



HAL
open science

Étude qualitative sur le vécu des médecins généralistes de l'Hérault face au sevrage en alcool

Marielle Michel

► **To cite this version:**

Marielle Michel. Étude qualitative sur le vécu des médecins généralistes de l'Hérault face au sevrage en alcool. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01622917

HAL Id: dumas-01622917

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01622917>

Submitted on 24 Oct 2017

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

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

UNIVERSITE DES ANTILLES
ET DE LA GUYANE

2016

FACULTE DE MEDECINE
HYACINTHE BASTARAUD

N° 2016ANTI0108

**ETUDE QUALITATIVE SUR LE VECU DES
MEDECINS GENERALISTES DE L'HERAULT FACE
AU SEVRAGE EN ALCOOL**

VECU, ATTENTES ET FREINS DE CE TYPE DE PRISE EN CHARGE

THESE

Présentée et soutenue publiquement à la Faculté de Médecine de Montpellier
Et examinée par les Enseignants de la dite Faculté pour le compte de la Faculté de Médecine
Hyacinthe BASTARAUD des Antilles et de la Guyane

Le 10 novembre 2016

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Par

MICHEL Marielle

Examineurs de la thèse :

Mr Philippe LAMBERT

Professeur des Universités de Médecine générale

Président du jury

Mr Pascal PERNEY

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

Mr David COSTA

Maitre de Conférence des Universités de Médecine
générale

Mme Hélène DONNADIEU-RIGOLE

Praticien Hospitalier

Directeur de thèse

UNIVERSITE DES ANTILLES
ET DE LA GUYANE

FACULTE DE MEDECINE
HYACINTHE BASTARAUD

2016

N° 2016ANTI0108

**ETUDE QUALITATIVE SUR LE VECU DES
MEDECINS GENERALISTES DE L'HERAULT FACE
AU SEVRAGE EN ALCOOL**

VECU, ATTENTES ET FREINS DE CE TYPE DE PRISE EN CHARGE

THESE

Présentée et soutenue publiquement à la Faculté de Médecine de Montpellier
Et examinée par les Enseignants de la dite Faculté pour le compte de la Faculté de Médecine
Hyacinthe BASTARAUD des Antilles et de la Guyane

Le 10 novembre 2016

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Par

MICHEL Marielle

Examineurs de la thèse :

Mr Philippe LAMBERT

Professeur des Universités de Médecine générale

Président du jury

Mr Pascal PERNEY

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

Mr David COSTA

Maitre de Conférence des Universités de Médecine
générale

Mme Hélène DONNADIEU-RIGOLE

Praticien Hospitalier

Directeur de thèse

UNIVERSITE DES ANTILLES ET DE LA GUYANE



FACULTE DE MEDECINE HYACINTHE BASTARAUD

Présidente de l'Université : Corinne MENCE-CASTER

Doyen de la Faculté de Médecine : Raymond CESAIRE

Vice-Doyen de la Faculté de Médecine: Suzy DUFLO

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

Serge ARFI

Médecine interne

CHU de FORT- DE - FRANCE

Tel : 05 96 55 22 55 - Fax : 05 96 75 84 45

Bruno HOEN

Maladies Infectieuses

CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 15 45

Pascal BLANCHET

Chirurgie Urologique

CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 13 95 - Tel/Fax 05 90 89 17 87

André-Pierre UZEL

Chirurgie Orthopédique et Traumatologie

CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 14 66 – Fax : 0590 89 17 44

Pierre COUPPIE

Dermatologie

CH de CAYENNE

Tel : 05 94 39 53 39 - Fax : 05 94 39 52 83

Thierry DAVID

Ophthalmologie

CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 14 55 - Fax : 05 90 89 14 51

Suzy DUFLO

ORL – Chirurgie Cervico-Faciale

CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 93 46 16

Eustase JANKY

Gynécologie-Obstétrique

CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES

Tel 05 90 89 13 89 - Fax 05 90 89 13 88

Georges JEAN-BAPTISTE

Rhumatologie

CHU de FORT- DE - FRANCE

Tel : 05 96 55 23 52 - Fax : 05 96 75 84 44

François ROQUES

Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire

CHU de FORT- DE - FRANCE

Tel : 05 96 55 22 71 - Fax : 05 96 75 84 38

Jean ROUDIE

Chirurgie Digestive

CHU de FORT- DE - FRANCE

Tel : 05 96 55 21 01

Tel : 05 96 55 22 71 - Fax : 05 96 75 84 38

Jean-Louis ROUVILLAIN

Chirurgie Orthopédique

CHU de FORT- DE - FRANCE

Tel : 05 96 55 22 28

Didier SMADJA

Neurologie

CHU de FORT- DE - FRANCE

Tel : 05 96 55 22 61 - Fax : 05 96 75 84 42

André WARTER

Anatomopathologie

CHU de FORT- DE - FRANCE

Tel : 05 96 55 23 50

André CABIE

Maladies Infectieuses

CHU de FORT- DE - FRANCE

Tel : 05 96 55 23 01

Philippe CABRE

Neurologie

CHU de FORT- DE - FRANCE

Tel : 05 96 55 22 61

Raymond CESAIRE

Bactériologie-Virologie-Hygiène option virologie

CHU de FORT- DE - FRANCE

Tel : 05 96 55 24 11

Philippe DABADIE

Anesthésiologie/Réanimation

CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

Tel : 05 96 89 11 82

Maryvonne DUEYMES-BODENES

Immunologie

CHU de FORT- DE - FRANCE

Tel : 05 96 55 24 24

Régis DUVAUFERRIER

Radiologie et imagerie Médicale

CHU de FORT- DE - FRANCE

Tel : 05 96 55 21 84

Annie LANNUZEL

Neurologie

CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 14 13

Louis JEHEL

Psychiatrie Adulte

CHU de FORT- DE - FRANCE

Tel : 05 96 55 20 44

Mathieu NACHER

Epidémiologie

CH de CAYENNE

Tel : 05 94 93 50 24

Guillaume THIERY

Réanimation

CHU de POINTE-A-PITRE/BYMES

Tel : 05 90 89 17 74

Magalie DEMAR

Parasitologie et Infectiologie

CH de CAYENNE

Tel : 05 94 39 53 09

Professeurs des Universités Associés

Jeannie HELENE-PELAGE

Médecine générale

Cabinet libéral au Gosier

Tel : 05 90 84 44 40 - Fax : 05 90 84 78 90

Maître de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

Christine AZNAR

Parasitologie

CH de CAYENNE

Tel : 05 94 39 50 54

Christophe DELIGNY

Gériatrie et biologie du vieillissement

CHU de FORT- DE - FRANCE

Tel : 05 96 55 22 55

Philippe GARSAUD

Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention

CHU de FORT- DE - FRANCE

Tel : 05 90 89 14 55 - Fax : 05 90 89 14 51

Jocelyn INAMO

Cardiologie

CHU de FORT- DE - FRANCE

Tel : 05 96 55 23 72 - Fax : 05 96 75 84 38

Franciane GANE-TROPLENT

Médecine générale

Cabinet libéral les Abymes

Tel : 05 90 20 39 37

Fritz-Line VELAYOUDOM épouse CEPHISE

Endocrinologie

CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 13 03

Marie-Laure LALANNE-MISTRIH

Nutrition

CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 13 00

Sébastien BREUREC

Bactériologie & Vénérologie

CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 12 80

Chefs de Clinique des Universités - Assistants des Hôpitaux

Rémi EYRAUD

Urologie

CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 13 95

Lauren BRUNIER-AGOT

Rhumatologie

CHU de FORT- DE - FRANCE

Tel : 05 96 55 23 52

Xavier BOUILLOUX

Chirurgie Orthopédique et Traumatologie

CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 14 66

Philippe CARRERE

Médecin Générale

CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

Tel : 06 90 99 99 11

Cédric Sandy PIERRE

ORL

CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 13 95

Pierre CARRET

Orthopédie

CHU de FORT –DE- FRANCE

Tel : 05 90 55 22 28

Julie SAMBOURG

Dermatologie – Maladies Infectieuses

CH de CAYENNE

Tel : 05 94 39 53 59

Katlyne POLOMAT

Médecine interne

CHU de FORT- DE - FRANCE

Tel : 05 96 55 22 55

Teddy TOTO

Gynécologie Obstétrique

CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

Tel : 06 90 37 32 40/0590 89 17 90

Laurent BRUREAU

Urologie

CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

JACQUES-ROUSSEAU Natacha

Anesthésiologie/Réanimation

CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

Tel : 05 96 89 11 82

GUILLE Jérémy

ORL

CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 13 95

BLETTERY Marie

Rhumatologie 5D

CHU de FORT- DE - FRANCE

Tel : 05 96 55 23 52 - Fax : 05 96 75 84 44

SCHOELL Thibaut

Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

CHU de FORT- DE - FRANCE

Tel : 05 96 55 22 71 - Fax : 05 96 75 84 38

ROUX Guillaume

Parasitologie

CH de CAYENNE

Tel : 05 94 39 54 05 - Fax : 05 94 39 53 09

REMERCIEMENTS

Au président du jury :

Monsieur le Professeur Philippe LAMBERT :

Je vous suis très reconnaissante de l'honneur que vous me faites en acceptant de présider le jury de ma thèse et je vous en remercie.

Aux membres du jury :

Monsieur le Professeur Pascal PERNEY :

Je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail de thèse.

Monsieur le Docteur David COSTA :

Je vous suis reconnaissante d'avoir accepté de participer à mon jury de thèse.

A ma directrice de thèse : Madame le Docteur Hélène DONNADIEU-RIGOLE :

Je te remercie mille fois d'avoir accepté de diriger ma thèse et du temps que tu m'as accordé. J'espère que mon travail est à la hauteur de ta confiance.

Aux médecins généralistes :

Merci du temps que vous m'avez consacré, avec sincérité.

A ma maman, Françoise, pour ton soutien et ton aide pour ce travail. Tu m'as soutenue durant toutes ces années, dans les bons et les mauvais moments. Merci d'avoir cru en moi. Je ne te remercierais jamais assez.

A mon papa, Robert : j'espère que tu es fier de moi de là où tu me regardes.

A mon conjoint, Stéphane, pour m'avoir supporté et soutenu dans les moments difficiles. Merci de ta patience. Merci pour tous les moments de bonheur passés et à venir.

A mes enfants : ma fille, Lana, qui émerveille chaque jour un peu plus mon quotidien. Et mon fils, Théo, qui a participé malgré lui à l'écriture de cette thèse.

A ma grande sœur, Fabienne. Merci de ton soutien et de ta présence depuis de si longues années. Malgré les épreuves tu resteras toujours ma grande sœur adorée.

A Jean-Claude, merci de m'avoir supporté.

A tous les membres de ma famille.

A Maxime, Estelle, Florence, Io, Arnaud, Marine, Bruno, Pierre et à tous mes amis qui se reconnaîtront. Merci des moments passés avec vous et de votre soutien au fil du temps.

A ceux qui m'ont aidé à faire ce travail :

Dr DUPUIS Sophie, sans ton aide je n'en serais pas là aujourd'hui, encore merci.

Dr PIERUCCI Jean-Marc, merci pour ta bienveillance à mon égard et de ton soutien.

A toute l'équipe de PLS.

A tous les médecins qui ont participé à ma formation et ont contribué à me faire aimer ce métier. (Dr MOUSSINGA Dr CASTADELO DO AMARAL, Dr CHEVALLIER, les Dr COULAUD, Dr SCHUSTER, Dr BENOIST, Dr LANCELOT, Dr TRESOR, Dr COMBET, Dr PELCZAR, Dr GINOUX, Dr WUITS, Dr HARDY, Dr ADRIEN, Dr FLEURIAU, ...)

ABSTRACT

General practitioners are first in line for the identification and support of patients of alcohol.

OBJECTIVE: The main objective was to assess the experiences of practitioners of the Hérault against alcohol withdrawal.

METHOD: This is a qualitative study based on a questionnaire produced during interviews with general practitioners in the Hérault. The recruitment of interview participants ended when saturation of data collection was reached.

RESULTS: Most doctors have no specific training in addiction. Alcohol consumption is usually approached according to the patient's profile and not in a systematic way. Relapse is integrated as part of the history of withdrawal. The opinions diverge with regard to total abstinence or consumption controlled from alcohol. Half of the doctors is not at ease with this type of assumption of responsibility. The majority of doctors favour an hospital stay during the acute phase of withdrawal. General medical consultations are considered insufficient due to lack of time and training in addiction. The majority think that external assistance would be required. Few doctors know addictology networks.

CONCLUSION: Doctors feel most of the time isolated and destitute to their patient, more especially as the access at the appropriate time to the hospital structures appears difficult to them.

