechute, la culpabilité ressentie suite à un verre bu en ayant entraîné d'autres ainsi que l'échec d'un projet familial.

Ces lectures ont aussi été riches d'enseignements au sujet de la relation entre médecins et patients en difficulté avec l'alcool. J'ai pu observer, par exemple, l'évolution du discours de certains d'entre eux au cours de leur hospitalisation, au fur et à mesure qu'une relation de confiance se nouait avec l'étudiant, comme si, parfois, l'attention réelle portée et renouvelée était suffisante pour amener le patient à formuler une demande de soins inattendue.

L'analyse des scripts m'a aussi conduit à remarquer certains comportements que je n'imaginai pas chez les sujets dépendants. Ainsi, la fréquence des sevrages réalisés spontanément, à domicile et sans accompagnement médical, m'a étonnée, témoignant du désir de certains buveurs de mettre fin aux effets de leur consommation mais aussi de leurs capacités à mettre en œuvre un projet d'abstinence. Si les cas identifiés dans les scripts sont ceux des patients ayant finalement nécessité des soins suite à l'apparition d'un syndrome de sevrage, j'ai pu cependant percevoir dans ces décisions prises et ces sevrages « sauvages » entrepris, l'autonomie d'individus dépendants de l'alcool mais pas nécessairement des soignants.

Le discours d'autres patients dépendants m'a également surpris, décrivant leur souhait de poursuivre une consommation d'alcool qu'il était inenvisageable, pour eux, d'arrêter alors même qu'ils comprenaient qu'elle les « perdrait sûrement ».

Ces situations m'ont amenée à prendre conscience des images simplistes que je m'étais faites au sujet de ceux sont dans le trouble de l'usage de l'alcool, comme s'ils désiraient forcément mettre fin à leur consommation vu l'ampleur des dégâts constatés et comme s'ils nécessitaient toujours l'intervention de soignants pour parvenir à prendre la décision de se détacher de la boisson et pour la concrétiser.

Enfin, je citerai un dernier sujet d'étonnement et d'intérêt, celui de la place de l'entourage dans les situations de soins rapportées. Accompagnateurs fréquents lors des consultations et des hospitalisations, les proches peuvent apparaître comme gênant l'établissement d'une relation thérapeutique, parlant à la place du patient, abordant, devant lui, le sujet de l'alcool sur un ton de reproche ou d'accusation, voire, dans quelques cas, l'éloignant de l'accompagnement proposé. Mais ce sont souvent les proches qui sont aussi à l'origine du recours aux soins, accompagnant un adolescent au cabinet du médecin généraliste, s'inquiétant de la rechute d'une fille et des effets déjà perceptibles sur la façon dont elle s'occupe de ses enfants, ou encore, réclamant une prise en charge immédiate. Ils demandent de l'aide pour le patient et pour eux-mêmes, ils s'alertent des signes de rechute, ils abordent le sujet lorsqu'ils en éprouvent le besoin, embarrassant souvent le médecin par le moment inapproprié de leur déclaration ou par l'urgence de leur demande. Ainsi, à travers de multiples récits, j'ai pu deviner la complexité de vies familiales modifiées par des années de mésusage d'alcool mais j'ai aussi, souvent, pu constater l'importance du rôle joué par l'entourage du patient dans la survenue d'une proposition d'un accompagnement addictologique.

Finalement, l'étude de ces 187 portfolios, si elle a été parfois fastidieuse, me semble avoir été une source incomparable d'enseignements, riche de l'authenticité des scènes rapportées, de descriptions multiples de patients gênés par les questions posées ou souhaitant, au contraire, décrire leurs difficultés et s'engager dans des soins immédiats, et d'auteurs eux-mêmes souvent embarrassés lors de ces rencontres.

Nous formulons le souhait que le constat des difficultés des internes que nous avons pu établir puisse contribuer à enrichir la formation des futurs médecins généralistes en alcoologie, en les amenant, notamment, à considérer la « pudeur » des patients à parler de leurs difficultés avec l'alcool et en portant à leur connaissance certains « pièges » dans lesquels nous avons naturellement tendance à tomber.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Bouix JC, Rueff B, Huas D. Parler d'alcool reste un sujet tabou. *Rev Prat Med Gen.* 2002;16(588):1488-92.
2. Saint-Guily J. Le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge de l'alcoolisme. *Actualité et dossier en santé publique.* 1998;24:53-54.
3. Fournier C, Buttet P, Le Lay E. Prévention, éducation pour la santé et éducation thérapeutique en médecine générale. In : Gautier A, dir. *Baromètre santé médecins généralistes 2009.* Saint-Denis : INPES, coll. Baromètre santé ; 2011. p. 45-83.
4. Palle C. Alcool. In : Pousset M, dir. *Drogues et addictions, données essentielles.* Saint-Denis La Plaine : OFDT ; 2013. p. 204-13.
5. Organisation de Coopération et de Développement Economiques. Consommation d'alcool chez les adultes. In : *Panorama de la santé 2015. Les indicateurs de l'OCDE.* Paris : Editions OCDE ; 2015. p. 76-7.
6. Richard JB, Palle C, Guignard R, Nguyen-Thanh V, Beck F, Arwidson P. La consommation d'alcool en France en 2014. *Evolutions.* 2015;32:6p.
7. World Health Organization. *Global status report on alcohol and health 2014.* Luxembourg : WHO ; 2014.
8. Guérin S, Laplanche A, Dunant A, Hill C. Mortalité attribuable à l'alcool en France en 2009. *Bull Epidémiol Hebd.* 2013;16-17-18:163-8.
9. Institut National Du Cancer. *Les cancers en France, Les Données, édition 2015.* Boulogne-Billancourt : INCa ; 2016.
10. Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA.* 1990;264(19):2511-8.
11. Hasin DS, Stinson FS, Ogburn E, Grant BF. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV alcohol abuse and dependence in the United States. *Arch Gen Psychiatry.* 2007;64(7):830-42.
12. Falcheri JP. Alcool et comorbidités psychiatriques pour le praticien. *Rev Med Suisse.* 2011;7:1462-5.
13. Adès J, Lejoyeux M. Quelles sont les relations entre crise suicidaire et alcool ? In : *Conférence de consensus. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge ; 19-20 octobre 2000 ; Paris.* Paris : John Libbey Eurotext ; 2001. p. 161-8.
14. Paille F, Reynaud M. L'alcool, une des toutes premières causes d'hospitalisation en France. *Bull Epidémiol Hebd.* 2015;(24-25):440-9.
15. Observatoire National Interministériel de la Sécurité Routière. *La sécurité routière en France. Bilan de l'accidentalité de l'année 2015.* Paris : ONISR ; 2016.

16. Van Eslande P, Jaffard M, Fournier JY, Fouquet K, Nussbaun F, Perez E et al. Stupéfiants et accidents mortels (projet SAM). Analyse accidentologique des défaillances de conduite sous influence de l'alcool et/ou du cannabis. Saint-Denis La Plaine : OFDT ; 2011.
17. Institut national de la santé et de la recherche médicale. Alcool. Dommages sociaux. Abus et dépendance. Paris : Inserm, coll. Expertise collective ; 2003.
18. Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. Zéro alcool pendant la grossesse [En ligne]. INPES, 2006 [cité le 23/11/2016]. Disponible à l'URL : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/70000/dp/06/dp060911.pdf>
19. Haute Autorité de Santé. Troubles causés par l'alcoolisation fœtale : repérage. Fiche mémo. Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2013.
20. République française. Arrêté du 2 mai 2007. Etudes médicales. Deuxième partie du deuxième cycle des études médicales. JO du 10 mai 2007. p. 1243.
21. République française. Décret du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales [En ligne]. [Cité le 26/11/2016]. Disponible à l'URL : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000781658>
22. Collège Santé de l'université de Bordeaux. DES de Médecine Générale - Diplôme d'études spécialisées. Coursus du DES de Médecine Générale [En ligne]. Université de Bordeaux, 12/07/2016 [cité le 26/11/2016]. Disponible à l'URL : <https://sante.u-bordeaux.fr/Espace-etudiant/Medecine/Medecine-generale/Diplome-d-etudes-specialisees-de-Medecine-Generale>
23. Kostuj M, Dales L, Vandenbavière A. Devenir Maître de Stage des universités (MSU) à Bordeaux [En ligne]. Département de médecine générale de l'université de Bordeaux, 10/07/2016 [cité le 21/11/2016]. Disponible à l'URL : <http://www.medecinmsu.fr/devenir-maitre-de-stage-des-universites-bordeaux>
24. Collège Santé de l'université de Bordeaux. Formation pratique. Stages hors cabinet [En ligne]. Université de Bordeaux, 24/11/2016 [cité le 26/11/2016]. Disponible à l'URL : <https://sante.u-bordeaux.fr/Espace-etudiant/Medecine/Medecine-generale/Formation-pratique>
25. Collège Santé de l'université de Bordeaux. DES de Médecine Générale - Diplôme d'études spécialisées. Validation du DES de Médecine Générale [En ligne]. Université de Bordeaux, 12/07/2016 [cité le 26/11/2016]. Disponible à l'URL : <https://sante.u-bordeaux.fr/Espace-etudiant/Medecine/Medecine-generale/Diplome-d-etudes-specialisees-de-Medecine-Generale>
26. Kinouani S. Le portfolio au cours du D.E.S. de médecine générale à Bordeaux : historique et évaluation de son emploi de 2005 à 2012. Mémoire de DU de pédagogie de l'enseignement supérieur, Bordeaux : université de Bordeaux ; 2013.

27. Jami A, Saint-Lary O, Bernard E, Saunier de Almeida A, Lefranc-Morin C, Ouazana A. Perceptions et représentations des internes de médecine générale à l'égard d'un outil pédagogique issu du paradigme d'apprentissage. *Pédagogie Médicale*. 2012;13(1):27-37.
28. Jouquan J, Bail P. A quoi s'engage-t-on en basculant du paradigme d'enseignement vers le paradigme d'apprentissage ? *Pédagogie Médicale*. 2003;4:163-175.
29. Naccache N, Samson L, Jouquan J. Le portfolio en éducation des sciences de la santé : un outil d'apprentissage, de développement professionnel et d'évaluation. *Pédagogie Médicale*. 2006;7(2):110-27.
30. Acker I. Evaluation de l'utilisation du portfolio par les internes en médecine générale d'Angers. Thèse d'exercice en médecine générale, Angers: université d'Angers; 2011.
31. Parlement européen. Compétences clés pour l'éducation et la formation tout au long de la vie [En ligne]. 26/09/2006 [mise à jour 13/09/2007, cité le 30/11/2016]. Disponible à l'URL : <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P6-TA-2006-0365+0+DOC+XML+V0//FR>
32. Attali C, Bail P, Magnier AM, Beis JN, Ghasarossian C, Gomes J, et al. Compétences pour le DES de médecine générale. *Exercer*. 2006;76:31-2.
33. Le Mauff P, Farthouat N, Goronlot L, Urion J, Senand R. Récit de situation complexe et authentique. Le modèle nantais. *Rev Prat Med Gen*. 2004;18(654-5):724-6.
34. Collège santé de l'université de Bordeaux. Portfolio [En ligne]. Université de Bordeaux, 16/06/2016 [cité le 28/11/2016]. Disponible à l'URL : <https://sante.u-bordeaux.fr/Espace-etudiant/Medecine/Medecine-generale/Portfolio>
35. Duhamel S, Chaperon A. Aide à l'écriture de script [En ligne]. Université de Bordeaux. Département de Médecine Générale [cité le 28/11/2016]. Disponible à l'URL : <https://sante.u-bordeaux.fr/Espace-etudiant/Medecine/Medecine-generale/Portfolio>
36. Bousquet MA. Concepts en médecine générale : tentative de rédaction d'un corpus théorique propre à la discipline. Thèse d'exercice en médecine générale, Paris: université Paris 6; 2013.
37. Bail P, Le Reste JY, Boiteux F. Le portfolio. Expérience du département de médecine générale de la faculté de Brest. *Rev Prat Med Gen*. 2004;18(646-647):445-7.
38. Société Française d'Alcoologie. Mésusage de l'alcool : dépistage, diagnostic et traitement. Recommandation de bonne pratique. *Alcoologie et addictologie*. 2015;37(1):5-84.
39. Société Française d'Alcoologie. Recommandations pour la pratique clinique. Les conduites d'alcoolisation. Lecture critique des classifications et définitions. Quel objectif thérapeutique ? Pour quel patient ? Sur quels critères ? *Alcoologie et addictologie*. 2001;23(4S):1S-76S.

40. Société Française d'Alcoologie. Recommandations de la SFA 2003 – Les mésusages de l'alcool en dehors de la dépendance. Usage à risque – usage nocif. Alcoologie et addictologie. 2003;25(4S):1S-92S.
41. O'Brien CP, Crowley TJ, Compton WM, Auriacombe M, Borges G, Bucholz K, et al. Troubles de l'usage d'une substance. In : DSM-5. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson S.A.S.; 2015. p. 572-6.
42. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fifth Ed.). Arlington, VA : American Psychiatric Publishing ; 2013.
43. O'Brien CP, Crowley TJ, Compton WM, Auriacombe M, Borges G, Bucholz K, et al. Trouble de l'usage de l'alcool. In : DSM-5. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson S.A.S.; 2015. p. 583-90.
44. Hasin DS, O'Brien CP, Auriacombe M, Borges G, Bucholz K, Budney A, et al. DSM-5 Criteria for Substance Use Disorders : Recommendations and Rationale. Am J Psychiatry. 2013;170(8):844-45.
45. Walsh BT, Wonderlich S, Attia E, Becker AE, Bryant-Waugh R, Hoek HW, et al. Troubles des conduites alimentaires et de l'ingestion des aliments. In : DSM-5. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson S.A.S.; 2015. p. 387-416.
46. World Health Organization. Lexicon of alcohol and drug terms. Geneva : WHO ; 1994.
47. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. Recommandation temporaire d'utilisation (RTU) du baclofène dans l'alcoolodépendance. Protocole de suivi des patients. Saint-Denis : ANSM ; 2014.
48. Société Française de Médecine d'Urgence. Actualisation 2006 de la seconde conférence de consensus 1992 « L'ivresse éthylique aiguë dans les services d'accueil des urgences ». SFMU ; 2007.
49. Badéyan G, Mouquet MC, Villet H. Les risques d'alcoolisation excessive des patients ayant recours aux soins un jour donné. Actualité et dossier en santé publique. 2002;40:11-16.
50. Guignard R, Beck F, Obradovic I. Prise en charge des addictions par les médecins généralistes. In : Gautier A, dir. Baromètre santé médecins généralistes 2009. Saint-Denis : INPES, coll. Baromètre santé ; 2011. p. 177-201.
51. Bernard H. Alcoolisme et antialcoolisme en France au XIXe siècle : autour de Magnus Huss. Hist Econ Soc. 1984;3(4):609-28.
52. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Objectifs, indications et modalités du sevrage du patient alcoolodépendant. Paris : ANAES ; 1999.
53. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Modalités d'accompagnement du sujet alcoolodépendant après un sevrage. Paris : ANAES ; 2001.

54. Société Médicale Balint. Formation des étudiants en médecin [En ligne]. Société Médicale Balint, 2017 [cité le 8/05/2017]. Disponible à l'URL : <https://www.balint-smb-france.org/formation-etudiants-smb.php>
55. Bismuth S, Stillmunkès A, Bonel S, Bismuth M, Poutrain JC. Formation initiale à la relation médecin/patient. Enquête auprès d'internes en médecine générale. *Médecine*. 2011;7(8):381-5.
56. Palle C, Canarelli T, Bonnet N, Borgne A, Boyer C, Breurec JY et al. Profil des patients en difficulté avec l'alcool accueillis à l'hôpital. *Tendances*. 2012;82:6p.
57. Luquiens A, Dervaux A, Aubin HJ. Comorbidités addictologiques dans l'alcoolodépendance : aspects épidémiologiques. *Le Courrier des addictions*. 2013;15(2):7-9.
58. Montecot C. Expérience d'analyse des pratiques, de type Balint dans un groupe d'internes de médecine générale : vers une élaboration psychique. Thèse d'exercice en médecine générale, Angers: université d'Angers; 2011.
59. Vanotti M. L'empathie dans la relation médecin-patient. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*. 2002;2(29):213-37.
60. Ameisen O. Complete and prolonged suppression of symptoms and consequences of alcohol-dependence using high-dose baclofen : a self case-report of a physician. *Alcohol and alcoholism*. 2005;40(2):147-150.
61. Lefebvre R, Legrand M. Boire après l'alcoolisme. *Psychotropes*. 2003;9(1):7-26.
62. Vernalde E. Le concept de réduction des risques : Quelles applications en alcoologie. Thèse d'exercice en médecine générale, Lille: université de Lille 2; 2012.
63. Aubin HJ. La réduction des risques et des dommages est-elle efficace et quelles sont ses limites en matière l'alcool ? In : Réduction des risques et des dommages liés aux conduites addictives; 7-8 avril 2016; Paris. Paris : Fédération Française d'Addictologie ; 2016. p. 188-99.
64. Maisondieu J. Les alcooléens. Paris : Bayard ; 1992.
65. Ostermann G, Rigaud A, Claudon M. Avance de la parole, de la confiance, auprès d'un patient dépendant de l'alcool. *Dépendances*. 2014;51:13-16.
66. Gomez H, Claudon M, Ostermann G. Les représentations de l'alcoolique. Images et préjugés. Toulouse: ERES; 2015.
67. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Alcool. Guide pratique pour le médecin. Saint-Denis: INPES; 2014.
68. Miller WR, Rollnick S. Motivational Interviewing : preparing people to change addictive behavior. New York: Guilford Press; 1991.
69. Lécallier D, Michaud P. L'entretien motivationnel. Une évolution radicale de la relation thérapeutique. *Alcoologie et addictologie*. 2004;26(2):129-34.