LISTE DES ACRONYMES

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

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

ANPAA : Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie

AUDIT : Alcohol Use Disorders Test

CFES : Comité Français d'Education pour la Santé

CH : Centre Hospitalier

CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIM 10 : Classification internationale des maladies, 10ème édition

CMP : Centre Médico-Psychologique

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

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

DPC : Développement Professionnel Continu

DSM-IV : Manuel Diagnostique et Statistique des troubles Mentaux, 4° édition

DSM-V : Manuel Diagnostique et Statistique des troubles Mentaux, 5° édition

DT : Délirium Tremens

DU : Diplôme universitaire

FACE : Fast Alcohol Consumption Evaluation

FMC : Formations Médicales Continues

Gamma GT : GammaGlutamyl-Transférases

INPES : Institut National de Prévention et d'Education en Santé

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SFA : Société Française d'Alcoologie

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	17
1. L'alcool	17
1.1 Les différents usages de l'alcool	17
1.1.1 Le non-usage	18
1.1.2 L'usage	18
1.1.3 Le mésusage	19
1.1.3.1 Usage à risque	19
1.1.3.2 Usage nocif	19
1.1.3.3 Usage avec dépendance	20
1.2 Les chiffres de la consommation en France	20
1.3 Conséquences de l'alcool	22
2 Place du médecin généraliste face au sevrage alcoolique	23
OBJECTIFS DE L'ETUDE	25
MATERIEL ET METHODE	26
1. Constitution de l'échantillon	26
1.1 Critères d'inclusion.....	26
1.2 Critères d'exclusion	26
2. Réalisation du canevas d'entretien	27
3. Collecte de l'information	27
4. Méthode d'analyse : l'analyse qualitative	28
RESULTATS	30
1. Caractéristiques des entretiens	30
1.1. Taux de réponse	30
1.2. Durée des entretiens.....	30
2. Description de la population de médecins généralistes	31
3. Prise en charge alcoolologique des médecins interrogés	33

3.1. Le repérage	33
3.2. La proposition de sevrage alcoolique par les médecins interrogés.....	36
3.3. Représentations des médecins interrogés vis-à-vis du sevrage	37
3.4. Vécus, expériences difficiles et prise en charge	39
3.5. Importance de l'entourage selon les médecins interrogés	41
3.6. Abstinence ou consommation contrôlée : l'avis des médecins	44
3.7. Sevrage hospitalier ou ambulatoire	46
3.8. Thérapeutiques utilisées pour le sevrage alcoolique et/ou son maintien	51
3.8.1. Poursuite du traitement prescrit par l'hôpital ou l'addictologue	51
3.8.2. Benzodiazépines + vitamines + hydratation pour la phase aigüe	51
3.8.3. Thérapeutiques pour le maintien du sevrage	52
3.8.4. Nouvelles thérapeutiques	53
3.8.5. Traitement anti dépressif	54
3.9. Suivi des patients : difficultés et valorisation financière de la consultation	55
3.9.1. Consultations insuffisantes	55
3.9.2. Rémunération insuffisante	59
4. Place des aides extérieures	59
5. Vécu de la prise en charge du sevrage alcoolique par le médecin généraliste	66
6. Freins à la prise en charge du sevrage alcoolique par le médecin généraliste	67

DISCUSSION	68
1. Limites de l'étude	68
1.1. L'échantillon	68
1.2. Biais de recrutement	68
1.3. Biais d'investigation	68
1.4. Biais d'interprétation	69
2. Discussion des résultats	69
2.1. Taux de réponse, durée des entretiens	69
2.2. Description de la population de médecins généralistes	70
2.3. Prise en charge alcoologique des médecins interrogés	70
2.3.1. Le repérage	70
2.3.2. La proposition de sevrage alcoolique par les médecins interrogés	73
2.3.3. Représentations des médecins interrogés vis-à-vis du sevrage	74
2.3.4. Vécus, expériences difficiles et prise en charge	74
2.3.5. Importance de l'entourage	75
2.3.6. Abstinence ou consommation contrôlée : l'avis des médecins	76
2.3.7. Sevrage hospitalier ou ambulatoire	77
2.3.8. Thérapeutiques médicamenteuses utilisées	78
2.3.9. Suivi des patients : difficultés et valorisation financière de la consultation	80
2.3.10. Place des aides extérieures	81
CONCLUSION	82
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	84

ANNEXES	88
N°1 Verres standards, équivalence de conditionnement	88
N°2. Critères d'utilisation nocive pour la santé d'une substance et d'alcoolodépendance selon la CIM-10.....	89
N°3 Critères d'abus d'une substance par le DSM IV	90
N°4 Critères de dépendance selon le DSM-IV	91
N°5 Critères du trouble lié à l'usage de l'alcool selon le DSM-V	92
N°6 Pyramide de Skinner	93
N°7 Questionnaire AUDIT	94
N°8 Questionnaire FACE	97
N°9 Questionnaire DETA/CAGE	98
N°10 L'entretien motivationnel et le modèle transthéorique des étapes du changement de Prochaska et Di Clemente	99
N°11 Questionnaire de notre étude	101
N°12 Retranscription des entretiens	103
TABLE DES ILLUSTRATIONS (figures et tableaux)	175
SERMENT D'HIPPOCRATE	176

INTRODUCTION

1. L'alcool :

L'usage de l'alcool occupe une place importante dans notre civilisation occidentale. Il appartient à notre culture et reste ancré dans nos habitudes alimentaires, avec une banalisation de son usage. La consommation excessive d'alcool avec ou sans dépendance entraîne une « surmorbidity » et une « surmortalité » (1).

1.1. Les différents usages de l'alcool

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a publié des recommandations pour une consommation à « moindre risque » d'alcool : moins de 40 g/j pour les hommes et moins de 20 g/j pour les femmes.

Niveau de risque	Consommation totale en gramme d'alcool pur par jour	
	Hommes	Femmes
Faible	1 à 40	1 à 20
Modéré	> 40 à 60	> 20 à 40
Elevé	> 60	> 40

Tableau 1 : Consommation d'alcool et niveau de risques selon l'OMS

Pour mémoire, en France, un verre standard équivaut à 10 g d'alcool pur (10 cl de vin à 12 % vol, 25 cl de bière à 5 % vol, ou 3 cl d'alcool à 40 % vol). (Annexe 1)

En France, de manière historique, on utilise moins de 3 verres/j pour les hommes et moins de 2 verres/j pour les femmes comme seuil de consommation « à moindre risque » (correspondant à moins de 30 g/j et 20 g/j respectivement pour les hommes et les

femmes). C'est cette dernière classification, ancrée dans les pratiques françaises, que la SFA utilise.

Différentes catégories de conduites d'alcoolisation ont été définies par la Société Française d'Alcoologie (2), la CIM-10 (Annexe 2) et la classification du DSM-IV puis du DSM-V (Annexes 3, 4, 5).

On retrouve la notion d'abus d'une substance et de dépendance à une substance dans la classification du DSM-IV (Annexes 3 et 4) alors que le DSM-V (Annexe 5) regroupe ces 2 notions en « trouble lié à l'usage de l'alcool ». Les principales différences sont la disparition des problèmes judiciaires récurrents liés à l'utilisation de la substance et l'apparition du craving. C'est une approche plus dimensionnelle avec disparition des catégories d'abus et de dépendance au profit d'un continuum de niveaux de sévérité, se rapprochant plus de la réalité clinique.

La CIM-10 est une norme internationale permettant de codifier les données de morbidité et de mortalité, validée par l'OMS. Elle est largement utilisée. En ce qui concerne l'alcool, la classification selon la CIM-10 est superposable à celle du DSM-IV puisqu'elle différencie l'usage nocif et la dépendance.

La SFA distingue : le non-usage, l'usage, le mésusage (usage à risque, usage nocif, usage avec dépendance).

1.1.1. Le non-usage (non consommateur)

Il se définit par l'absence de consommation de boissons alcoolisées. Le non-usage peut être primaire ou secondaire (si abstinence).

1.1.2. L'usage (consommateur modéré)

Il se définit par toute conduite d'alcoolisation ne posant pas de problème pour autant que la consommation reste modérée, c'est-à-dire inférieure ou égale aux seuils de

dangerosité définis par l'OMS et prise en dehors de toute situation à risque ou de risque individuel particulier.

1.1.3. Le mésusage

Il comporte trois catégories de mésusage qui sont : l'usage à risque, l'usage nocif et l'usage avec dépendance. Il existe un continuum entre les différents usages (Pyramide de Skinner, Annexe 6), d'où l'intérêt d'un repérage précoce d'un mésusage de l'alcool.

1.1.3.1. Usage à risque (consommateur à risque)

Il caractérise toute conduite d'alcoolisation, ponctuelle ou régulière, où la consommation est supérieure aux seuils définis par l'OMS, et non encore associée à un quelconque dommage médical, psychique ou social, et/ou à une dépendance, mais susceptible d'en induire à court, moyen et/ou long terme.

L'usage à risque inclut également les consommations égales ou même inférieures aux seuils de l'OMS lorsqu'elles sont prises dans une situation à risque (conduite de véhicules, travail sur machines dangereuses,...) et/ou lorsqu'il existe un risque individuel particulier (consommation d'autres produits psychoactifs, pathologies somatiques et/ou psychiatriques associées, modification de la tolérance du consommateur en raison de son profil (sexe, âge, poids) et de situations psychologiques ou physiologiques particulières (état de fatigue, grossesse). C'est l'usage à risque situationnel.

1.1.3.2. Usage nocif (consommateur à problèmes)

Il caractérise une consommation d'alcool induisant des dommages somatiques, psychoaffectifs ou sociaux, en l'absence de dépendance. Cette catégorie correspond à la définition de l'utilisation nocive à la santé de la CIM-10 ou abus de la classification DSM-IV. (Annexes 3 et 4)

1.1.3.3. Usage avec dépendance (consommateur alcoolodépendant)

Il caractérise la perte de liberté de s'abstenir de consommer, et le fait de poursuivre la consommation, tout en étant conscient des conséquences négatives.

On distingue schématiquement la dépendance physique qui se traduit cliniquement par l'installation d'une tolérance et des signes de sevrage à l'arrêt de la consommation d'alcool, et la dépendance psychique qui se traduit par une pulsion à consommer des boissons alcoolisées pour en retrouver les effets. Le diagnostic de dépendance n'est pas toujours facile à porter, c'est pourquoi, on se réfère aux critères du DSM-IV. (Annexe 4)

1.2. Les chiffres de la consommation en France

Bien qu'en baisse ces dernières années, l'alcool est la substance psycho-active la plus consommée en France. L'Institut National de Prévention et d'Education en Santé (INPES) estime à 5 millions le nombre de personnes exposées à des difficultés d'ordre médico-psychologique et social en rapport avec un usage excessif d'alcool, et entre 2 et 3 millions de personnes dépendantes à l'alcool (3).

Selon le dernier rapport de l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT), publié en 2015, seulement 13 % des personnes interrogées âgées de 18 à 75 ans déclarent n'avoir consommé aucune boisson alcoolisée au cours de l'année 2014, 38 % déclarent avoir bu de l'alcool moins d'une fois par semaine, 39 % au moins une fois par semaine (mais pas quotidiennement), et 10 % des personnes interrogées déclarent boire quotidiennement de l'alcool.

Les hommes restent, comme en 2010, 3 fois plus nombreux que les femmes à faire un usage quotidien de l'alcool. Il est également plus fréquent chez les générations plus âgées.

Le vin reste la boisson alcoolisée la plus consommée en France avec, en 2014, 39 % de personnes ayant déclaré en consommer de manière hebdomadaire, suivi de la bière (21 %) puis des spiritueux (16%) (4, 5).

Chez les adolescents, l'étude ESCAPAD de 2011 (6), montre que l'alcool est la substance psychoactive la plus consommée au cours du dernier mois avec un mode de consommation bien particulier qu'est le « binge-drinking » (terme anglo-saxon qui désigne une alcoolisation ponctuelle importante dans un laps de temps relativement court et nettement supérieure aux seuils de dangerosité définis par l'OMS).

Il existe des disparités régionales au sein de notre pays en ce qui concerne l'usage quotidien de boissons alcoolisées à l'âge adulte. Il est le plus répandu en région Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées, Nord-Pas de Calais, et c'est en Pays de la Loire, Ile de France, Basse Normandie qu'il est le moins répandu (7).

Dans l'enquête sur la santé mentale en population générale (SMPG) réalisée en France au début des années 2000 sur un échantillon de 36 000 personnes, le diagnostic d'abus ou de dépendance à l'alcool concernait 4,3% de la population française âgée de 18 ans et plus (7,3 % des hommes et 1,5 % des femmes). Le pourcentage de personnes diagnostiquées comme dépendantes était de 2,3% (8).

1.3. Conséquences de l'alcool

En France en 2009, l'alcool est responsable d'environ 49 000 décès par an, soit la deuxième cause de « mortalité évitable » après le tabac (9).

Il est impliqué dans de nombreux troubles somatiques comme les maladies alcooliques du foie (stéatose, hépatite, cirrhose), du pancréas, du système nerveux central (poly-neuropathie périphérique, crises convulsives généralisées, névrite optique, encéphalopathie hépatique, ...), du système cardio-vasculaire (troubles du rythme cardiaque, cardiomyopathie, HTA, insuffisance veineuse, ...) et est également un facteur important dans l'apparition d'un certain nombre de cancers (cancer des voies aéro-digestives, cancer du sein ...) (10).

Pendant l'adolescence, Le mésusage de l'alcool peut avoir des répercussions sur le développement neuropsychologique de l'adolescent et des dommages sur les processus de maturation cérébrale (11) et est un facteur de risque de mésusage durable et sévère ainsi que de développer des pathologies psychiatriques et d'autres addictions (12).

Lors de la grossesse, l'usage de l'alcool peut avoir des effets néfastes sur le fœtus, allant du trouble léger du comportement de l'enfant à naître jusqu'aux anomalies sévères du développement (syndrome d'alcoolisation fœtale). L'alcool représente la première cause de retard mental d'origine non génétique en France chez l'enfant et la première cause évitable. Ce risque existe à tous les stades de la grossesse et pour tous les types de consommation, ponctuelle ou régulière (13).

Il est également impliqué dans la morbi-mortalité des accidents de la route, des agressions, des violences conjugales, des suicides, ... (14, 15).

L'alcoolisation peut également avoir des répercussions négatives sur le plan social, familial et professionnel, autant pour le consommateur que pour son entourage avec des conséquences parfois dramatiques (situation de grand isolement social, violences conjugales, séparations, perte d'emploi, ...).

2. Place du médecin généraliste face au sevrage alcoolique

L'alcool est omniprésent dans notre société et pourtant, son usage est sous-évalué. Le médecin généraliste est le médecin de premier recours dans le système de soins, ce qui lui confère un rôle indiscutable dans le repérage et la prise en charge des patients ayant une consommation à risque d'alcool. Il entretient également une relation privilégiée qui lui permet d'aborder cette question souvent considérée comme délicate. Il peut également jouer un rôle avec l'entourage du malade d'alcool, qui est lui aussi en souffrance la plupart du temps.

Les données du baromètre santé médecins généralistes indiquent qu'au cours de la semaine précédant l'enquête, près de la moitié des médecins a reçu un patient pour sevrage alcoolique. Toutefois, 70 % des médecins généralistes se sentent peu efficaces dans ce type de prise en charge (16).

Les conférences de consensus sur la prise en charge des malades de l'alcool élaborées par la SFA en collaboration avec l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation (Anaes) recommandent fortement la formation et l'implication des médecins généralistes dans ce type de prise en charge (17, 18).