70. Rollnick S, Miller WR, Butler CC. Pratique de l'entretien motivationnel. Communiquer avec le patient en consultation. Paris: InterEditions-Dunod; 2009.
71. Gache P. Prise en charge du patient alcoolo-dépendant : préjugés et contre-attitudes. Rev Med Suisse. 2000;2316:3p.
72. Haute Autorité de Santé. Outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève. Alcool, cannabis, tabac chez l'adulte. Saint-Denis la Plaine : HAS ; 2014.
73. Menecier P, Rotheval L, Plattier S, Fernandez L, Ploton L. Le déni en alcoologie à travers ce qu'il n'est pas. Drogues, santé et société. 2016;15(2):39-59.
74. Rueff B. Les malades de l'alcool. Guide pratique. Paris: John Libbey Eurotext;1995.
75. Prochaska JO, DiClemente CC. Transtheoretical therapy : toward a more integrative model of change. Psychotherapy : Theory, Reseach and Practice. 1982;19(3):276-88.
76. Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie. Livret sur la co-dépendance. Informations pour les proches des malades alcooliques [En ligne]. ANPAA 25, 2011 [cité le 30/05/2017]. Disponible à l'URL : http://www.anpaa25.fr/bibliotheque/Telechargement/entourage/Livret_codependan_copie.pdf
77. Brisacier AC, Cadet-Taïrou A, Diaz Gomez C, Gandilhon M, Le Nézet O, Lemenier-Jeannet A et al. Drogues, chiffres clés. 6^{ème} édition. Saint-Denis La Plaine : OFDT ; 2015.
78. République française. Décret du 25 novembre 2016 relatif à l'organisation du troisième cycle des études de médecine et modifiant le code de l'éducation [En ligne]. [Cité le 4 juin 2017]. Disponible à l'URL : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000033479390&categorieLien=id>
79. AGIR 33. Addictoclic [En ligne]. AGIR 33, 2015 [mis à jour le 9/06/2017, cité le 11/06/2017]. Disponible à l'URL : <http://www.addictoclic.com>
80. Haute Autorité de Santé. Annoncer une mauvaise nouvelle. Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2008.
81. Gourrin E. Apports d'une initiation au groupe Balint dans la formation à la relation médecin-patient des étudiants en SASPAS en DES de Médecine Générale. Etude qualitative par entretiens semi-directifs. Thèse d'exercice en médecine générale, Bordeaux : université de Bordeaux ; 2014.

ANNEXE 1 : DEFINITION DE LA LISTE DE MOTS CLES

Les PF étudiés se présentent sous forme de fichiers PDF ouverts par l'application Adobe Acrobat Reader©. Celle-ci permet d'identifier les occurrences d'un terme donné dans l'ensemble du document grâce aux fonctions « Rechercher » et « Recherche avancée ».

Plus précisément, « Rechercher » permet de faire défiler l'ensemble des pages comportant le mot désigné et « Recherche avancée » fait apparaître la liste des toutes les occurrences du mot dans le document, leur nombre, et, pour chacune d'elles, le contexte ainsi que la page concernée. Le critère supplémentaire « mots entiers » permet de rechercher le mot tel qu'il est orthographié et d'ignorer les termes issus de la même racine. Cependant la recherche des « mots entiers » n'identifie pas le terme lorsqu'il est précédé de « l' » ou « d' ». Pour ne pas ignorer un nombre important de citations, nous utilisons finalement « Recherche avancée » sans sélectionner « mots entiers ».

L'élaboration de la liste de mots clés permettant d'identifier la présence d'une « thématique alcool » dans les textes a nécessité plusieurs étapes :

- la constitution d'une 1^{ère} liste de mots clés
- une phase test d'application de cette liste à un échantillon de 10 PF
- l'élaboration d'une 2^{ème} liste d'après les résultats de la phase test
- une phase test d'application de la nouvelle liste sur l'échantillon de 10 PF
- la définition de la liste de mots clés définitive, adoptée après validation par la comparaison des textes identifiés à ceux repérés par la lecture systématique de l'ensemble des 10 PF.

♦ Proposition d'une première liste de mots clés

La recherche de termes en rapport avec l'alcool dans les situations de stages d'internat nous a conduit à proposer la liste des 10 mots suivants : « alcool(s) », « alcoolique », « alcoolisme », « alcoolisé », « alcoologue(s) », « alcoolodépendant », « addiction(s) », « vin(s) », « bière(s) » et « whisky(s/ies) ».

Concernant les adjectifs, les termes sont, évidemment, recherchés au masculin et féminin, singulier et pluriel. De même, « alcool », « alcoologue », « addiction », « vin », « bière » et « whisky » sont également recherchés au pluriel.

A propos de « alcoolodépendant », nous avons aussi recherché d'autres orthographes incorrectes mais usitées : « alcoolo-dépendant » et « alcoolo dépendant ».

♦ Phase test et élaboration d'une deuxième liste de mots clés

Afin de s'assurer de la pertinence de la liste proposée, la recherche automatique des mots clés a été appliquée à un échantillon de 10 PF tirés au sort parmi l'ensemble des PF validés en 2013 et recueillis auprès du DMG au format PDF. Cette procédure a permis d'identifier 57

textes parmi les 220 textes de l'échantillon. Les résultats de cette phase test nous conduisent à formuler plusieurs remarques.

Le terme « addictions » est employé pour traiter des addictions au sens générique alors que « addiction » au singulier se rapporte à une addiction spécifique (en l'occurrence le trouble lié au jeu d'argent). Notre objectif étant d'étudier les thématiques liées à l'alcool, nous retenons le mot clé « addictions » (les addictions au sens large comprenant celle à l'alcool) et supprimons « addiction » de la liste car il fait apparaître des addictions sans lien avec l'alcool (celle à l'alcool étant aussi repérée par d'autres mots clés).

L'ensemble des termes de la liste permettent effectivement d'identifier des textes en rapport avec le thème « alcool » sauf les mots « alcoologie » et « whisky » qui n'apparaissent dans aucun texte. Aussi, ces deux termes ne sont pas retenus dans la 2^{ème} liste de mots clés proposée.

Il apparaît que plusieurs termes de la liste peuvent être utilisés dans une autre acception que celle liée à l'alcool, dans ce cas l'occurrence identifiée n'est pas relevée. Par exemple, « alcool » peut être cité comme antiseptique (« alcool à 70° »), « bière » est utilisé dans l'expression « mise en bière » et « vin » dans « tache de vin ».

Par contre, les occurrences de signification négative sont retenues quand elles témoignent d'un intérêt pour le thème « alcool ». Par exemple « pas de consommation d'alcool » permet de remarquer que l'internaute a recherché de façon systématique cette consommation, la présence d'une thématique alcool est donc relevée.

Enfin, la lecture des textes identifiés par la liste de mots clés nous suggère de rechercher également d'autres termes, fréquemment employés, qui pourraient aussi permettre d'identifier des textes concernés par cette thématique. Ainsi, nous ajoutons à la liste initiale les 15 mots suivants : « alcoolisation(s) », « alcoolémie(s) », « alcoologie », « alcoolodépendance » (et « alcoolo dépendance », « alcoolo-dépendance »), « addictologie », « addictif », « addictologue(s) », « éthylisme », « éthylique », « ivre », « ivresse(s) », « sevrage(s) », « apéritif(s) », « CSAPA » et « ELSA ».

La recherche des mots clés dans les PF tests identifie certains termes dans des sommaires et des liens hypertextes, ces occurrences ne sont pas relevées. En effet, les mots clés mentionnés dans les sommaires appartiennent à des titres de textes qui sont également rédigés en première ligne du texte concerné. A propos des liens hypertextes, seuls certains internes les ajoutent à leurs références bibliographiques, les inclure conduirait donc à relever un nombre d'occurrences variable en fonction des modalités de rédaction de la bibliographie et non en fonction de la présence d'une thématique alcool.

Finalement, la 2^{ème} liste de mots clés, définie d'après les remarques issues de la phase test, comprend les 23 mots suivants : « alcool(s) », « alcoolique », « alcoolisme », « alcoolisé », « alcoolodépendant » (et « alcoolo-dépendant », « alcoolo dépendant »), « addictions », « vin(s) », « bière(s) », « alcoolisation(s) », « alcoolémie(s) », « alcoologie », « alcoolodépendance » (et « alcoolo dépendance », « alcoolo-dépendance »), « addictologie », « addictif », « addictologue(s) », « éthylisme », « éthylique », « ivre », « ivresse(s) », « sevrage(s) », « apéritif(s) », « CSAPA » et « ELSA ».

♦ Phase test, définition et validation de la liste de mots clés définitive

L'application de cette nouvelle liste aux 10 PF tests permet d'identifier 69 textes, elle signale 13 textes supplémentaires par rapport à la précédente et en ignore un (sans lien avec la thématique). Quatre mots ont permis d'identifier de nouveaux textes : « addictologie », « addictif », « sevrage » et « éthylisme ».

Si « sevrage » permet de remarquer 7 nouveaux textes, leur lecture conduit à constater qu'aucune de ces situations n'est en rapport avec un mésusage de l'alcool. En effet, elles concernent des sevrages tabagiques, médicamenteux (en psychotropes ou en antalgiques), un syndrome de sevrage lié à l'arrêt d'un antidépresseur, le sevrage d'une oxygénothérapie ou encore un sevrage de l'allaitement maternel. Finalement « sevrage » relève de nombreuses occurrences sans lien avec l'alcool et n'identifie pas de nouveau texte lié à la thématique, il est supprimé de la liste de mots clés.