Toutefois, il existe des freins à cette prise en charge par le médecin généraliste : entre autre, elle est chronophage. La durée moyenne de consultation en France est de 16

minutes (19). Il paraît compliqué d'aborder la question, de repérer les situations à problèmes, d'évaluer le lien avec différents symptômes et de proposer une prise en charge adaptée dans ce laps de temps.

OBJECTIFS DE L'ETUDE

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer le vécu des médecins généralistes de l'Hérault face au sevrage alcoolique.

Les objectifs secondaires étaient d'identifier les attentes et les freins des médecins généralistes de l'Hérault au sujet de cette prise en charge, et d'évaluer la place des aides extérieures.

A travers cette étude nous serons amenés à :

- Comprendre les difficultés pour le repérage d'un patient ayant une consommation à risque d'alcool.
- Identifier, repérer et comprendre les difficultés du médecin généraliste face au sevrage et au suivi d'un patient alcoolo-dépendant.
- Faire un « état des lieux » de la connaissance des médecins généralistes en ce qui concerne les aides proposées au sevrage, leur utilisation, et le retour.
- Elaborer des hypothèses afin d'améliorer l'offre de soins.

MATERIEL ET METHODE

Afin de réaliser notre étude, le choix s'est porté sur une étude qualitative par entretiens individuels semi-directifs, enregistrés par un dictaphone numérique (PHILIPS voice tracer DVT11000), ce type d'étude favorisant la libre expression des médecins. Un guide d'entretien (Annexe 11) était réalisé au préalable, permettant à la fois de s'assurer que les thèmes voulus étaient bien abordés, et de recueillir des réponses individualisées grâce aux questions ouvertes. Les entretiens ont été retranscrits en verbatim (Annexe 12), puis, analysés. Cette étude s'est déroulée chez des médecins généralistes installés dans l'Hérault. Les médecins généralistes étaient contactés par téléphone, avec une brève exposition du sujet de l'étude, ainsi qu'une moyenne du temps qu'ils avaient à y consacrer. Il était entendu avec eux, s'ils souhaitaient en faire partie, d'une plage horaire leur convenant afin de pouvoir avoir un entretien à leur cabinet.

1. Constitution de l'échantillon

1.1. Critères d'inclusion

Les médecins devaient être des médecins généralistes, installés dans l'Hérault, toutes tranches d'âges confondues, hommes et femmes.

1.2. Critères d'exclusion

Les médecins spécialistes, les médecins généralistes non installés (remplaçants ou ayant une activité exclusivement salariale), ainsi que les médecins généralistes avec une orientation bien précise comme l'acupuncture ou encore l'homéopathie.

2. Réalisation du canevas d'entretien

Les données de la littérature sur le sujet du sevrage alcoolique et son suivi en médecine générale ont été recueillies et analysées afin d'obtenir une liste d'items pertinents. A partir de celle-ci nous avons élaboré un questionnaire (Annexe 11), servant de guide lors des entretiens. Les items ont été regroupés en cinq parties : les facteurs liés au médecin généraliste, le profil des patients suivis, les différentes modalités de sevrage, la place de la relation médecin-malade, la place des aides extérieures. Chaque partie permettant de visualiser au mieux le vécu des médecins face à ce type de prise en charge et d'identifier leurs besoins. Cette liste n'a pas pour but d'être exhaustive, mais de pouvoir laisser s'exprimer les médecins sur le sujet tout en s'assurant d'aborder les points importants avec eux.

Les cinq parties du questionnaire sont développées grâce à des questions accompagnées d'éventuelles relances selon les réponses des médecins. Ces relances permettent d'être sûr d'aborder les items voulus. Le but étant d'aborder avec chaque médecin généraliste les différentes prises en charge et vécus de chacun face au sevrage alcoolique et son suivi et ainsi d'essayer d'identifier leurs besoins.

3. Collecte de l'information

L'enquêtrice se présentait systématiquement au début de chaque entretien, en recueillant leur accord de manière orale sur le fait qu'ils allaient être enregistrés. Les entretiens étaient enregistrés en intégralité, et retranscrits en verbatim par l'enquêtrice.

(Annexe 12)

L'inclusion de nouveaux médecins a été arrêtée lorsque la saturation des données a été atteinte, c'est-à-dire lorsque deux nouveaux entretiens n'apportaient aucune information supplémentaire.

4. Méthode d'analyse : l'analyse qualitative

Afin de répondre à notre objectif principal, il a été décidé de choisir une méthode permettant d'avoir des résultats en terme de mots et de ressenti et non de données chiffrées, en dehors des caractéristiques propres aux médecins interrogés (genre, âge, durée d'exercice, milieu d'exercice, formation spécifique).

La méthode qualitative nous a semblé la plus appropriée pour évaluer les perceptions, l'expérience personnelle, la pratique, les attitudes et les besoins des médecins généralistes face à ce type de prise en charge. Ce type de méthode étant particulièrement appropriée lorsque les facteurs sont difficilement mesurables objectivement. Elle ne cherche pas à quantifier ou mesurer mais consiste à recueillir des données verbales afin de répondre à nos objectifs et permettre d'en dégager des hypothèses afin d'améliorer la qualité des soins.

Le verbatim a été analysé de manière qualitative, de façon à extraire le sens des réponses et de les regrouper. Le verbatim a été découpé en unité de sens. L'unité de sens étant un morceau de phrase ayant une idée unique, un sens propre. Une même phrase peut regrouper plusieurs unités de sens, plusieurs locuteurs peuvent émettre une même unité de sens.

Ces unités de sens ont ensuite permis de dégager des sous-thèmes (regroupement de plusieurs unités de sens) et des thèmes.

Le regroupement des sous thèmes et thèmes permet de faire ressortir les idées principales et d'en faire émerger des hypothèses.

RESULTATS

1 Caractéristiques des entretiens

1.1 Taux de réponse

La période de réalisation des entretiens s'est déroulée du 01 octobre 2014 au 30 avril 2015. Chaque médecin généraliste répondant aux critères d'inclusion était contacté par téléphone. Une brève présentation du sujet de la thèse lui était faite et si il en acceptait le principe, un rendez vous était programmé. Les questionnaires ont été effectués au cabinet du médecin généraliste, en face à face.

Sur 73 médecins contactés, 16 ont répondu de manière favorable, correspondant à un taux de réponse de 21 %.

1.2 Durée des entretiens

La durée moyenne des entretiens était de 16 minutes 57 secondes, la durée minimale de 4 minutes 25 secondes (M5) et la durée maximale de 38 minutes 27 secondes (M12).

Trois entretiens ont duré moins de 10 minutes, 8 ont duré entre 10 et 20 minutes et 5 ont duré plus de 20 minutes.

La majorité a duré entre 10 et 20 minutes.

2 Description de la population de médecins généralistes

L'âge moyen des médecins interrogés était de 51 ans. Ils étaient en majorité âgés de plus de 55 ans (43.75 % soit 7/16), 25 % avait moins de 40 ans (4/16) et 31.25 % avait entre 40 et 55 ans (5/16).

La majorité des médecins interrogés était de sexe masculin (figure1), exerçait en milieu urbain (figure 2) et leur durée d'installation variait entre 15 et 35 ans (figure 3).

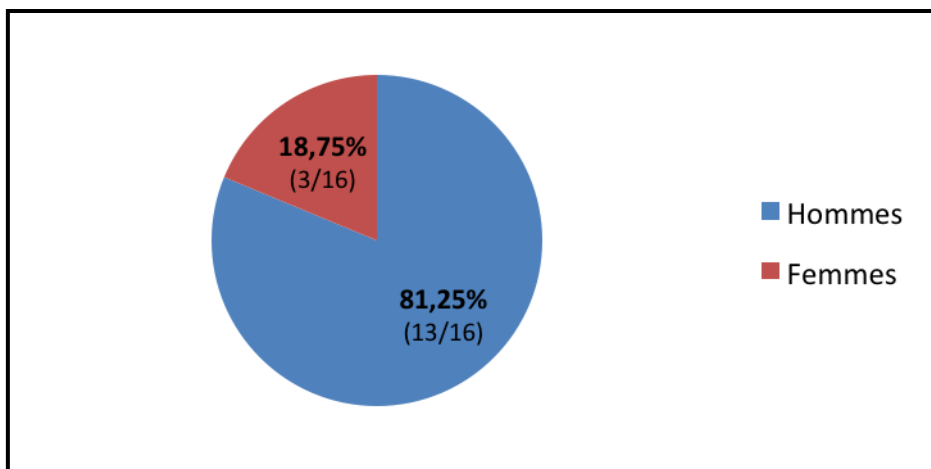


Figure 1 : genre des médecins généralistes interrogés

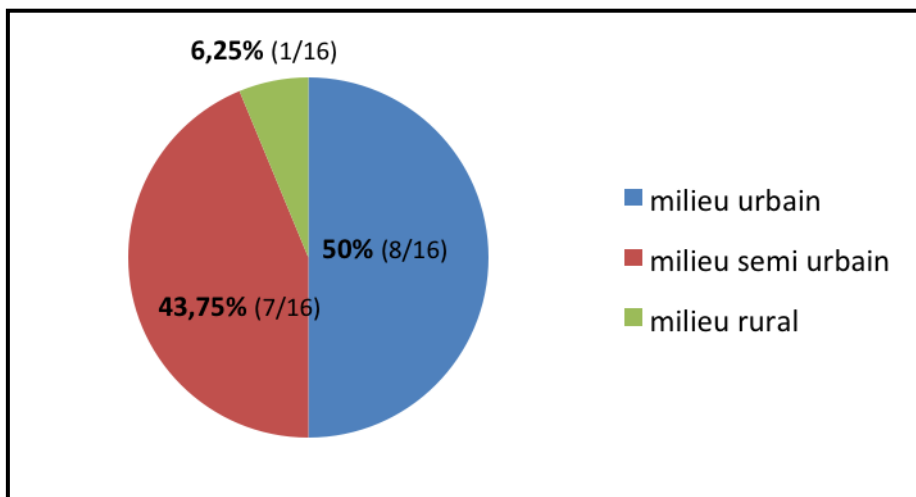


Figure 2 : milieu d'exercice des médecins interrogés

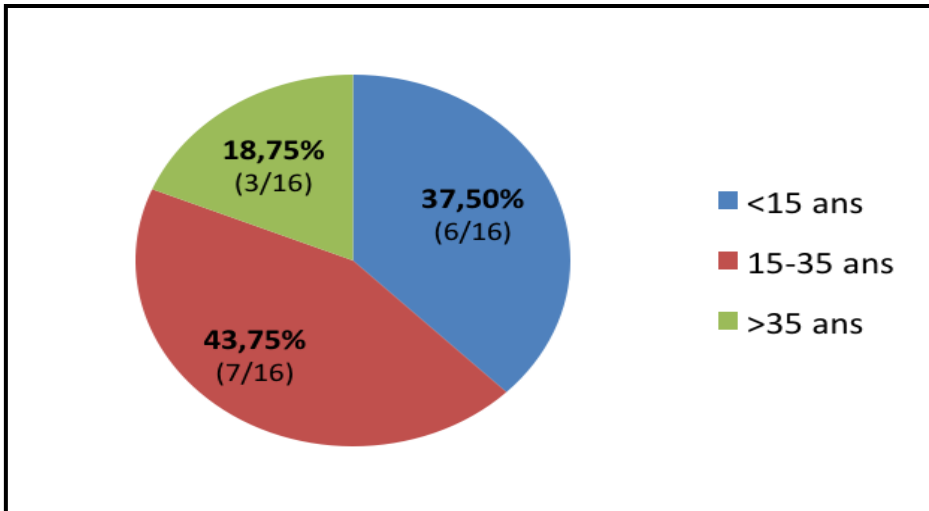


Figure 3 : durée d'installation des médecins généralistes interrogés

25 % font 10 à 20 consultations par jour (4/16), 37.5 % font 20 à 30 consultations par jour (6/16) et 37.5 % font plus de 30 consultations par jour (6/16).

Ce nombre de consultations par jour varie de la même manière quel que soit le milieu d'installation ou l'ancienneté d'installation.

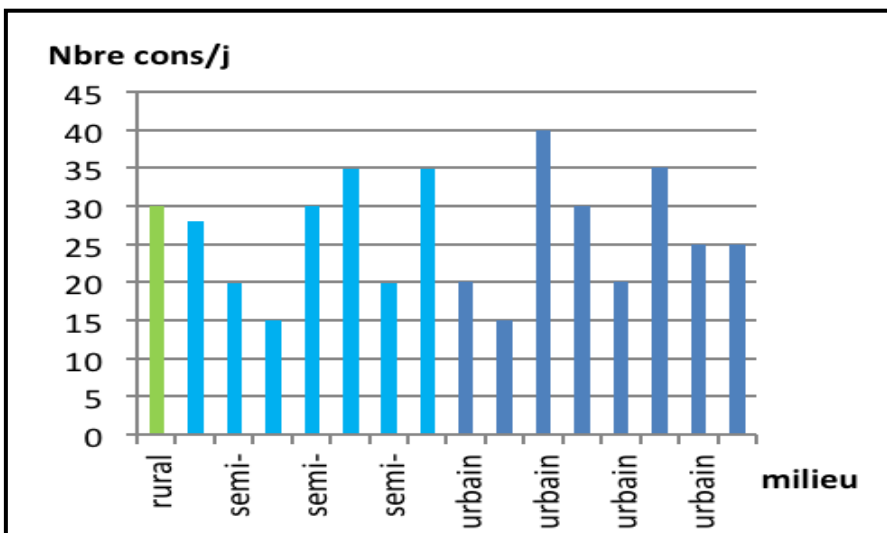


Figure 4 : nombre de consultations par jour en fonction du milieu d'exercice

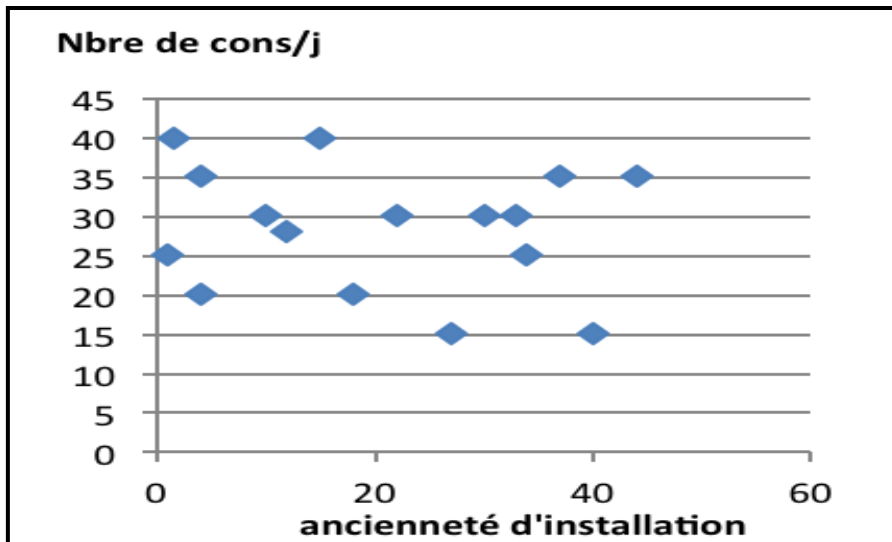


Figure 5 : nombre de consultations par jour en fonction de l'ancienneté d'installation (ans)

75% des médecins interrogés n'ont pas de formation spécifique en addictologie (12/16). Les 25 % ayant eu une formation ont eu recours aux Formations Médicales Continues.