Parmi les autres mots clés de la 2^{ème} liste, un terme apparaît dans un seul texte. En effet, « ivre » est relevé au sujet d'une situation d'IEA prise en charge aux urgences dans un script déjà identifié par la présence de 11 autres mots clés. La lecture des textes concernés par la thématique alcool permet de remarquer que les internes utilisent très peu le terme « ivre » et préfèrent, généralement, la formulation « alcoolisation aiguë ». Il ne nous a donc pas semblé judicieux de conserver « ivre » dans la liste de mots clés définitive.

Les 13 autres termes ajoutés pour constituer la 2^{ème} liste sont pertinents pour identifier la thématique alcool, ils sont chacun mentionnés dans plusieurs textes en rapport avec le mésusage de l'alcool.

Les modifications apportées à la 2^{ème} liste de mots clés conduit à conserver les 21 termes suivants (« sevrage » et « ivre » ayant été retirés) : « **alcool(s)** », « **alcoolique** », « **alcoolisme** », « **alcoolisé** », « **alcoolisation(s)** », « **alcoolémie(s)** », « **alcoologie** », « **alcoolodépendant** », « **alcoolodépendance** », « **addictions** », « **addictologie** », « **addictif** », « **addictologue(s)** », « **éthylisme** », « **éthylique** », « **ivresse(s)** », « **vin(s)** », « **bière(s)** », « **apéritif(s)** », « **CSAPA** » et « **ELSA** ».

ANNEXE 2 : GRILLE DE LECTURE DES SCRIPTS P+

Nous détaillons ici les données recueillies à la lecture des scripts P+ ainsi que la méthode employée pour procéder au relevé des informations choisies.

PARTIE 1 : DONNEES GENERALES SUR LA SITUATION VECUE

1. LES AUTEURS DES SCRIPTS P+

- *Le genre de l'auteur.*
- *Une formation en alcoologie ou un intérêt particulier pour ce domaine (si donnée disponible) :* la présence d'une thématique alcool dans les parties « annexes » du PF permet d'identifier les citations au sujet d'une formation ou d'une expérience particulière.
- *Le semestre d'internat lors de la situation vécue (si disponible).*
- *La présentation orale du script (si disponible) :* le contexte de cette présentation est également relevé quand il est spécifié (module d'enseignement ou autre) ainsi que le semestre en cours lors de la situation décrite et lors de la présentation.

2. LES TERRAINS DE STAGE

Nous relevons des informations différentes selon qu'il s'agit d'un stage ambulatoire ou hospitalier.

Concernant les stages ambulatoires, 4 modalités sont possibles : stage auprès du praticien au cabinet de MG, stage hors cabinet au cours du semestre chez le praticien, SASPAS et stage ambulatoire validant la pédiatrie et/ou la gynécologie.

Concernant les stages hospitaliers, nous identifions :

- *le caractère d'urgence des soins :* les « situations d'urgence » sont celles qui se déroulent à l'occasion d'un stage d'urgence ou à l'occasion d'une garde (effectuée par un interne en stage dans un autre service). Les scènes ayant lieu au sein des urgences psychiatriques sont incluses. Dans les cas de « situations non urgentes », nous relevons l'information sur le passage du patient par le SAU avant son admission dans le service hospitalier dans lequel il est décrit.
- *la spécialité du service hospitalier.* Nous précisons deux cas particuliers : nous relevons sous le terme « médecine interne » les spécialités décrites comme « médecine polyvalente », « maladies infectieuses » et « médecine interne » ; d'autre part, tous les services décrits comme ayant une activité addictologique sont répertoriés sous ce terme quelque soit la spécialité associée (hépatogastro-entérologie, psychiatrie, autre ou aucune).

3. LES PATIENTS

- *Le genre du patient.*
- *L'âge du patient.* Dans les contextes de post-partum, nous considérons que le patient est la mère (éventuel sujet du mésusage d'alcool) même si l'enfant peut aussi présenter des conséquences physiques de la consommation d'alcool.
- *L'activité du patient* (si disponible). Elle est décrite selon 4 catégories : activité scolaire ou étudiante, professionnelle, retraite et sans activité professionnelle.
- *La notion d'un conflit familial* : il s'agit des difficultés relationnelles intrafamiliales présentées par l'auteur comme en lien avec le mésusage d'alcool du patient.
- *La présence d'un ou plusieurs proches* : entourage familial ou amical physiquement présent pendant tout ou partie de la situation décrite.
- *Les comorbidités addictologiques.* L'auteur peut rapporter la consommation, par le patient, d'autres substances psychoactives que l'alcool mais ne précise pas toujours l'existence d'un trouble de l'usage. Aussi, nous relevons toute consommation de produit psychoactif associée au mésusage de l'alcool. Nous incluons parmi ces comorbidités le trouble lié au jeu d'argent, décrit dans le DSM-5 comme une addiction comportementale et inclus dans le chapitre intitulé « *Substance-Related and Addictive Disorders* » (troubles liés à une substance et troubles addictifs) [44]. Par contre, les troubles du comportement alimentaire ne sont pas relevés dans cette catégorie, suivant la classification du DSM-5 qui les inclut dans un chapitre distinct : « *Feeding and Eating Disorders* » (troubles des conduites alimentaires et de l'ingestion des aliments) [45]. Ils seront identifiés parmi les comorbidités psychiatriques. Finalement, nous relevons la notion d'une polyconsommation ou d'une dépendance à une substance ou à un comportement ainsi que la nature du produit ou du comportement en cause.
- *Les comorbidités organiques.* Nous relevons les pathologies plus fréquemment observées chez les patients ayant un trouble de l'usage de l'alcool et rapportées par les internes. Un lien de causalité avec la consommation d'alcool n'est pas nécessairement établi dans la situation.
- *Les comorbidités psychiatriques.* Nous considérons l'existence de comorbidités psychiatriques chez les patients ayant un mésusage de l'alcool d'après la définition établie par l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) c'est-à-dire lorsqu'il existe une « co-occurrence, chez un même individu, d'un trouble lié à la consommation d'une substance psychoactive et d'un autre trouble psychiatrique » (« dual diagnosis ») [46].

4. LES CIRCONSTANCES DE LA RENCONTRE ENTRE PATIENT ET INTERNE

A la lecture des scripts tests, il nous a semblé que les circonstances de la rencontre entre le patient et l'interne pouvaient influencer les difficultés vécues par l'étudiant (par exemple, il apparaît plus facile d'établir un échange lors de demandes de sevrage que lors de la prise en charge d'IEA). Aussi, nous relevons les informations suivantes.

- *Le motif de recours aux soins.* Trois catégories de motifs sont distinguées : ceux en lien direct avec l'alcool (c'est-à-dire explicitement alcoologiques, par exemple un sevrage programmé), ceux liés aux conséquences néfastes de la consommation d'alcool, et les autres motifs (sans lien direct ou indirect avec l'alcool). Nous considérons la relation ou l'absence de relation du motif de soins avec l'alcool telle qu'elle est perçue par l'interne lors de sa rencontre avec le patient.
- *Les circonstances de découverte d'un mésusage de l'alcool par l'interne* sont identifiées lorsque le motif de recours aux soins est sans lien avec l'alcool.
- *La situation supposée du patient par rapport à l'alcool.* Six catégories sont définies en fonction de la perception de l'interne : suspicion de mésusage (l'étudiant s'interroge devant certains éléments de la situation), mésusage avéré (décrit par le patient, les proches ou dépisté par l'étudiant, dont les états d'ivresse), sevrage programmé, sevrage non programmé (imposé lors d'une pathologie intercurrente ou « sevrage sauvage » sans accompagnement médical), abstinence secondaire et usage simple (répondant à la définition donnée par la SFA [38] : consommation asymptomatique et inférieure au seuils recommandés en France). Nous avons fait le choix de répertorier les ivresses constatées par les internes parmi les mésusages avérés dans la mesure où elles sont associées à des conséquences physiques, psychiques ou des effets comportementaux ayant justifié un recours aux soins en urgence. Toutefois, nous identifierons les situations d'IEA à l'intérieur de cette catégorie.

PARTIE 2 : LES PROBLEMATIQUES LIEES A L'ALCOOL

Le ou les thèmes étudiés dans chacune des problématiques alcool étudiées sont relevés. Une problématique peut, en effet, analyser un ou plusieurs thèmes. Par exemple, une interne rédige deux problématiques dont les titres sont « complications somatiques liées à l'éthylisme chronique » et « modalités du sevrage et accompagnement du patient dépendant ». Ici, les deux problématiques alcool étudient 3 thèmes alcoologiques.

L'ensemble des thèmes étudiés seront ensuite répertoriés en différents domaines.

PARTIE 3 : LES DIFFICULTES RENCONTREES

Nous relevons, dans l'intégralité de chacun des scripts P+, toute difficulté de l'interne, vécue dans la situation ou projetée, décrite explicitement ou simplement suggérée.