3. Prise en charge alcoologique des médecins interrogés :

3.1. Le repérage

La majorité (75%) des médecins suit très peu de patients (2 à 4) de manière simultanée pour un sevrage alcoolique et 25 % suivent 5 à 10 patients.

On remarque que la question de la consommation d'alcool est rarement abordée de manière systématique. :

- « de façon systématique non, sauf avec les nouveaux patients » (M4),
« lors de l'interrogatoire sur les antécédents ... plutôt systématique lors

de la première consultation » (M16), « pas de manière systématique parce que depuis 33 ans je connais mes patients ... j'ai pas la méthode américaine » (M9)

Le plus souvent la question de la consommation de l'alcool est abordée selon le profil clinique du patient (signes d'imprégnation alcoolique) et/ ou au décours d'un bilan biologique perturbé :

- *« à l'occasion d'un examen sanguin par exemple » (M2), « je trouve qu'il y a un peu "la tête du client" ou alors après des analyses on en discute un peu mais c'est vrai que c'est rare que j'en discute autrement » (M7), « ça se fait au feeling mais je ne le fais pas de manière systématique » (M10)*

Certains ne l'abordent qu'à la demande du patient.

- *« c'est toujours à sa demande » (M11), « le plus souvent c'est à leur demande » (M14)*

La question est également considérée comme délicate pour certains médecins.

- *« c'est un sujet délicat ... aborder le sujet sans le montrer du doigt » (M6), « avec l'expérience c'est ça, surtout ne pas être juge » (M4)*

En revanche chez les adolescents et les femmes enceintes, la question est abordée de manière plus systématique par les médecins interrogés.

Chez les femmes enceintes, la question est très souvent abordée mais en général se limite au conseil minimal.

- « je leur dis qu'il ne faut pas boire » (M2), « l'alcool pendant la grossesse c'est zéro » (M3), « oui on leur en parle, arrêt du tabac et de l'alcool. Impératif. » (M4), « c'est une règle, on aborde la question avec les recommandations » (M8), « c'est un conseil verbal. Pendant la grossesse c'est zéro alcool » (M11), « il y a une recommandation succincte qui fait partie du package des recommandations des femmes enceintes » (M15)

On remarque que deux médecins disent qu'ils ne pensent pas que la consommation d'alcool pendant la grossesse soit très néfaste mais conseillent quand même à leurs patientes de ne pas boire d'alcool.

- « je pense que c'est pas si dangereux que ça » (M9), « une femme enceinte peut boire un verre de vin par jour ... ça ne rendra pas l'enfant idiot ... je leur dis il ne faut pas picoler c'est tout » (M12)

Pour ce qui est des adolescents, on remarque que le repérage est plus difficile. La question est souvent abordée à l'occasion d'un certificat pour la pratique d'un sport.

- « la génération actuelle c'est chaud. Mais oui, on aborde la question » (M3), « c'est pas la consultation du tout venant ... je fais la consultation du sport ... et là j'aborde aussi l'intoxication au tabac ... les produits stupéfiants ... et bien sûr de l'alcool » (M6), « oui, un peu pour tout, les certificats d'aptitude ... peut être pas assez tôt » (M9), « les ados c'est plus compliqué ... il vient souvent avec ses parents » (M10), « systématiquement avec les adolescents oui » (M16)

Toutefois, certains médecins (4/16, 25 %) n'abordent pas du tout ou très peu la question de la consommation de l'alcool avec les adolescents.

- « *pas spontanément non* » (M4), « *exceptionnellement* » (M12), « *plutôt sur leur demande* » (M11), « *non j'en parle pas* » (M14)

3.2. La proposition de sevrage alcoolique par les médecins interrogés

La plupart des sevrages alcooliques sont proposés par le médecin généraliste.

- « *c'est moi qui décide tout le temps* » (M1), « *c'est jamais à sa demande, ou très rarement* » (M6), « *c'est systématique, je leur propose un sevrage* » (M16)

Le sevrage alcoolique est proposé :

❖ si des signes d'imprégnation alcoolique sont repérés

- « *tu as des signes d'imprégnation à l'alcool. Parce-que s'il a un mauvais bilan biologique c'est que c'est trop tard* » (M1), « *je lui propose quand je vois qu'il y a des signes d'imprégnation* » (M13)

❖ à la suite d'un bilan biologique perturbé

- « *en fonction des bilans biologiques* » (M15), « *les gamma GT peuvent être un facteur* » (M2)

❖ « *devant retentissement majeur social, familial, professionnel ou de santé* » (M4)

La notion de motivation du patient est également importante.

- « si je détecte un problème, je propose et puis quand le patient est décidé on se lance » (M8), « il ne faut jamais essayer de sevrer quelqu'un qui n'a pas envie d'être sevré » (M12), « j'ai proposé mais il n'avait pas envie » (M13)

Certains médecins généralistes par contre ne le proposent jamais ou rarement, c'est toujours à la demande du patient.

- « c'est rare que je le propose, c'est plutôt le patient qui m'en parle » (M7), « systématiquement à la demande du patient » (M11), « souvent c'est à leur demande » (M14)

3.3. Représentations des médecins interrogés vis-à-vis du sevrage

On remarque que pour les médecins interrogés, les mots qui reviennent le plus fréquemment lorsqu'on leur parle de sevrage alcoolique et de son suivi sont :

« la rechute » (7/16, 44%), « la régularité et le suivi », « le soutien et la réassurance », et « difficultés, contraintes, compliqué ».

Certains sont à l'aise avec ce type de suivi (7/16, 44%).

- « ça ne me pose pas de problème, je suis à l'aise » (M3), « je me sens à l'aise » (M6), « je suis vachement à l'aise » (M9)

Ceux qui ne sont pas à l'aise (6/16, 38%) constatent que c'est plutôt en rapport avec un manque de formation ou bien un manque de motivation de leur part.

- *« Je ne suis pas convaincant parce que je ne fais pas l'effort. Parce que c'est des gens qui me désespèrent » (M2), « j'ai pas eu dans ma pratique professionnelle assez de recul » (M7), « quand le patient est motivé oui, quand le patient est pas motivé ... » (M8), « par rapport au manque d'expérience et de connaissance » (M13), « je pense que je pourrais faire beaucoup mieux si j'étais bien mieux formée ... non je suis pas à l'aise » (M14)*

Quelques uns ne se sentent ni à l'aise, ni mal à l'aise.

- *« je ne me sens pas mal à l'aise, mais pas à l'aise non plus » (M10), « ni mal à l'aise, ni à l'aise » (M11)*

La relation médecin-malade joue un rôle également dans ce type de prise en charge.

On remarque une notion de « non-jugement » qui apparaît comme importante pour trois d'entre eux.

- *« avec l'expérience c'est ça, surtout ne pas être juge » (M4), « il faut être capable de prendre le temps de discuter avec le patient sans pour autant montrer du doigt » (M6), « je juge pas, je suis pas là à leur dire « c'est pas bien », je leur dis vous avez déjà arrêté une fois, vous pourrez arrêter une autre fois » (M10)*

Si le patient est motivé, l'implication du médecin dans la prise en charge est meilleure.

- *« quand le patient est motivé oui, quand le patient est pas motivé ... »*

(M8)

3.4. Vécus, expériences difficiles et prise en charge

La plupart des médecins interrogés n'ont pas eu d'expériences difficiles avec ce type de prise en charge ou bien s'ils en ont eu, cela ne modifie pas leur prise en charge.

- *« je n'ai jamais eu de difficultés » (M6), « Des expériences difficiles c'est jamais plaisant mais pas qui me mettent particulièrement en difficulté. »*

(M4)

Certains d'entre eux par contre ont eu des expériences difficiles avec pour conséquence une modification de l'implication ou un arrêt de suivi.

- *« oui j'ai eu des échecs et ils t'en veulent ... J'ai été obligé de me séparer d'eux. »(M1), « ils culpabilisent donc ils changent de médecin traitant »*

(M2)

Pour une très grande majorité des médecins interrogés, le fait que la rechute soit fréquente, ne semble pas constituer un frein à la prise en charge, elle semble faire partie de l'histoire du sevrage, et elle apparait un peu comme une fatalité.

- *« J'ai jamais été optimiste à ce sujet. Je sais qu'il y en a 1 sur 10 qu'on sort. » (M1), « la rechute est plus ou moins fataliste car on sait très*

souvent qu'il va falloir du temps. ... il n'y a pas d'effet de saturation » (M3), « On s'y attend, on le sait. ... Faut le savoir, ça fait partie du suivi. » (M4), « inévitable » (M5), « le fait de savoir que la rechute est fréquente ne modifie pas ma prise en charge initiale, je sais que ça peut faire partie intégrale de la prise en charge, ou non, selon les patients. » (M6), « une certaine fatalité. Je me dis que le sevrage alcoolique c'est tellement difficile que s'ils rechutent ben pff pas de chance mais bon. » (M7), « La rechute fait partie de l'histoire naturelle du sevrage. » (M8), « je les encourage à ré-arrêter, je juge pas, je suis pas là à leur dire « c'est pas bien », je leur dis vous avez déjà arrêté une fois, vous pourrez arrêter une autre fois. Et puis cela fait partie aussi un peu de l'histoire du sevrage » (M10), « La rechute n'est pas toujours néfaste, elle fait partie de l'évolution de sa pathologie. » (M11), « on est en échec très très souvent. Dans 70 % des cas. ... je suis toujours optimiste. ... pour l'instant je suis toujours aussi motivée pour essayer de les faire arrêter ... il y en a, il faut qu'ils rechutent plusieurs fois pour qu'ils se rendent compte que ..., ils avaient besoin de ces rechutes là ... ce n'est pas que du négatif de rechuter ... ça fait partie de l'histoire du sevrage. » (M13), « à chacune des étapes j'envisage la rechute avec eux ... Ça fait partie de leur histoire parce que quand on les voit en général, ils ont déjà fait des tentatives. ... Ça ne modifie pas ma prise en charge puisqu'elle a été anticipée. » (M16)

Pour une minorité, le fait que la rechute soit fréquente semble toutefois impacter leur prise en charge avec une certaine démotivation.

- *« Au départ non, c'est à chaque fois un nouveau cas. ... mais bon, après si le mec il rechute bon » (M1), « disons que si tu sais que c'est un échec c'est sûr qu'à la fin quand ils arrivent ça t'emmerde plutôt qu'autre chose. » (M12)*

Un médecin fait apparaître la notion de nécessité de ne pas rentrer dans l'habitude pour de meilleurs résultats.

- *« si tu le sors pas de son milieu, tu le sors pas. ... le problème, c'est qu'il ne faut pas rentrer dans l'habitude. L'habitude de la consultation ... l'habitude de l'alcoolisme ... non non, il faut que ce soit des trucs brutaux, il faut que ce soit une fracture. » (M1)*

3.5. Importance de l'entourage selon les médecins interrogés

L'entourage joue un grand rôle dans ce type de prise en charge.

La majorité des médecins interrogés s'accorde à dire que l'entourage a une influence.

- *« Ah oui bien sûr. Oui oui, l'entourage du patient » (M1), « Ah c'est sûr » (M2), « Oui, c'est énorme, c'est énorme. L'entourage du patient est très important oui. » (M6), « Oui, « si tu arrêtes pas de boire je me casse ». »*

(M10), « il est sûr que l'entourage a une influence sur ce type de prise en charge. » (M11)

Certains pensent qu'elle est positive.

- « Ça arrive régulièrement que ce soit l'entourage qui pousse le patient à faire la démarche. » (M3), « ça peut influencer peut être la démarche pour consulter, pour venir en consultation. Après est ce que ça aide vraiment la personne, j'en sais rien, je sais pas trop. Je pense quand même oui, que c'est bien qu'il y ait quelqu'un oui, qui soutient dans cette démarche. Et que l'entourage peut influencer, je pense. » (M7), « il m'a dit, bon il faut que j'arrête parce que sinon elle m'a dit qu'elle me foutait dehors. C'est une influence ! donc bon lui, il a arrêté. » (M9), « l'entourage du patient peut être conscient du problème et peut l'inciter à poursuivre le sevrage ou au contraire, ne pas être impliqué dedans, donc je pense que l'entourage a son rôle également quoi. Je pense que plus le patient sera entouré et plus le sevrage sera efficace. » (M13)

Aucun médecin ne pense que l'entourage a une influence uniquement négative mais la plupart pensent que l'entourage peut influencer ce type de prise en charge dans les deux sens.