Suite à l'analyse des 20 premiers scripts, nous précisons la méthode de recueil pour certaines données, les autres difficultés identifiées n'ayant pas posé de problème particulier quant à la façon de les relever et de les répertorier.

- *L'interrogatoire du patient* : sont identifiées, ici, les difficultés liées au manque de compétences de l'interne à s'entretenir avec le patient de sa consommation d'alcool, les éventuelles difficultés relationnelles induites par la question sur l'alcool étant relevées plus loin.
- *L'examen clinique* : perception d'un manque de connaissances séméiologiques des pathologies liées à l'alcool ou difficultés dans la réalisation de l'examen physique.
- *Les examens complémentaires* : lacunes perçues à propos des indications des examens, des résultats attendus ou de leur interprétation pour des pathologies liées à l'alcool.
- *L'objectif de soins* : difficultés à établir un objectif envisageable ou réalisable.
- *Les comorbidités (organiques, psychiatriques, addictologiques)* : difficultés portant sur leur diagnostic positif, étiologique, leur prise en charge ou suivi, ou encore, leurs relations avec le mésusage d'alcool.
- *Les difficultés relationnelles entre internes et patients*. Les propos ou comportements inadaptes des patients n'entraînant pas de gêne perceptible dans la relation ne sont pas relevés. D'autre part, les références des auteurs au « déni » de leur patient sont citées entre guillemets, la lecture du script ne permettant pas de déterminer s'il s'agit d'un « refus inconscient de reconnaître une réalité extérieure traumatisante » [46] ou plutôt d'une dissimulation ou d'une minimisation volontaire.
- *Les difficultés relationnelles entre internes et proches des patients* : les interventions des proches qui compliquent la relation entre interne et patient sont relevées dans l'item précédent. Celles qui gênent l'entretien avec le patient au sujet de l'alcool sont relevées parmi les difficultés de l'interne concernant ses compétences à interroger le patient.
- *Les difficultés organisationnelles (en pratique ambulatoire et hospitalière)* : difficultés liées à l'organisation des soins dans le milieu du stage et à l'organisation de la continuité des soins à partir de ce terrain de stage.
- *Les situations médico-légales* : difficultés liées à des procédures envisagées ou mises en œuvre en raison du trouble de l'usage de l'alcool du patient.

ANNEXE 3 : CARACTERISTIQUES DES PATIENTS DECRITS DANS LES SCRIPTS P+

1. GENRE

Parmi les 99 patients décrits, 69 sont des hommes (69,7%) et 30 sont des femmes (30,3%).

2. ÂGE

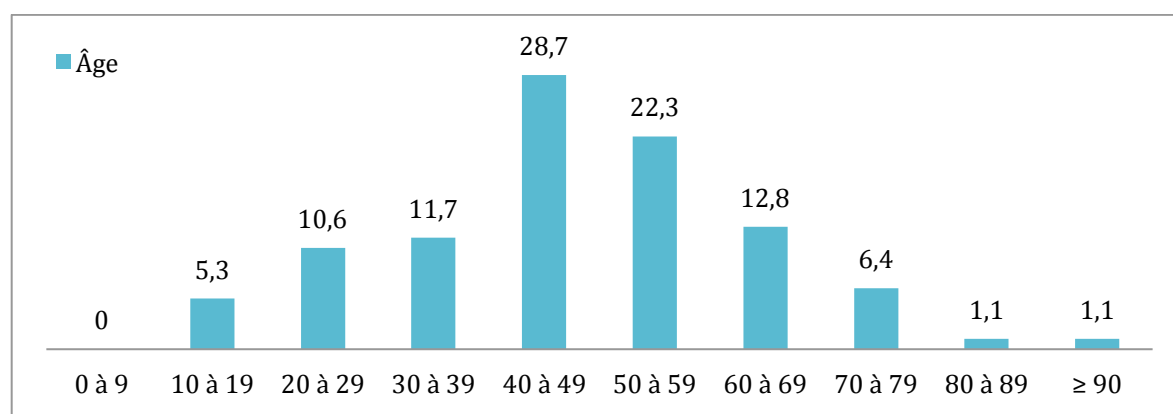


Figure 1 : Distribution des patients décrits dans les scripts selon leur âge (%) (n=94)
Etude des 187 PF des IMG de la promotion 2014 de Bordeaux

Dans 5 scripts, l'âge du patient n'est pas spécifié. La moyenne d'âge des 94 autres patients est de 47,2 ans, les extrêmes étant 15 et 92 ans.

Les deux décennies les plus représentées, entre 40 à 59 ans, rassemblent 48 patients soit 51% de ceux dont l'âge est connu, les 40-49 ans étant les plus nombreux.

3. ACTIVITE

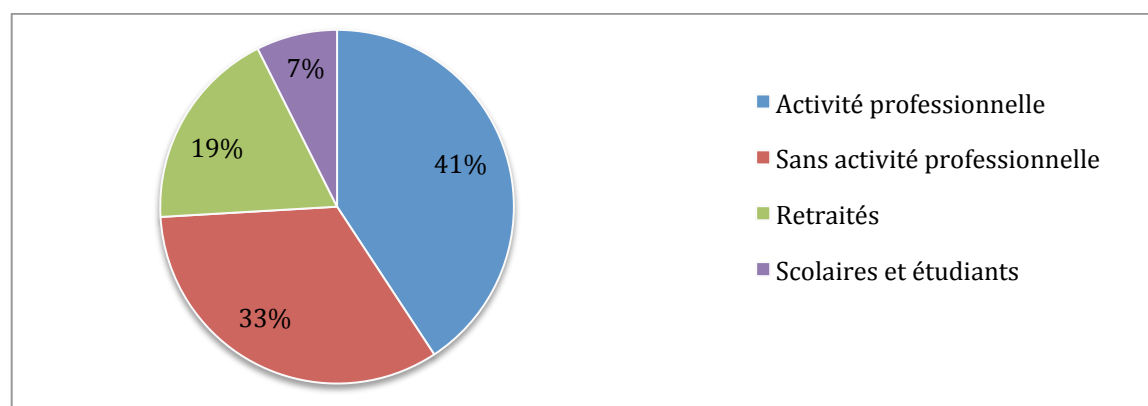


Figure 2 : Distribution des patients décrits selon leur activité (%) (n=81)
Etude des 187 PF des IMG de la promotion 2014 de Bordeaux

L'activité des patients est spécifiée dans 81 cas sur 99.

Parmi les 27 patients sans activité professionnelle et en âge de travailler, 9 sont au chômage (dont 3 licenciés en raison de leur consommation d'alcool), 4 sont sans logement fixe, 3 sont en invalidité. La situation des 11 autres n'est pas précisée.

4. ENTOURAGE FAMILIAL

La notion d'un conflit familial apparaît dans 37 récits parmi les 99 scripts P+, soit 37,4% des situations. Les internes rapportent des tensions, violences, séparations et éloignements qu'ils décrivent comme liés au trouble de l'usage de l'alcool.

L'entourage du patient (à 98% familial) est présent dans un tiers des situations décrites.

5. COMORBIDITES ADDICTOLOGIQUES

La consommation d'autres produits psychoactifs que l'alcool ou l'existence d'une dépendance, actuelle ou substituée, concerne 66 produits ou comportements :

- le tabac : 48 cas
- les traitements de substitution aux opiacés (TSO) : 6 cas (dont méthadone : 3, buprénorphine : 2 et non spécifié : 1)
- le cannabis : 5 cas
- les opiacés : 2 cas
- les benzodiazépines (BZD) : 2 cas
- les psychostimulants (cocaïne, amphétamine et dérivés) : 2 cas
- le trouble lié au jeu d'argent : 1 cas.

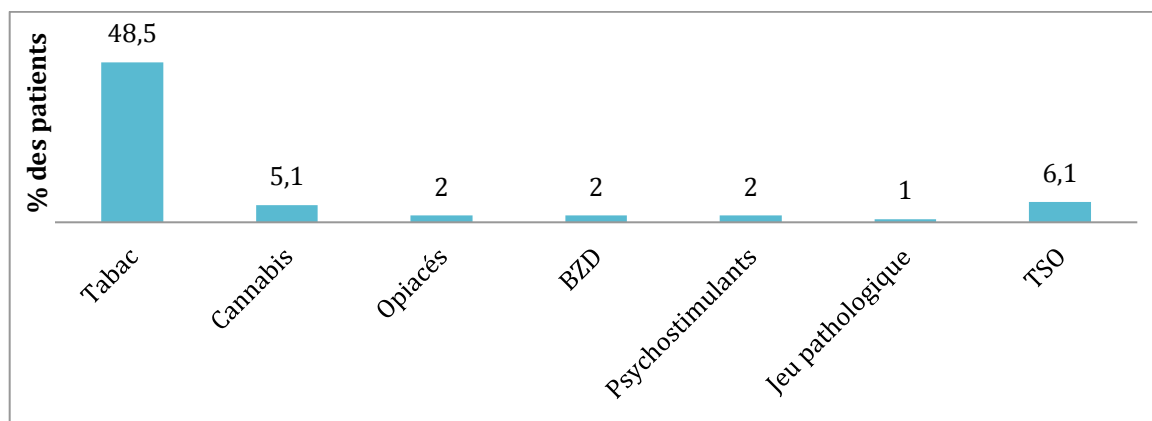


Figure 3 : Co-addiction et polyconsommation : proportion des patients concernés selon les produits consommés et les comportements addictifs (%) (n=99)

Etude des 187 PF des IMG de la promotion 2014 de Bordeaux

Les consommations ou dépendances non substituées concernent 52 patients, soit 52,5%. Presque la moitié des 99 patients sont fumeurs de tabac (48,5%). Bien que beaucoup moins fréquent, le cannabis est le 2^{ème} produit associé au mésusage de l'alcool (5% des patients). D'autre part, 5 des 6 patients qui suivent un TSO sont polyconsommateurs de substances psychoactives.

6. COMORBIDITES ORGANIQUES

Parmi les 99 patients, 55 présentent des comorbidités organiques (55,6%). Elles sont :

- métaboliques (22,2% des patients) : 33 cas : surpoids et obésité (16), dyslipidémie (10), diabète de type 2 (7)
- cardiovasculaires (20,2%) : 25 cas : hypertension artérielle (18), fibrillation auriculaire (5), coronaropathie (1), cardiomyopathie dilatée (1)
- digestives (13,1%) : 17 cas : cirrhose (5), stéatose hépatique (2), gastrite et ulcères gastro-duodénaux (5), reflux gastro-œsophagien (1), pathologies pancréatiques (4 : pancréatites aiguës, chroniques, insuffisance pancréatique exocrine)
- neurologiques (9,1%) : 9 cas : crise convulsive et épilepsie (4), accidents vasculaires cérébraux (3), polyneuropathie (2)
- traumatologiques (9,1%) : 9 cas : traumatismes et fractures
- respiratoire et ORL (7,1%) : 7 cas : BPCO (4), insuffisance respiratoire chronique (1), cancer pulmonaire (1), cancer ORL (1).

L'association de 2 ou 3 troubles parmi surpoids, dyslipidémie, diabète de type 2 et hypertension artérielle est particulièrement fréquente (15,2%).

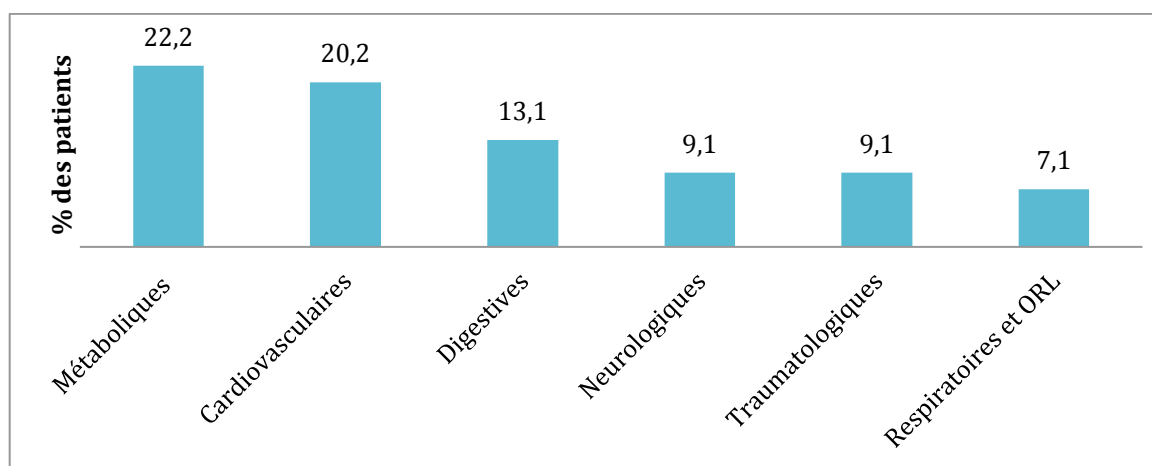


Figure 4 : Comorbidités organiques : proportion des patients concernés selon les différentes pathologies (%) (n=99)

Etude des 187 PF des IMG de la promotion 2014 de Bordeaux

7. COMORBIDITES PSYCHIATRIQUES

Un ou plusieurs troubles psychiatriques sont identifiés chez 25 patients (25,3%), il s'agit de :

- dépression (20,2% des patients) : 20 cas (antécédent de tentative de suicide signalé : 3)
- trouble bipolaire (2%) : 2 cas
- trouble anxieux (2%) : 2 cas (phobie sociale : 1, trouble anxieux non spécifié : 1)
- délire aigu et trouble psychotique (2%) : 2 cas (bouffée délirante aiguë : 1, trouble psychotique non spécifié : 1)
- trouble de l'alimentation et des conduites alimentaires (1%) : 1 cas (anorexie mentale).

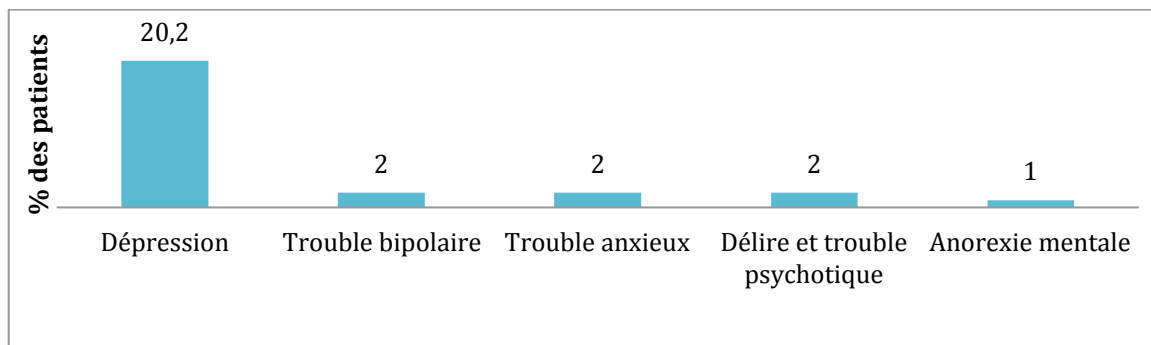


Figure 5 : Comorbidités psychiatriques : proportion des patients concernés selon les différents troubles (%) (n=99)

Etude des 187 PF des IMG de la promotion 2014 de Bordeaux

ANNEXE 4 : QUESTIONNAIRES AUDIT, AUDIT-C, FACE

Le questionnaire AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test), composé de 10 items, a été conçu par l'OMS pour dépister les usages à risque et nocifs d'alcool en population générale [38].

L'AUDIT-C, constitué des 3 premières questions de l'AUDIT, permet de dépister un usage d'alcool à risque. Les 7 questions suivantes de l'AUDIT servent au dépistage de l'usage nocif.

• Le questionnaire Audit à dix items conçu pour dépister une consommation d'alcool à risque ou nocive en médecine générale, figure N°A3. Les résultats du questionnaire Audit sont également faciles à calculer. Le chiffre de la colonne correspondant à chaque réponse choisie par le patient devra être inscrit par le médecin dans la dernière colonne de droite. Tous les résultats devront ensuite être additionnés et inscrits dans la case « Total ».

Figure N°A3 Le Test Audit (Alcohol Use Disorders Identification Test) : autoquestionnaire	
1. À quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?	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 ?
(0) Jamais (1) 1 fois par mois ou moins (2) 2 à 4 fois par mois (3) 2 à 3 fois par semaine (4) Au moins 4 fois par semaine <input type="checkbox"/>	(0) Jamais (1) Moins d'une fois par mois (2) Une fois par mois (3) Une fois par semaine (4) Tous les jours ou presque <input type="checkbox"/>
2. Combien de verres standard buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?	7. Au cours de l'année écoulée, à quelle fréquence avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou de regret après avoir bu ?
(0) 1 ou 2 (1) 3 ou 4 (2) 5 ou 6 (3) 7 à 9 (4) 10 ou plus <input type="checkbox"/>	(0) Jamais (1) Moins d'une fois par mois (2) Une fois par mois (3) Une fois par semaine (4) Tous les jours ou presque <input type="checkbox"/>
3. Au cours d'une même occasion, à quelle fréquence vous arrive-t-il de boire six verres standard ou plus ?	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 ?
(0) Jamais (1) Moins d'une fois par mois (2) Une fois par mois (3) Une fois par semaine (4) Tous les jours ou presque <input type="checkbox"/>	(0) Jamais (1) Moins d'une fois par mois (2) Une fois par mois (3) Une fois par semaine (4) Tous les jours ou presque <input type="checkbox"/>
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 ?	9. Vous êtes-vous blessé ou avez-vous blessé quelqu'un parce que vous aviez bu ?
(0) Jamais (1) Moins d'une fois par mois (2) Une fois par mois (3) Une fois par semaine (4) Tous les jours ou presque <input type="checkbox"/>	(0) Non (2) Oui mais pas au cours de l'année écoulée (4) Oui, au cours de l'année <input type="checkbox"/>
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 ?	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 ?
(0) Jamais (1) Moins d'une fois par mois (2) Une fois par mois (3) Une fois par semaine (4) Tous les jours ou presque <input type="checkbox"/>	(0) Non (2) Oui mais pas au cours de l'année écoulée (4) Oui, au cours de l'année <input type="checkbox"/>
Notez le total des items ici <input type="checkbox"/>	

L'obtention d'un score, au questionnaire AUDIT, supérieur ou égal à 6 chez la femme et supérieur ou égal à 7 chez l'homme doit faire évoquer un mésusage.