- « De manière fondamentale. Dans un sens comme dans l'autre. Il y en a des fois qui viennent parce que c'est l'entourage qui l'a poussé et puis là ça marche pas. Et puis d'autres fois l'entourage est aidant, et là ça va faciliter les choses » (M8), « Oui, dans un sens comme dans l'autre d'ailleurs » (M11), « Bah, c'est évident que l'entourage va aider, mais

d'un autre côté l'entourage va aussi être néfaste, parce que plus on dira au mec qu'il faut qu'il arrête, et peut être plus ça le motivera à ne pas arrêter ... Mais oui l'entourage intervient évidemment hein. Mais pas nécessairement en bien. Il est certain que quelqu'un qui est affectivement bien structuré, d'abord, sera pas éthylo-addictif, et s'il a quand même du soutien, il fera le sevrage plus facilement qu'un célibataire qui n'a pas d'appui extérieur. » (M12), « Oui, oui. En positif ou en négatif oui c'est sûr. » (M14), « Oui, oui. Dans les deux sens. » (M15), « Alors, il peut influencer dans les deux sens l'entourage. L'entourage peut être particulièrement délétère, comme il peut être un grand soutien. » (M16)

On remarque que l'absence d'entourage peut être perçue comme un frein à la prise en charge.

- *« Je pense quand même que l'entourage a une influence. Mais bon, moi j'en ai beaucoup qui sont tous seuls, d'alcool-dépendants. » (M9), « il est sûr que l'entourage a une influence sur ce type de prise en charge. Le problème c'est surtout quand il n'y a pas d'entourage d'ailleurs, que le patient s'est dé-sociabilisé et qu'il est seul. Là il y a vraiment une difficulté de plus. » (M11)*

Pour une minorité, au contraire, l'entourage n'a pas ou peu d'influence.

- *« Personnellement non. Au contraire. C'est difficile, le sevrage il faut vraiment que ce soit la personne qui soit motivée et c'est plus des évènements qui vont le motiver que la pression familiale. La pression*

familiale c'est souvent trop dur, c'est trop rémanent, ça crée plus de problèmes. Par expérience je trouve que c'est contreproductif » (M4), « c'est assez rare les gens qui seraient euh disons euh, comment dirais je, qui seraient alcoolo-dépendants à l'insu de la famille. Donc je pense qu'il y a une certaine tolérance dans la famille. Donc en fait après ça joue, ça joue assez peu quand même hein. » (M9)

3.6. Abstinence ou consommation contrôlée : l'avis des médecins

En ce qui concerne l'abstinence ou la consommation contrôlée d'alcool, les avis sont divergents.

Certains médecins pensent que l'abstinence est indispensable à la réussite du sevrage (5/16, 31%).

- *« Abstinence totale. Tu peux pas lui dire, bois 3 verres, c'est pas vrai. » (M1), « C'est comme le tabac ça. Ou on arrête, ou on continue ... plutôt en faveur de l'abstinence » (M2), « Je ne crois pas en la consommation contrôlée d'alcool » (M3), « Abstinence, abstinence. » (M5), « Il faut une abstinence complète. Ils n'y arrivent pas sinon » (M14)*

Un pourcentage identique est plutôt en faveur de la consommation contrôlée d'alcool.

- *« Ça me paraît plus difficile la consommation contrôlée. Mais, mais, il faut se rendre à l'évidence, les études nous disent qu'il y a plus de résultats avec une consommation contrôlée » (M8), « c'est sûr que ce qui est bien, c'est d'arriver à diminuer, sans être complètement réfractaire ...*

le sevrage total, mais total, c'est exceptionnel, et c'est peut être pas la meilleure solution » (M12), « plutôt la consommation contrôlée » (M13), « au début oui j'étais sur l'abstinence parce que c'est ce qu'on m'avait appris, et je me suis cassé le nez. ... l'abstinence pour moi est un objectif à TRES long terme » (M16)

44% (7/16) pensent que cela dépend du patient lui-même et de son profil.

- *« Non mais il y a des gens, on est obligés de leur dire, écoutez, pas plus que ça quoi. » (M2), « Il faut s'adapter à sa capacité et à la volonté du patient. L'abstinence souvent il faut pas rêver. Donc consommation contrôlée c'est ... un objectif plus facile à atteindre. » (M4), « l'abstinence, en fonction du patient, en fonction de la progression dans le sevrage, alors après il y a des patients qui sont faibles et pour lesquels il faut marteler l'abstinence, et d'autres qui y arrivent. Après je dirais un peu comme dans la société de façon normale quoi. » (M6), « je ne suis pas contre la consommation contrôlée. Mais ce n'est pas les mêmes individus » (M9), « je pense que la consommation contrôlée c'est comme le tabac, il y a des personnes qui arrivent à se réguler et d'autres non. » (M10), « Tout dépend de la personne et de l'atteinte organique. Mais en règle générale, pour la consommation contrôlée » (M11), « Je pense que ça dépend, toujours pareil, moi je fais toujours cette différence du problème ponctuel réactionnel à une angoisse et à un problème et qui est facilement réversible, à un alcoolisme chronique » (M15)*

On remarque que la comparaison avec le tabac est souvent évoquée lorsque l'on parle d'abstinence.

- *« Comme tu as un fumeur, tu lui dis allez fume 3 cigarettes, c'est pas possible. » (M1), « C'est comme le tabac ça. Ou on arrête, ou on continue » (M2), « je pense que la consommation contrôlée c'est comme le tabac, il y a des personnes qui arrivent à se réguler et d'autres non. » (M10)*

Certains différencient l'abstinence et la consommation contrôlée d'alcool dans le temps.

- *« la vieille école on disait l'abstinence hein. Et puis maintenant ils nous disent l'abstinence contrôlée » (M8), « Pour l'instant j'étais plutôt abstinence, maintenant je ne suis pas contre la consommation contrôlée. » (M9), (M16), « c'est sûr que ce qui est bien, c'est d'arriver à diminuer, sans être complètement réfractaire ... le sevrage total, mais total, c'est exceptionnel, et c'est peut être pas la meilleure solution. Et quand au sevrage partiel bon ben ça dépend de la quantité du partiel. » (M12)*

3.7. Sevrage hospitalier ou ambulatoire

En ce qui concerne le type de sevrage proposé, (hospitalier ou ambulatoire), la plupart des médecins (9/16, 56%) préfèrent, à la phase aiguë, un sevrage alcoolique en milieu hospitalier.

- « en ambulatoire c'est pas bon. Ambulatoire ça a toujours raté » (M1), « quand le patient n'est pas opposé, je l'envoie vers l'unité d'addictologie » (M3), « je repère,... je suis les patients plutôt en post-sevrage » (M6), « le plus souvent en hospitalier » (M11)

D'autres au contraire (7/16, 44%), privilégient un sevrage ambulatoire quand c'est possible.

- « souvent en ambulatoire, sauf cas particulier avec une mise en danger » (M4), « je propose en ambulatoire plutôt » (M10)

Deux d'entre eux (13%) réservent plutôt l'hospitalisation en cas d'échec d'un sevrage en ambulatoire.

- « ambulatoire, c'est rare que je fasse hospitaliser les gens, dans un premier temps » (M7), « j'essaie toujours en ambulatoire en premier, et si jamais ça ne marche pas, en hospitalier » (M14)

Certains (5/16, 31%) orientent leur type de prise en charge (ambulatoire ou hospitalière), en fonction du profil du patient.

- « selon l'importance de la dépendance, s'il y a une grosse consommation très ancienne avec un risque de DT très important, j'oriente vers une prise en charge hospitalière » (M8), « ça dépend du degré d'imprégnation et de la volonté du bonhomme » (M12), « je les adresse d'abord à l'addictologue, et ensuite selon le degré d'intoxication et de dépendance, soit j'hospitalise ou commence un suivi en ambulatoire » (M13), « si l'alcoolisme est réactionnel et ponctuel, plutôt ambulatoire,

pour les autres, hospitalisations » (M15), « c'est en fonction du patient » (M16)

On peut citer comme freins au sevrage hospitalier :

❖ **une certaine réticence des patients** dépendants à l'alcool pour ce type de sevrage.

- *« plutôt en ambulatoire, d'abord parce que ils ne veulent pas entendre parler d'une autre solution » (M4), « soit le patient est opposé à entrer à l'hôpital ..., et j'essaie de le prendre en charge mais bon » (M3), « proposer une hospitalisation ..., c'est un frein ... ça lui ferait peur » (M7)*

❖ **une difficulté d'accès au sevrage hospitalier**

Une grande majorité de médecins pensent effectivement qu'il est compliqué d'avoir recours aux structures hospitalières pour adresser un patient pour un sevrage alcoolique lorsqu'ils le souhaitent.

- *« pour avoir un sevrage en hospitalier il faut avoir des réserves ! » (M9), « de le confier à un confrère ou de le confier à une structure, c'est toujours très difficile. difficile déjà de l'avoir dans les temps » (M6), « je n'ai rien contre le sevrage hospitalier ... mais c'est difficile à organiser » (M16), « Pas très simple » (M5), « c'est très compliqué » (M11), « pour faire rentrer un type là bas, c'est la catastrophe » (M12), « C'est jamais évident d'avoir recours à une structure hospitalière, quelle qu'elle soit. » (M13), « C'est l'horreur » (M15)*

Il existe une notion de facilité d'accès très claire lorsque les médecins généralistes ont de bonnes relations avec les médecins hospitaliers.

- *« si tu es bien placé ... c'est donnant donnant. Tu me rends service, je te rends service. ... moi j'ai un accès facile à ce niveau là. Mais je sais que les autres médecins, c'est plus difficile. » (M1), « on connaît plus facilement les médecins et on peut s'arranger pour faire des hospit » (M3), « si on ne connaît personne, c'est très compliqué d'y avoir accès quand on le désire. » (M11), « pour faire rentrer un type là bas, c'est la catastrophe, il faut que tu connaisses le mec. » (M12), « parce que je les connais, du coup c'est vrai que ça facilite l'accès. » (M14), « les relations interpersonnelles améliorent ... Mais je sais que pour les jeunes médecins ça doit pas être évident. » (M16)*

Une notion de temps apparaît également : obtenir un rendez-vous ou une hospitalisation de manière urgente apparaît comme être très difficile.

- *« c'est difficile d'avoir, dans les temps où on demande généralement, des rendez-vous quand on dit que c'est un rendez-vous urgent ... et des fois on perd de vue le patient » (M6), « On peut les appeler assez simplement mais les rendez-vous ne sont pas très rapides » (M8), « pour avoir un sevrage hospitalier, il faut avoir des réserves ! il faut avoir de quoi boire encore quelque temps ! c'est pas simple. » (M9), « tout dépend du délai. ... s'ils attendent trop longtemps le rendez vous avec le spécialiste, parfois ils se démotivent. » (M13)*

Et dans ces cas là, la réponse est souvent de se diriger vers les urgences.

- « le CHU quand on essaie de les contacter, c'est : envoyez le aux urgences. C'est pas étonnant après que les urgences soient débordées. » (M3), « par exemple tu as un mec ou une bonne femme avec une phlébite, tu téléphones, on te le prend tout de suite, ou n'importe quelle pathologie, l'appendicite, etc. tu dis j'ai un éthylique en sevrage, bof, je sais pas, faites le passer par les urgences. » (M12)

Cependant quatre des médecins interrogés (25%) trouvent qu'il n'y a pas de difficulté d'accès aux structures hospitalières pour ce type de prise en charge.

- « ils sont accessibles bien sûr. » (M2), « Ça ne marche pas trop mal. » (M4), « j'ai l'impression que c'est assez simple » (M7), « il est simple d'y avoir recours » (M10)

On remarque également qu'entre le CH de Sète et le CHU de Montpellier, certains médecins notent une différence de facilité d'accès.

- « L'addictologie à Sète, oui. Le CHU à Montpellier euh...pfff, le CHU, c'est compliqué. ... à l'hôpital de Sète c'est plus petit donc on connaît plus facilement les médecins et on peut s'arranger pour faire des hospit sans passer par les urgences, lorsqu'il n'y a aucune urgence justement. » (M3)

3.8. Thérapeutiques utilisées pour le sevrage alcoolique et/ou son maintien

3.8.1. Poursuite du traitement prescrit par l'hôpital ou l'addictologue

Certains médecins (5/16, 31%) n'initient pas de traitement pour le sevrage alcoolique. Ils poursuivent simplement celui prescrit par l'hôpital ou l'addictologue.

- « *Moi je passe que par l'hospitalisation* » (M1), « *C'est plutôt à l'hôpital qu'ils le font et moi je poursuis le traitement.* » (M5), « *Si je prescris je n'aurais pas l'impression de faire mon travail. Il faut savoir qu'on ne peut pas résoudre tous les problèmes et que l'addictologie c'est quand même un problème de fond important, c'est de la psychothérapie* » (M6), « *Je n'utilise pas de médicaments ... moi je fais plutôt ce qui est suivi du traitement, sans initier de traitement.* » (M10), « *moi je n'ai pas eu encore à initier de sevrage, souvent j'adresse d'abord à un spécialiste.* » (M13)

3.8.2. Benzodiazépines + vitamines + hydratation pour la phase aigüe

Pour ceux qui initient des traitements, le schéma classique pour la phase aigüe avec benzodiazépines + vitamines + hydratation reste le plus utilisé.

- « *souvent j'associe un demi Seresta® 50 le soir pour essayer de calmer un peu. J'aime bien le Seresta® pour ça.* » (M2), « *Les médicaments ? les vitamines euh... et des benzo, voilà. Essentiellement.* » (M3), « *Jusqu'à présent on utilisait les classiques ... les anxiolytiques* » (M4), « *je fais benzo/aotal, ou benzo, je sais pas quoi, enfin c'est peut être pas trop les recommandations mais la base pour moi c'était les benzo.* » (M7),

*« Benzodiazépines hein Tranxène®... pour le sevrage hein » (M8),
« Vitamines B1 B6 et Seresta® » (M9), « Uniquement les
benzodiazépines avec les vitamines » (M11), « toujours l'hydratation, la
vitamine, euh, et compagnie » (M14)*

3.8.3. Thérapeutiques pour le maintien du sevrage

L'acamprosate (Aotal®) est la molécule qui revient le plus en dehors du schéma cité ci-dessus, surtout en matière de maintien du sevrage.

- *« C'est-à-dire qu'avant je travaillais avec l'Aotal®. Qui était bien » (M2),
« on utilisait les classiques hein, l'Aotal® » (M4), « je fais benzo/ Aotal® »
(M7), « pour le maintien du sevrage, plutôt l'acamprosate, là l'Aotal®. »
(M8), « il y a l'Aotal®, mais j'ai jamais vu de vrai succès » (M12),
« c'était un peu l' Aotal® » (M15)*

Un seul nous parle également de la naltrexone (Revia®) mais aussi d'une thérapeutique surprenante.

- *« Revia® qui est mieux ... je leur fais sucer des pastilles de Lopéramide
(Imodium®), comme c'était remboursé par la sécurité sociale, je leur dis
quand vous avez envie de boire un coup, euh, vous prenez une pastille,
vous la sucez et comme ça mettait un quart d'heure, tant que vous la
sucez vous buvez pas et après, vous ferez ce que vous ferez. Je suis arrivé
à avoir de bons résultats » (M12)*

3.8.4. Nouvelles thérapeutiques

La plupart des médecins restent quand même réticents à l'utilisation de nouvelles molécules, comme le nalméfène (Selincro®)

- *« Il y a un nouveau qui vient de sortir mais je ne l'ai pas encore utilisé. ... Nalméfène. J'ai mis de côté la fiche, mais j'ai pas encore regardé un petit peu, comment ça marchait et ce que ça faisait. » (M2), « Le nalméfène c'est tout nouveau, il vient d'arriver sur le marché donc je ne l'utilise pas encore. » (M4), « A voir. Pas encore assez de recul. Je ne sais plus s'il est paru dans la revue prescrire, ça ne devrait pas tarder. » (M8), « le Selincro®, honnêtement les 3-4 qui sont venus là je préfère les adresser à un spécialiste, je ne l'ai jamais utilisé et là on est dans cette espèce de diminution de ..., ça me paraît un peu compliqué quoi. Pour l'instant. J'ai jamais eu le petit cahier de suivi. » (M9), « je ne les connais pas assez pour les utiliser seul en cabinet. » (M11), il en sort des nouveaux hein, le Selincro®, je n'ai pas d'expérience quoi. Donc je ne l'ai pas encore utilisé » (M15)*

En ce qui concerne le baclofène (Lioréal®), 4 médecins /16 (25%) l'utilisent et 7 autres (44%) sont très réticents.

- *« Pas le baclofène parce qu'il est pas utilisé. » (M1), « Le baclofène, non, non, celui-là, à 25 comprimés par jour euh... » (M2), « un peu le baclofène récemment » (M4), « il y a souvent des patients qui viennent me voir pour me demander le baclofène, il y a pas mal de gens qui viennent me voir en me disant « j'ai entendu que le baclofène c'était*

magique, qu'est-ce que vous en pensez ? est-ce qu'on peut débiter un traitement ? » (M7), « c'est hors AMM, mais je me suis rendue compte que le baclofène fonctionnait quand même pas mal, et aidait beaucoup de gens, même à pas de grosses quantités, donc je me suis mise pas mal à traiter avec du baclofène. Très rapidement quand je voyais que ça échouait avec tout le reste. » (M14), « j'ai utilisé le baclofène, bien sûr. Hein, ce n'est pas un médicament très facile à manipuler. parce qu'il demande un suivi très rigoureux au début et très organisé. Et quelquefois je n'arrive pas à faire ce suivi par manque de temps » (M16), « Ben la revue « prescrire » était pas très ... » (M8), « Baclofène je ne fais pas. J'avais qu'une trouille c'est qu'on me pose la question et en fait non. » (M9), « baclofène j'ai jamais fait » (M10), « Les autres, je ne les connais pas assez pour les utiliser seul en cabinet. » (M11), « Mais le baclofène il faut en donner beaucoup, et puis ça coûte cher, et puis je n'ai pas l'expérience » (M12)

3.8.5. Traitement anti dépresseur

Certains prescrivent un traitement anti dépresseur en fonction de l'état psychique du patient.

- « je vois aussi au niveau de l'humeur s'il n'y a pas des troubles, s'ils ne veulent pas débiter un traitement antidépresseur » (M7)

3.9. Suivi des patients : difficultés et valorisation financière de la consultation.

3.9.1. Consultations insuffisantes

La majorité des médecins interrogés (9/16, 56%) estiment que des consultations de médecine générale pour le suivi d'un patient pendant et après le sevrage alcoolique sont insuffisantes :

➤ Par rapport au nombre d'intervenants.

- *« il faut te faire aider. Le mec est en situation difficile donc il faut structurer sa base. Sa base, c'est pas une seule personne, il faut toi, il faut la famille, le travail. » (M1), « Parce que je pense qu'il faut une équipe, un entourage » (M5), « Parce que je pense qu'il faut qu'il y ait un suivi dans cette histoire. Des thérapies cognitivo-comportementales et des groupes de discussion, je pense que c'est hyper important et que ça fait 50 % du boulot. Je pense qu'on fait 50 % du boulot nous en consultation.» (M7), « je pense qu'il faut aussi un suivi psychologique... Après, si je me sens démunie, euh, face au patient, c'est pour ça que je l'adresse aussi au centre d'addicto. ... je préférerais m'appuyer sur une autre personne, un psychologue, un psychiatre ou un addicto. » (M13)*

➤ Par rapport à un manque de formation.

- *« C'est compliqué. D'abord on est pas formé en addictologie, c'est un peu compliqué. Et comme moi je ne veux pas jouer les apprentis sorciers » (M2), « Et puis un problème de compétences quand même,*

parce que je pense que s'ils ont une formation spécifique ce n'est pas pour rien » (M3)

➤ Par manque de temps

Une grande majorité des médecins interrogés (11/16, 69%) estime ne pas avoir le temps nécessaire pour une prise en charge optimale du sevrage alcoolique et son suivi.

- *« j'ai pas le temps nécessaire à consacrer, la discussion elle se passe vite » (M1), « ponctuellement oui ... pour la première consultation ... je vais pas expédier ça mais non, j'ai pas le temps » (M3), « on a pas suffisamment les moyens et le temps pour faire ça quoi. » (M5), « si je dois à chaque fois prendre ½ heure pour le suivi, je ne m'en sors pas. Donc je ne peux pas. » (M6), « si on a un patient tous les quarts d'heure ça risque d'être difficile. C'est plutôt un problème de temps d'écoute, mais après c'est le genre de choses que l'on peut aussi prévoir sur rendez vous. » (M10), « nous ne disposons pas assez de temps d'écoute pour ce type de suivi. Nous le prenons, c'est sûr, mais il faut être réaliste, c'est une prise en charge extrêmement chronophage. » (M11) « il y a un certain nombre de patients que je ne suivrais pas pour un sevrage parce que je n'ai pas le temps » (M16)*

Mais au-delà du manque de temps, on remarque que même si les médecins n'ont pas le temps, ils le prennent.

- *« on a jamais le temps, on le prend » (M6), « le temps je le prend toujours ... après c'est le suivi ... c'est plus difficile mais le temps je le*

prends » (M10), « on a jamais le temps nécessaire pour ce type de consultation mais on le prend toujours » (M11), « il faut le prendre » (M13), « je prends des consultations beaucoup plus grosses et je pense prendre le temps quand il le faut » (M14)

Un autre problème identifié est la lourdeur des charges administratives.

- *« c'est la compression de la charge de travail qui fait que c'est difficile. Aujourd'hui le médecin est dans la servitude et il n'est plus dans le service. Monter des dossiers d'invalidités ou d'accidents de travail, des dossiers mdph.... Ça nous plombe le travail au cabinet, travail que le médecin doit faire parce que c'est le médecin traitant et c'est une charge très lourde (60 % du travail) qui nous laisse moins de temps pour des consultations, que ce soit en temps d'écoute ou en fréquence de consultation, avec des patients qui nécessiteraient plus de temps » (M6)*

Une minorité pense qu'au contraire, ce n'est pas un problème et que cela peut être suffisant (3/16, 19%).

- *« Une fois que le sevrage a été effectué oui. Pendant oui, et après oui. » (M4), « Si le gars il est à peu près « formé » entre guillemets, le sevrage lui-même c'est pas énorme, c'est pas très compliqué » (M9).*

Même s'ils pensent quand même que cela nécessite:

- ✓ un autre type d'intervention.

- « Pas forcément de façon exclusive hein car souvent il y a quand même des problèmes psychologiques derrière hein, qui justifient un suivi psychiatrique ou psychologique. » (M4)

✓ ainsi que du temps.

- « Ça demande simplement un peu de disponibilité pour revoir le gars » (M9), « je pense que l'on est fort capable de le faire quoi. Mais ça demande quand même du temps et de l'implication » (M15)

Ils rejoignent donc quelque part le point de vue des autres médecins.

Quelques uns (4/16, 25%) pensent que la conduite à tenir varie selon le profil du patient.

- « Ça dépend des cas. Si c'est très sévère avec un risque de rechute très important, il vaut mieux prévoir des hospitalisations, des post –cures, des ... Ou si c'est quelqu'un qui a vraiment réglé le problème, qui est motivé, on peut le suivre en ville » (M8), « Alors ça dépend du sujet, ça dépend de l'endroit où on est. » (M12), « Ça dépend du profil et de la personne... et de l'entourage. S'ils sont bien entourés justement, c'est plus en faveur pour que le médecin généraliste y arrive tout seul. Quand ils sont esseulés, ils y arrivent pas ou il y a un entourage négatif là c'est sûr qu'il faut passer par une structure ou par un spécialiste. » (M14), « Là encore ça dépend du profil du patient. Moi j'ai besoin pour ceux qui le peuvent, d'avoir des compléments, par exemple euh un psychologue clinicien, un truc comme ça. J'ai besoin quelquefois qu'il soit suivi par d'autres personnes en addictologie, on fait un suivi conjoint. » (M16)

Au final tous s'accordent à dire que cela nécessite souvent d'autres intervenants, de la disponibilité (en terme de temps et de fréquence) et d'avoir une formation.

3.9.2. Rémunération insuffisante

Bien souvent, au-delà d'un problème de manque de temps, c'est un problème de rémunération et donc de valorisation du travail du médecin généraliste dans ce type de prise en charge chronophage.

- *« c'est la consultation et le paiement à l'acte qui est inadapté en ce type de consultation en addictologie. L'addictologie ça demande des consultations longues, à 23 euros c'est pas possible ... je continue de les suivre ... actuellement je suis limité par le paiement à l'acte, et je sais que je pourrais faire beaucoup mieux, beaucoup plus si j'étais rémunéré correctement pour ce travail. » (M16)*

4. Place des aides extérieures

La grande majorité des médecins interrogés (14/16, 88 %) pense qu'une aide extérieure pourrait être bénéfique à ce type de prise en charge, la plupart tout en restant « le chef d'orchestre ». (11/16, 69 %)

- *« Absolument. Vous savez moi c'est comme ça que je conçois le rôle de la médecine ambulatoire, hein. C'est-à-dire d'être au plus proche des gens, pour, cibler les pathologies, pouvoir les prendre en charge. Mais le gros problème, là où je vous l'ai dit, il y a le souci de cette médecine*

ambulatoire, c'est que ... voilà, on est souvent seuls, avec un problème et un patient et euh, toutes les portes sont fermées. » (M6), « Alors les associations oui c'est vrai, ça les motive bien. » (M12), « Oui il en faut ne serait ce qu'au niveau psychologique » (M14)

Tandis que certains trouvent que ce serait utile mais ne veulent pas être le chef d'orchestre. (5/16, 31%)

- *« Moi je ne veux pas être le chef d'orchestre. Je peux appuyer à l'aide d'examen biologiques de dire, vous voyez c'est bien. Mais je ne veux pas être le chef d'orchestre. » (M2), « je ne suis pas le chef d'orchestre. Moi je suis plutôt dans l'orchestre. C'est-à-dire que pour moi le chef d'orchestre c'est plutôt le service d'addicto et moi je suis, je reste en contact. » (M10), « mais je ne veux pas être le chef d'orchestre » (M11)*

Deux d'entre eux sont plus réticents à utiliser une aide extérieure.

- *« Je l'ai eu fait avec des patients. ... Mais, je ne pense pas que cela se soit plus mal ou mieux passé que pour d'autres qui ont été pris en charge quasiment exclusivement en service d'unité d'addictologie. » (M3), « Il y a les réseaux là ... On a du mal à travailler avec eux quand même. On sait pas trop bien où on en est, faudrait qu'on prenne du temps, ça oui ça boufferait du temps. ... si vous êtes obligés de retrouver les gens du réseau en disant : bon qu'est ce qu'il s'est passé là... on est vraiment sur des choses difficiles, ils vont dire des choses à un endroit... Il ne faut pas deux lieux thérapeutiques, c'est compliqué. » (M9)*

Parmi les aides extérieures les plus fréquemment citées par les médecins interrogés on retrouve bien sûr l'addictologue/service d'addictologie (11/16, 69%), ainsi que les psychologues/psychiatres (6/16, 38%) et les réseaux/groupes de paroles (PORTIA, le CSAPA, l'ANPAA, les alcooliques anonymes) (6/16, 38%). Suivent ensuite la prise en charge sociale, la famille, les soins de suite et la famille.

- *« Psychologue, famille, et puis les soins de suite, des groupes de paroles, les réseaux ... Tout le monde, tout ce qui peut l'aider, ses amis, sa famille, les structures » (M1), « Des aides du type centre d'addictologie et des consultations pour le complément, sur la prise en charge sociale » (M8), « Psychologue, addictologue, psychiatre, famille » (M11), « des associations , des points écoute jeunes, des structures d'accueil ... les services d'addictologie, les CMP ... C'est une prise en charge globale, l'assistante sociale en fait partie ... à la limite parfois, même le pôle emploi peut nous aider » (M16)*

En ce qui concerne plus précisément les réseaux (structures permettant une meilleure collaboration entre les différents acteurs intervenants dans la prise en charge chez le patient malade d'alcool (équipes hospitalières, médecins libéraux, paramédicaux, assistantes sociales, psychologues/psychiatres, groupes de paroles) et offrant ainsi une prise en charge multidisciplinaire.), la moitié des médecins interrogés ne les connaissent pas (8/16).