Un score supérieur ou égal à 13 (quel que soit le sexe) doit faire évoquer une dépendance.

• **L'Audit-C** est constitué des trois premières questions du questionnaire Alcohol Use Disorders Identification test (Audit), figure N°A2. Les scores du questionnaire Audit-C sont faciles à calculer. Le chiffre de la colonne correspondant à chaque réponse choisie par le patient devra être inscrit par le médecin dans la dernière colonne de droite. Tous les résultats devront ensuite être additionnés et inscrits dans la case « Total ».

Figure N°A2 Questionnaire Audit-C	
<p>1. À quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?</p> <p>(0) Jamais (1) 1 fois par mois ou moins (2) 2 à 4 fois par mois (3) 2 à 3 fois par semaine (4) Au moins 4 fois par semaine</p>	
<p>2. Combien de verres standard buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?</p> <p>(0) 1 ou 2 (1) 3 ou 4 (2) 5 ou 6 (3) 7 à 9 (4) 10 ou plus</p>	
<p>3. Au cours d'une même occasion, à quelle fréquence vous arrive-t-il de boire six verres standard ou plus ?</p> <p>(0) Jamais (1) Moins d'une fois par mois (2) Une fois par mois (3) Une fois par semaine (4) Tous les jours ou presque</p>	

L'obtention d'un score, au questionnaire AUDIT-C, supérieur ou égal à 3 chez la femme et supérieur ou égal à 4 chez l'homme doit faire évoquer un mésusage.

Un score supérieur ou égal à 10 (quel que soit le sexe) doit faire évoquer une dépendance [38].

Le questionnaire FACE (Formule pour Approcher la Consommation d'Alcool par Entretien) est basé sur une version simplifiée du questionnaire AUDIT, il se compose de 5 questions.

1. À quelle fréquence consommez-vous des boissons contenant de l'alcool ?

Jamais = 0 ; Une fois par mois ou moins = 1 ; Deux à 4 fois par mois = 2 ; Deux à 3 fois par semaine = 3 ; Quatre fois par semaine ou plus = 4; **Score :**

2. Combien de verres standard buvez-vous, les jours 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 ; **Score :**

3. Est-ce que votre entourage vous a fait des remarques concernant votre consommation d'alcool ?

Non = 0 ; Oui = 4 ; **Score :**

4. Vous est-il arrivé de consommer de l'alcool le matin pour vous sentir en forme ?

Non = 0 ; Oui = 4 ; **Score :**

5. Vous est-il arrivé de boire et de ne plus vous souvenir le matin de ce que vous avez pu dire ou faire ?

Non = 0 ; Oui = 4 ; **Score :**

Un score supérieur ou égal à 4 chez la femme et supérieur ou égal à 5 chez l'homme doit faire évoquer un mésusage.

Un score supérieur ou égal à 9 (quel que soit le sexe) est en faveur d'une dépendance [38].

ANNEXE 5 : TROUBLE DE L'USAGE DE L'ALCOOL : CRITERES DIAGNOSTIQUES (DSM-5)

A. Mode d'usage problématique de l'alcool conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance cliniquement significative, caractérisé par la présence d'au moins deux des manifestations suivantes, au cours d'une période de 12 mois :

1. L'alcool est souvent consommé en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévue.
2. Il y a un désir persistant, ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler la consommation d'alcool.
3. Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir de l'alcool, à utiliser de l'alcool ou à récupérer de ses effets.
4. Envie impérieuse (craving), fort désir ou besoin pressant de consommer de l'alcool.
5. Consommation répétée d'alcool conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures au travail, à l'école ou à la maison.
6. Consommation continue d'alcool malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de l'alcool.
7. Des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'usage de l'alcool.
8. Consommation répétée d'alcool dans des situations où cela peut être physiquement dangereux.
9. L'usage de l'alcool est poursuivi bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par l'alcool.
10. Tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :
 - a. Besoins de quantités notablement plus fortes d'alcool pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré.
 - b. Effet notablement diminué en cas de l'usage continu de la même quantité d'alcool.
11. Sevrage caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
 - a. Syndrome de sevrage caractéristique de l'alcool.
 - b. L'alcool (ou une substance très proche, telle qu'une benzodiazépine) est pris pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.

Spécifier la sévérité actuelle :

Léger : présence de 2-3 symptômes

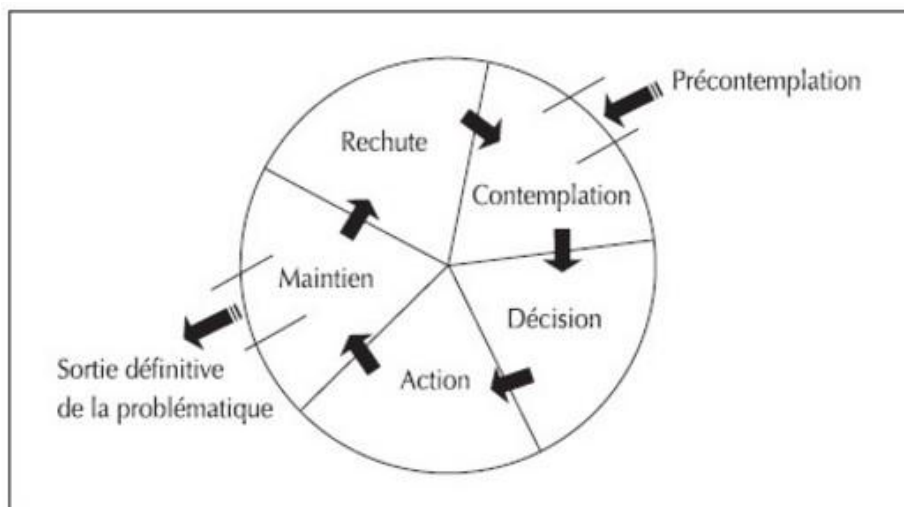
Moyen : présence de 4-5 symptômes

Grave : présence de 6 symptômes ou plus.

ANNEXE 6 : MODELE DE PROCHASKA ET DICLEMENTE

Le modèle transthéorique de changement ou modèle de la disposition au changement a été décrit par James O. Prochaska et Carlo C. DiClemente dans un article publié en 1982 [75].

Selon cette approche comportementale, la personne dépendante à une substance psychoactive peut évoluer vers le changement en parcourant plusieurs étapes successives. Cinq stades sont décrits jusqu'au maintien du nouveau comportement, des rechutes pouvant survenir et conduire le sujet dépendant à devoir progresser, de nouveau, par étapes jusqu'à une éventuelle « sortie permanente » de la consommation problématique.



Nous décrivons succinctement, ci-dessous, les représentations du patient sur son comportement problématique au cours de chacune de ces étapes vers le changement.

- Le stade de précontemplation. Le patient ne pense pas avoir de problème avec sa consommation ; s'il conçoit qu'il existe une dépendance, il ne la perçoit pas comme problématique. Il n'envisage pas de modifier une consommation dont il ressent essentiellement les bénéfices.
- Le stade de contemplation. Le patient sait que sa consommation est problématique et envisage un changement, tout en étant ambivalent à ce sujet. Il souhaite modifier son comportement mais hésite à renoncer aux bénéfices de la consommation actuelle.
- Le stade de détermination (ou de décision ou de préparation à l'action). Le patient a décidé de changer de comportement et se sent prêt à modifier sa consommation à court terme, il met en place les conditions pour être en mesure de passer à l'action dans un futur proche.
- Le stade d'action. Le patient procède à des modifications de sa consommation, changement pour lequel il est motivé et qu'il se sent capable de mettre en œuvre selon un projet précis. Cependant les difficultés rencontrées sont importantes, le soutien et l'encouragement sont particulièrement nécessaires à ce stade.

- Le stade de maintien. Le patient maintient son changement de comportement depuis au moins 6 mois, il en perçoit les bénéfices mais les tentations de retour à la consommation antérieure existent.

Les rechutes sont possibles et font partie du processus normal de changement, elles peuvent être un temps nécessaire à l'abandon définitif du comportement problématique.

« La sortie définitive » du mésusage correspond à une consolidation du stade de maintien et marque la réussite finale du processus de changement.

Dans cette conception d'une évolution par étapes, le thérapeute doit adapter son discours et les modalités de son accompagnement au stade de motivation du patient, afin de favoriser sa progression vers le stade suivant.

Ce modèle peut s'appliquer à de nombreux comportements problématiques en matière de santé, et en particulier au mésusage de l'alcool. Selon le type de mésusage initial, les éventuelles comorbidités du patient et l'objectif qu'il peut envisager, le changement considéré pourrait être l'engagement dans une abstinence définitive ou le retour à une consommation modérée.

ANNEXE 7 : PROGRAMME DE L'ENSEIGNEMENT EN ADDICTOLOGIE EN 3EME CYCLE DE MEDECINE GENERALE

Accompagner les patients souffrant de problèmes d'addiction ou de troubles d'usages

Le médecin dépiste et diagnostique le trouble d'usage et en détermine le degré de sévérité

On attend qu'il :

- *questionne ses représentations et construisse sa capacité à s'engager avec ce profil de patient.*
- *réalise le repérage précoce*
- *situe le patient dans le cycle du changement de Prochaska DC*
- *évalue le niveau de gravité et les complications dans les champs biologique, psychologique (y compris relationnel) et social (y compris éthique, culturel, religieux, spirituel et juridique)*

Le médecin propose et assure un suivi, avec les thérapeutiques adaptées

On attend qu'il :

- *aide le patient à comprendre son trouble et accepter qu'il a une maladie.*
- *aborde ces patients comme tous ceux qui ont une pathologie chronique (mais en intégrant la dimension supplémentaire de perte de contrôle)*
- *privilégie autour d'une décision partagée des objectifs d'accompagnement ou de réduction des risques plutôt que d'abstinence totale,*
- *propose les options adaptées au stade où en est le patient, en y associant si possible son entourage*
- *réalise des actes de prévention et de réduction des risques et des dommages*
- *pratique le conseil minimal et plus largement l'intervention brève*
- *prescrive à bon escient les différentes thérapeutiques, médicamenteuses ou non, en connaissant leurs intérêts, leurs limites et les difficultés d'observance dont le détournement.*
- *traite les évènements morbides et les pathologies intercurrentes qui peuvent survenir lors du suivi.*
- *établit des liens avec les ressources spécialisées médico psycho sociales ou associatives.*

Cette liste de compétences à acquérir a été élaborée par les Prs P. Castéra, P. Binder et P. Jaury.

ANNEXE 8 : PUBLICATION AFFICHEE AU CONGRES DE LA SFA EN 2016

INTRODUCTION

Le portfolio (PF) du DES de médecine générale de Bordeaux comporte 12 scripts et 10 éléments ponctuels (EP). Les scripts sont des outils d'auto-apprentissage basés sur l'analyse de situations cliniques complexes, vécues par les internes (IMG), au cours de leurs stages hospitaliers ou ambulatoires. Après en avoir fait le récit, ils identifient les difficultés rencontrées et choisissent quelques problématiques qu'ils développent selon les principes de l'Evidence Based Medicine, afin de répondre à leur questionnement. Les EP sont des textes plus courts, rédigés selon les mêmes principes, mais ne développant qu'une seule problématique.

L'étude porte sur l'exhaustivité des 187 PF soutenus en 2014 et disponibles au format PDF, soit 3975 textes (2182 scripts et 1793 EP).

La 1^{ère} phase de l'étude, présentée ici, a pour objet l'analyse quantitative de la thématique « alcool » dans l'ensemble des textes puis celle des problématiques développées par les internes à ce sujet.

La 2^{ème} phase consistera en une analyse qualitative des difficultés rencontrées par les IMG et des ressources mobilisées pour les résoudre.

METHODE

Etude descriptive rétrospective.

- ✓ Analyse automatique des PF :
 - Application de la fonction « Rechercher » dans l'onglet « Edition » de Acrobat Reader© avec une liste test de mots-clés
 - Test de la procédure sur une dizaine de PF des années antérieures avec extraction manuelle de toutes les citations en lien avec l'alcool
 - Validation d'une liste définitive de 21 mots clés permettant l'extraction de toutes les citations (dérivés de 4 tronçatures –alcool*, addict*, éthyl*, ivre*- ainsi que vin, bière, apéritif et CSAPA, ELSA)
- ✓ Création d'une grille de lecture contenant les critères qualitatifs à identifier.
- ✓ Saisie des données sur une base de données Excel© et analyse statistique.

RESULTATS

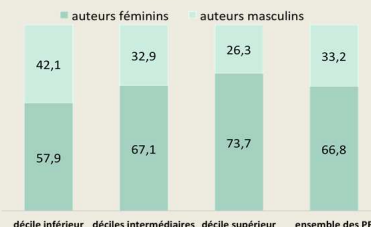
Tableau 1. Textes comportant une thématique « alcool » : textes + (n=979)

	Total	Moy (min-max)	%
Scripts+	796	4,26 (0 à 9)	36,5
EP+	183	0,98 (0 à 5)	10,2
Total	979	5,24 (0 à 12)	24,6

Tableau 2. Textes avec des problématiques « alcool » : textes P+ (n=120)

	Total	Moy (min-max)	%
Scripts P+	99	0,53 (0-3)	4,54
EP P+	21	0,11 (0-1)	1,17
Total P+	120	0,64 (0-3)	3,02

Schéma 1. Sex-ratio selon le nombre de mots clés par PF



Les termes associés à **alcool*** représentent **76% des citations** alors que ceux de la série **addict*** ne correspondent qu'à **13%** d'entre elles, témoignant d'une approche le plus souvent centrée sur le produit.

Près d'un quart des textes abordent des thématiques « alcool » (tableau 1), mais **seulement 3% développent des problématiques** à ce sujet (tableau 2).

Des différences significatives selon le genre :

- ✓ Les PF d'auteurs féminins comportent significativement plus de textes avec des thématiques « alcool » que ceux d'auteurs masculins ($p=0,021$) et la proportion de femmes augmente avec le nombre de mots clés « alcool » par PF (schéma 1).
- ✓ Les femmes utilisent plus fréquemment les termes de la série **addict*** et ce de façon significative ($p=0,0003$).

Au total, 215 problématiques « alcool » ont été rédigées, le plus souvent dans des scripts (89,8%).

En moyenne les scripts développent 1,03 problématique (0 à 6) et dans la majorité des scripts P+ une ou deux problématiques sont traitées.

CONCLUSION

Le nombre de textes présentant une thématique « alcool » est significativement plus important chez les auteurs féminins. Celles-ci semblent également s'être mieux appropriées la notion d'addiction. Cette différence n'est pas retrouvée au niveau du nombre de problématiques traitées. On remarque un contraste entre la grande fréquence de la thématique « alcool » dans les situations et le choix plus rare des internes de consacrer une problématique à ce sujet.

Enfin, il existe une grande variabilité entre les PF concernant la fréquence de la thématique (0 à 12 textes, tableau 1) ou le nombre de problématiques « alcool » traitées (0 à 6). Elle pourrait s'expliquer par un intérêt différent pour le sujet mais aussi par une exposition ou des difficultés ressenties plus ou moins fréquentes.

L'analyse qualitative étudiera les facteurs déterminant cette hétérogénéité ainsi que la nature des difficultés rencontrées et des ressources utilisées.

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 mœurs.

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

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

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

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

Titre : Difficultés rencontrées par les internes de médecine générale face aux patients ayant un mésusage de l'alcool : analyse des 187 portfolios présentés à l'université de Bordeaux en 2014.

Résumé

Constatant la réticence des médecins généralistes à aborder le sujet de l'alcool et à accompagner les patients dépendants, nous nous sommes intéressés aux difficultés rencontrées par les internes de médecine générale. L'utilisation, à Bordeaux, du portfolio (PF) comme outil d'autoformation et d'évaluation, nous a permis de les identifier dans leurs écrits.

Cette étude descriptive porte sur les PF des 187 internes ayant validé leur DES en 2014, elle mesure la présence de la « thématique alcool » et la fréquence des « problématiques alcool » rédigées. L'analyse qualitative des 99 scripts comportant de telles problématiques, détaille les difficultés des internes.

La présence d'une thématique alcool est quasi-systématique dans les PF, seuls 54% des auteurs analysent des problématiques alcool. Plus de 95% manquent de connaissances ou de compétences et entreprennent un apprentissage. Les difficultés organisationnelles (36% des internes) font l'objet de problématiques (35%), le plus souvent au sujet du sevrage. Des difficultés relationnelles sont décrites par 45% des internes et étudiées par 8%, elles concernent la relation avec le patient, son entourage ou les soignants.

Les internes pourraient être freinés dans l'analyse des aspects relationnels par la gêne à dévoiler leurs défaillances ou la difficulté à identifier des références bibliographiques. Ils étudient préférentiellement les prises en charge aiguës et l'accompagnement des patients engagés dans une démarche de soins. Certaines situations s'avèrent particulièrement complexes : l'entretien avec un patient au sujet de l'alcool, la rencontre d'un patient dans « le déni » et la demande de soins pressante.

Afin d'améliorer les compétences des internes en alcoologie, nous proposons de favoriser leur passage dans des stages formateurs, d'orienter l'enseignement vers les sujets problématiques, d'inciter au repérage du mésusage, à la réflexion sur les difficultés relationnelles et à la participation à des groupes Balint.

Mots clés : alcool, interne de médecine générale, portfolio, difficultés, mésusage, addictologie, alcoologie, pédagogie.

Title : Difficulties encountered by family medicine residents regarding patients with alcohol misuse : analysis of the 187 portfolios submitted to the University of Bordeaux in 2014.