- *« La seule association que je connaisse mais ce n'est pas pour le sevrage alcoolique, c'est pour la toxicomanie ... Je n'ai jamais été en contact avec eux. Les patients ne m'en ont pas parlé et je n'ai jamais été*

« démarché » entre guillemets pour les connaître » (M3), « Non. Pas du tout au courant. Mais visiblement les patients ne m'en parlent pas non plus donc je ne sais pas s'ils sont au courant » (M14)

Mais l'immense majorité y aurait recours s'ils les connaissaient.

- *« Oui, bien sûr. Oui, tout ce qui peut aller au bénéfice du patient, je suis preneur. » (M3), « si tu as un réseau qui n'est pas lié à l'hôpital, pourquoi pas, ça peut être bénéfique. Il n'y a pas de raison de ne pas les utiliser. » (M4), « je pense qu'il faut que le patient adhère à un tout quoi, c'est en même temps les consultations médicales, et en même temps le suivi derrière » (M7), « Oui, oui bien sûr, si le patient l'accepte. En plus de la médecine générale bien sûr oui. » (M8), « j'aurais recours à des aides extérieures si c'était plus facile d'accès. Si ça simplifie les contacts et les accès du patient à telle ou telle structure ou tel praticien ou tel psychologue, ben moi je pense que ce serait bénéfique pour lui quoi. Donc si ça simplifie la prise en charge, moi je les utiliserais » (M13), « Ça pourrait peut être plus aider à ouvrir les gens alors qu'ils parlent rarement à des personnes extérieures » (M14)*

Deux médecins (13%) sont restés très réticents vis-à-vis de ce type d'aide.

- *« Non, je ne connais pas ... C'est pas de ma génération ça... je connais pas et les groupes de machins, les trucs ... ben j'ai un service d'addictologie qui est à l'entrée de l'hôpital. On est à Sète, je vois des gens de Sète donc bon. » (M2), « Non, ça sert à rien. Enfin sur mon*

expérience, non, ça m'a jamais aidé et ça n'a jamais aidé le patient »

(M15)

En ce qui concerne les 8 médecins qui connaissent ces réseaux, la plupart ne les utilisent pas ou plus (5/8, 63%). Les raisons évoquées sont : une difficulté d'accès, un problème de temps, ou bien simplement ils envoient leur patient au service d'addictologie qui se charge de proposer aux patients un réseau et d'organiser le suivi.

- *« Je ne les utilise pas parce que je n'y ai pas accès et que quand je les envoie à l'hôpital, c'est l'hôpital qui organise le suivi. » (M1), « On a du mal à travailler avec eux quand même. ... ça oui ça boufferait du temps. » (M9), « Mais ça je ne fais pas trop. Parce qu'on a la chance ici d'avoir une structure qui est facile d'accès, qui est facile à joindre et qui ne donne pas des rendez vous à 6 mois. ... Les seules associations que j'utilise et dont j'ai des retours c'est celles des toxico » (M10), « je les connais très peu et je les utilise très peu. ... ça sert à rien. quand quelqu'un est pris en charge par ce réseau moi je n'ai plus mon utilité ... le réseau s'occupe de la partie maladie alcoolique et moi je m'occupe de la partie somatique pure et dure » (M15)*

La manière dont ils les ont connus est variable, soit par la pratique (via des confrères ou autres corps de métier), soit par l'intermédiaire de laboratoires, soit pendant leur formation.

- *« Je les ai connus par la pratique » (M1), « merci les labo. Vous savez on a souvent tendance à taper sur l'ambulance, mais merci les labos parce que c'est pas l'institution qui vous invitera hein pour éclairer un peu*

vosre ignorance et puis vous aider un peu à gérer le quotidien. Euh, c'est grâce au labo moi que j'ai pu rencontrer un addictologue qui nous a fait tout un topo et qui nous a donné un peu les adresses » (M6), « je les ai connus au cours de mon travail en tant qu'interne » (M11), « il y a quelques années le conseil général éditait une espèce de plaquette sur laquelle il y avait tout ce qui était les réseaux » (M16)

Parmi les médecins qui les utilisent ou les ont utilisés, le retour des patients en terme de satisfaction est mitigé, trois sont plutôt positifs, deux sont plutôt négatifs et un médecin parle de retours variables et émet l'hypothèse que les seuls retours qu'ils ont la plupart du temps ce sont les retours positifs car les retours négatifs sont difficiles à objectiver.

- *« J'ai un retour satisfaisant de ce type de réseau par mes patients. » (M1), « Ecoutez, je n'ai que de très bons retours ... il y a vraiment une écoute qui est importante » (M6), « le retour des patients est peu satisfaisant. » (M11), « rechutent moins souvent quand ils sont dans ce milieu. (M12), « ça sert à rien. ... ça n'a jamais aidé le patient » (M15), « Extrêmement variable ... c'est difficile des fois d'avoir des retours quand ça va mal. ... Quand ça va bien, on a de bons retours » (M16)*

Malgré tout, tous les médecins ayant connaissance de ces réseaux les conseilleraient à leurs confrères.

- *« Je les conseillerais à mes confrères parce que c'est satisfaisant, ils sont présents et que c'est des professionnels. » (M1), « Je les conseillerais à mes confrères car ce sont les seuls. ... je pense que toute aide est*

bénéfique dans ce type de prise en charge. Plus il y a d'acteurs et meilleures sont les chances de réussite » (M11)

5. Vécu de la prise en charge du sevrage alcoolique par le médecin généraliste

Il est résumé dans le tableau 2 ci-dessous.

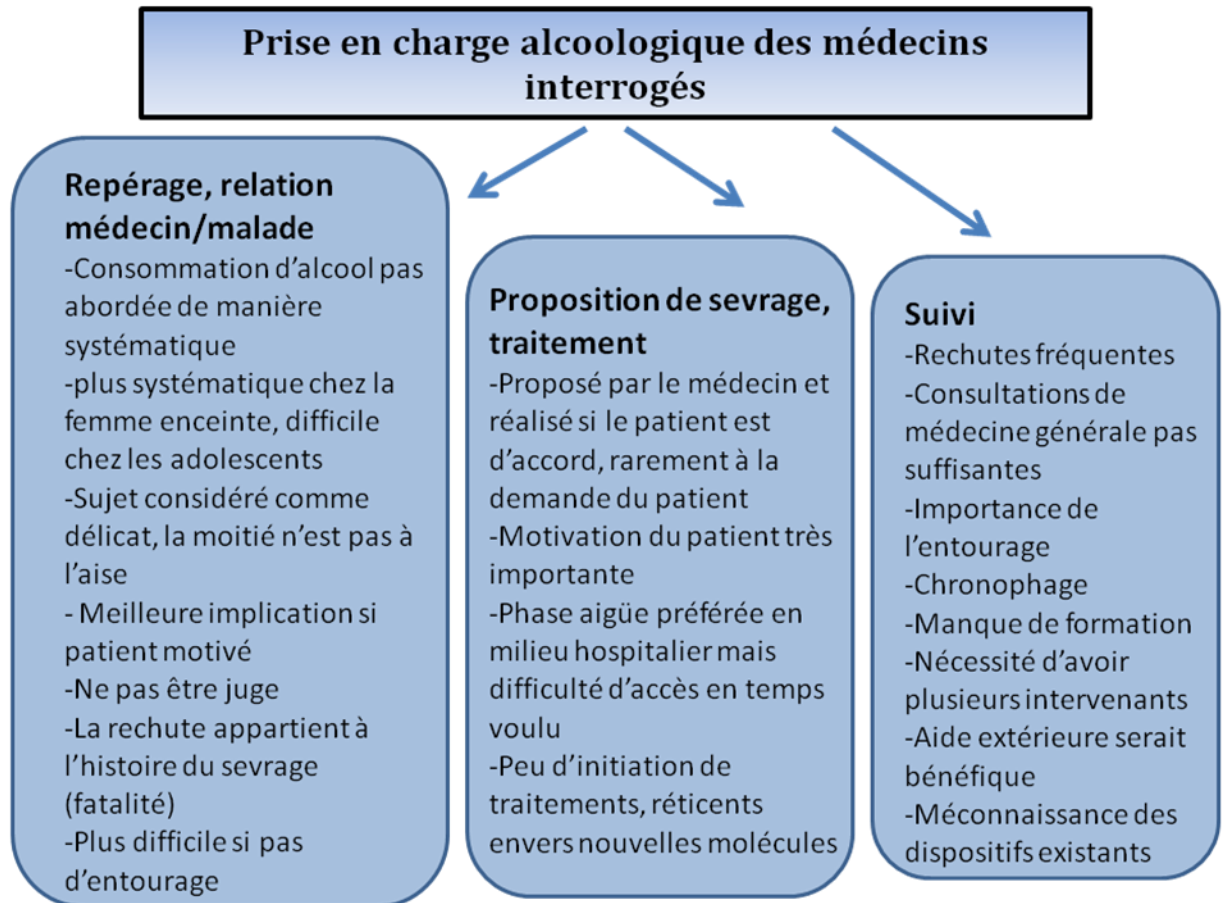


Tableau 2 : Prise en charge alcoologique des médecins interrogés

6. Freins à la prise en charge du sevrage alcoolique par le médecin généraliste

Ils sont présentés dans le tableau 3 ci-dessous :

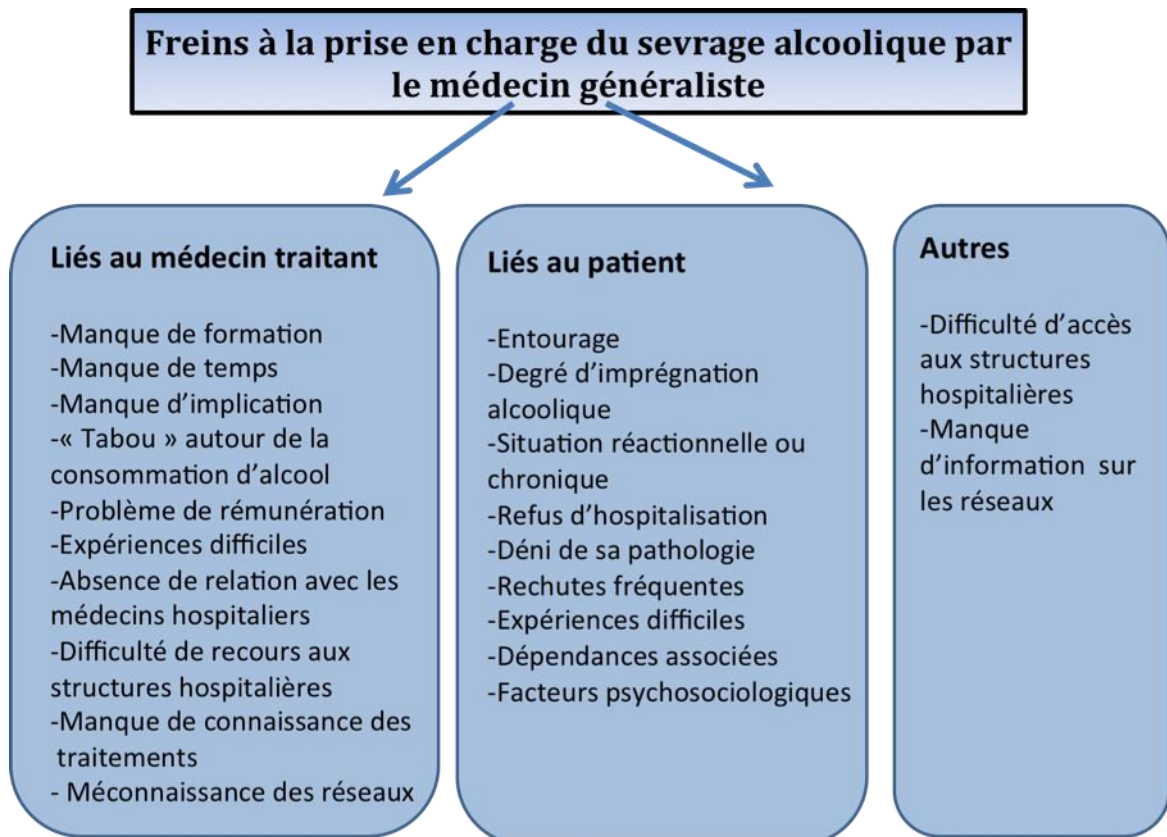


Tableau 3 : Freins à la prise en charge du sevrage alcoolique par le médecin généraliste

DISCUSSION

1. Limites de l'étude

1.1. L'échantillon

L'échantillon, bien que diversifié, est un échantillon restreint puisque constitué de 16 médecins généralistes. Celui-ci nous a quand même permis d'arriver à saturation des données, facteur essentiel à la validité de notre étude. (Cet échantillon est également composé majoritairement de médecins généralistes installés sur le pourtour de l'étang de Thau, ce qui n'est pas représentatif de l'ensemble des médecins généralistes de l'Hérault.)

1.2. Biais de recrutement

Il existe un biais de recrutement lié au fait que les médecins étaient préalablement contactés par téléphone afin de savoir s'ils souhaitaient participer à l'étude. Ceux qui acceptaient d'y participer étaient plus susceptibles d'être intéressés par ce type de prise en charge (les deux principales raisons avancées lors de refus de participation étaient le manque d'intérêt pour le sujet de l'étude et le manque de disponibilité).

1.3. Biais d'investigation

Les entretiens individuels semi-directifs ne permettent pas de vérifier l'authenticité du discours des personnes interrogées (réelle mise en pratique des discours). Toutefois nous partons du principe de la véracité de ceux-ci.

L'enquêtrice étant de la même profession que les enquêtés, cela a pu favoriser le dialogue mais également provoquer une certaine réticence à se confier totalement, par peur d'être jugé.

Lors du recueil des données et malgré la tentative de rester la plus neutre possible, la manière d'interroger de l'enquêtrice pouvait influencer le discours des personnes interrogées.

1.4. Biais d'interprétation

L'analyse a été effectuée par une seule et même enquêtrice. On note une absence de triangulation de l'analyse qui aurait renforcé la validité des résultats.

2. Discussion des résultats

2.1. Taux de réponse, durée des entretiens

Le taux de réponse des médecins généralistes à notre étude a été de 21 %.

Ce faible taux de réponse peut être expliqué par :

- l'augmentation de sollicitation des médecins généralistes pour répondre aux questionnaires des étudiants en thèse.

- un faible investissement des médecins généralistes dans la prise en charge du sevrage alcoolique et son suivi.

- le temps demandé par le questionnaire (en moyenne 16 minutes).

Une simplification du questionnaire avec une baisse du temps de réponse pourrait être envisagée afin d'améliorer le taux de réponse.

2.2. Description de la population de médecins généralistes

L'âge moyen était de 51 ans, ce qui est représentatif des médecins généralistes de l'Hérault puisque selon le conseil national des médecins, l'âge moyen était de 52 ans en 2013 (20).

L'échantillon était constitué seulement de 18.75 % de femmes, soit moins que dans la population de médecins généralistes de l'Hérault où l'on retrouve environ 46 % de femmes (20).

La grande majorité des médecins interrogés n'ont pas eu de formation spécifique en addictologie. Ceci pourrait être un axe de développement dans ce type de PEC. D'autant plus qu'il est recommandé que les professionnels de santé soient formés à ce type de prise en charge (17).

2.3. Prise en charge alcoologique des médecins interrogés

2.3.1. Le repérage

Les médecins généralistes sont en première ligne pour effectuer le repérage des patients avec un mésusage de l'alcool et ils occupent une place de choix dans la prévention des risques liés à l'alcool (21). Ils sont en contact avec 75 % de la population française chaque année et il existe une forte probabilité d'identifier un patient à risque puisqu'environ 18 % de ces patients sont vus en consultation au cours de l'année (22, 23).

Paille *et al* (24) ont envoyé une enquête par questionnaire à des médecins généralistes sur le suivi du patient alcoolo-dépendant. Elle a montré que 50 % interrogent systématiquement leur patient sur leur consommation d'alcool, 11 % les interrogent

souvent, 37 % uniquement en cas de problème repéré pouvant être en lien avec l'alcool et 9 % ne les interrogent jamais. Une autre enquête, réalisée par BOUIX *et al* (25) a montré que la moitié des médecins généralistes demandaient souvent la consommation d'alcool à leurs patients, et 35 % posaient parfois la question. La plupart des médecins parlaient d'alcool lorsqu'ils décelaient un problème somatique en rapport avec celui-ci. Seulement 10 % l'évoque en cas de problème psycho-social.

Par contre, dans notre étude la question de l'alcool est rarement abordée de manière systématique, malgré les différentes recommandations existantes (26). Elle est souvent abordée lors de l'existence de signes cliniques ou biologiques d'imprégnation à l'alcool. Une minorité n'aborde la question qu'à la demande du patient. Il est recommandé que le repérage se fasse bien avant la demande du patient et l'apparition de signes biologiques (21). Aucun des médecins de notre étude ne nous a parlé des différents questionnaires (AUDIT, FACE et CAGE/DETA par exemple) mis à leur disposition pour le repérage des différents usages de l'alcool. (Annexes 7, 8 et 9) Il se peut que la sous-utilisation de ces outils soit liée au temps qu'ils demandent et surtout à leur caractère trop systématisé. Il semblerait qu'il soit plus simple de les intégrer à la discussion que de les utiliser sous forme de questionnaire (21).

Une approche intéressante pour essayer de repérer les mésusages de l'alcool avant le retentissement clinico-biologique, serait d'intégrer la consommation déclarée d'alcool au sein d'un questionnaire plus global comme : « Suivez-vous un régime alimentaire particulier ? Faites vous du sport ? Est-ce que vous fumez ? Est-ce que vous consommez des boissons alcoolisées ? ». Bien que cela paraisse simple à intégrer lors de la première consultation avec un patient, cela semble plus difficile à intégrer à une consultation pour un motif précis d'un patient déjà connu. Pourtant le repérage d'un mésusage de l'alcool

doit être actualisé régulièrement car la consommation d'alcool est une donnée évolutive dans le temps (21).

Certains médecins de notre étude trouvaient la question délicate à aborder avec leur patient. Ce résultat concorde avec celui de l'étude Strand 3 où dans leur ensemble, les généralistes n'abordent ce sujet qu'avec beaucoup de réticence (27). En France le système libéral de soins primaires fait que le patient est le « client » du praticien et le fait d'aborder la question de l'alcool peut créer un conflit dans la relation médecin-patient. Dans notre étude, un médecin soulignait par ailleurs l'importance de ne pas être juge. Le sujet doit effectivement être abordé avec empathie et respect en évitant tout jugement ou moralisation (18), mais ne devrait pourtant pas être tabou. D'autant plus que 2 études montrent clairement que parler d'alcool avec le patient n'est pas préjudiciable à la relation médecin-patient, même en l'absence de signes évocateurs (28, 29).

Dans notre étude, en ce qui concerne les femmes enceintes et les adolescents, la question est abordée de manière plus systématique.

Chez les femmes enceintes, cela aboutit à un conseil minimal qui est « zéro alcool pendant la grossesse », conforme aux recommandations actuelles en l'absence de dose seuil de toxicité de l'alcool sur le fœtus connue (30). Ce type d'intervention brève est reconnu comme étant efficace pour favoriser l'abstinence (31). Toutefois dans notre étude, 2 médecins (12,5 %) déclarent que la consommation d'alcool pendant la grossesse ne leur semble pas si néfaste.

La prévention chez ce type de patients ne semble pas poser de difficulté majeure chez les médecins généralistes de l'Hérault.

Le repérage chez les adolescents est important, d'autant plus que leur consommation d'alcool est en augmentation avec notamment un type de consommation bien particulier qu'est le « binge-drinking ». Les adolescents n'ayant la plupart du temps que peu conscience des dangers à court et long terme de l'usage de l'alcool, le repérage apparaît important afin de pouvoir les informer des risques et de prévenir de manière précoce les complications. D'autant plus que les interventions brèves, ont montré leur efficacité sur leur consommation d'alcool (21, 32).

Notre étude montre que les médecins généralistes de l'Hérault ont conscience de ce problème puisque la question est abordée dans 75 % des cas, bien que le repérage soit perçu comme étant plus difficile que chez les autres types de patients. Parmi les difficultés avancées on retrouve la présence des parents lors des consultations, ce qui ne favoriserait pas la libre expression des adolescents. Toutefois il est important de faire une évaluation familiale rapide (21) et d'impliquer les parents, lorsque la situation le permet, dans la prévention de l'usage de l'alcool chez les adolescents (32).

2.3.2. La proposition de sevrage alcoolique par les médecins interrogés

Notre étude retrouve que la majorité des médecins interrogés proposent d'eux-mêmes un sevrage alcoolique si un problème est détecté. Ce qui est conforme aux recommandations de la SFA (33).

La proposition se fait la plupart du temps lorsque les signes cliniques sont repérés. Quelquefois elle a lieu au décours d'un bilan biologique. Un médecin interrogé le propose même en l'absence de signes cliniques ou biologiques mais lorsqu'un retentissement majeur social, familial ou professionnel en rapport avec la consommation d'alcool est repéré, ce qui permet une prise en charge précoce.

Toutefois, on note que certains médecins restent réticents à ce type de proposition et attendent toujours que la demande vienne du patient.

Il est effectivement important que le patient soit impliqué et motivé au sevrage, ce que plusieurs médecins de notre étude relèvent mais cela ne doit pas retarder la proposition du sevrage. Celui-ci peut être proposé devant tout mésusage repéré et il sera effectivement appliqué en fonction du stade motivationnel du patient (34, 35, Annexe 10). Le taux de succès et l'implication du médecin seront d'autant plus grands que le patient sera motivé.

2.3.3. Représentations des médecins interrogés vis-à-vis du sevrage

La moitié des médecins interrogés de notre étude ne se sent pas à l'aise avec ce type de suivi. Par contre, une étude du Comité Français d'Education pour la Santé (CFES) rapporte que 75 % des généralistes se sentent mal à l'aise pour poser des questions sur l'alcool (36). Dans notre étude, on constate que la plupart du temps ce malaise vient d'un manque de formation vis-à-vis de ce type de prise en charge. Il apparaît important de pouvoir proposer une formation aux médecins généralistes conformément aux recommandations de la SFA.

La relation médecin-malade est très importante dans ce type de prise en charge. Si le médecin est à l'aise avec le sevrage alcoolique et son suivi, le patient y adhérera plus facilement.

2.3.4. Vécus, expériences difficiles et prise en charge

Les médecins de notre étude semblent sensibilisés au fait que la rechute fait partie de l'histoire de la maladie d'alcool (18). Cela ne modifie pas leur prise en charge.

Toutefois, une minorité est démotivée par la fréquence de la rechute. Il pourrait être judicieux de rappeler via une formation qu'effectivement la rechute fait partie intégrante de ce type de prise en charge, qu'elle n'est pas forcément néfaste et peut constituer une étape avant la réussite du sevrage (18, 34, 35). Elle n'apparaîtrait plus comme un frein à la prise en charge.

2.3.5. Importance de l'entourage

La majorité des médecins de notre étude pense que l'entourage a un rôle important dans ce type de prise en charge, que ce soit d'ailleurs avec un effet positif ou négatif. L'entourage peut être aidant par le soutien qu'il apporte mais également néfaste en favorisant un mésusage par la banalisation de la consommation d'alcool ou *a contrario* en exerçant une trop forte pression (37).

Dans tous les cas il apparaît comme important d'impliquer l'entourage en l'informant sur le mésusage de l'alcool et en l'associant, avec l'accord du patient, à la discussion sur la prise en charge (objectifs et stratégies thérapeutiques) (21).

La difficulté est lorsqu'il n'y a pas d'entourage comme le soulignent quelques médecins interrogés lors de notre étude. La place des structures hospitalières, des réseaux, associations et multiplicité des acteurs apparaît importante surtout en cas de grand isolement. Egalement pour intégrer l'entourage dans la démarche de soins et favoriser une alliance thérapeutique, dont le patient reste le principal acteur et bénéficiaire (21).

Une évaluation de la situation sociale et familiale du patient est importante dans ce type de prise en charge, afin de repérer les patients les plus vulnérables en situation de

grand isolement. Egalement afin de différencier l'entourage aidant ou néfaste et ainsi d'adapter sa prise en charge. Le médecin généraliste par la proximité qu'il a avec ses patients, est bien placé pour ce type d'évaluation. Les médecins de notre étude semblent sensibilisés à la place de l'entourage.

2.3.6. Abstinence ou consommation contrôlée : l'avis des médecins

L'objectif principal du traitement d'un mésusage de l'alcool est l'amélioration de la qualité de vie des personnes (18).

Les objectifs de consommation ont été controversés pendant longtemps, surtout en ce qui concerne les patients dépendants de l'alcool (38, 39) pour lesquels l'abstinence a longtemps été considérée comme le seul objectif (17, 18, 40). Les recommandations les plus récentes (41, 42) proposent une consommation contrôlée d'alcool. En France, il est recommandé d'obtenir une consommation inférieure à l'usage à risque. Pour les personnes ayant une addiction dite sévère suivant le DSM V ou ayant une pathologie secondaire à la consommation excessive d'alcool, l'abstinence reste l'objectif.

Ce changement dans les recommandations permet une meilleure adhésion dans une démarche de soins des patients dépendants et qui ne sont pas encore prêts à l'abstinence.

Dans notre étude les avis sont divergents avec des proportions équivalentes : 1/3 prône absolument l'abstinence, 1/3 est en faveur de la consommation contrôlée et 1/3 adapte la proposition selon le profil du patient. La comparaison avec le tabac est souvent faite avec le même débat. Toute diminution de consommation d'alcool est susceptible

d'amener un bénéfice en terme de qualité de vie, de morbidité et de mortalité (41, 43). Elle est donc préférable au *statu-quo* (21).

Ceux qui sont en faveur de la consommation contrôlée d'alcool sont informés des nouvelles recommandations puisqu'ils évoquent « la vieille école » en ce qui concerne l'abstinence. Il ya également ceux pour qui cette proposition leur parait plus applicable, au vu de leur vécu.

Toutefois pour les médecins qui pensent encore que l'abstinence est indispensable dès le départ, une brève présentation de cette modification de recommandation et des bénéfices obtenus pour le patient serait utile. Cela éviterait, à certains de leurs patients, une non-adhésion à la démarche de soins.

2.3.7. Sevrage hospitalier ou ambulatoire

Il n'existe pas de différence significative d'efficacité entre un sevrage hospitalier et ambulatoire (44). Un sevrage ambulatoire doit être privilégié de part son moindre coût. Le sevrage ambulatoire a comme autre avantage une meilleure adhésion du patient comme le soulignent quelques médecins de notre étude.

Les indications au sevrage hospitalier sont réservées aux cas suivants : délirium tremens et crises comitiales ou antécédents, traitement chronique par benzodiazépines à forte dose, ainsi que dans certains cas particuliers (échecs de sevrages ambulatoires itératifs (45), comorbidités, facteurs socio-environnementaux, terrains particuliers : âge, grossesse).

Dans notre étude, 44 % des médecins appliquent ces recommandations et 56 % préfèrent une hospitalisation à la phase aigüe même en l'absence d'indication.

Un médecin indique que pour lui le sevrage hospitalier est préférable car il est le point de départ d'un changement d'habitudes du patient. Il permet de créer une fracture entre le patient, ses habitudes, son entourage. Cela peut être intéressant dans certains cas mais cette approche semble limiter l'adhésion de certains patients à entrer dans une démarche de soins.

Le sevrage hospitalier reste cependant difficile à obtenir rapidement en l'absence de relation personnelle avec les médecins hospitaliers. (Cela explique la différence de facilité d'accès entre le CH de Sète et le CHRU de Montpellier). Des réunions entre les médecins généralistes et les médecins hospitaliers pourraient être organisées afin de faciliter les échanges. Il existe probablement un problème d'organisation au sein des hôpitaux lié à un manque de place dans tous les services. Des lits spécifiques d'addictologie existent déjà mais semblent insuffisants. Les admissions directes semblent difficiles à obtenir comme le font remarquer les médecins de notre étude. D'où l'importance de pouvoir développer les sevrages ambulatoires lorsqu'ils sont possibles. Si des médecins sont réticents à ce type de prise en charge, il apparaît important qu'ils puissent être soutenus. Les réseaux peuvent ici trouver leur place afin de faciliter l'adhésion de ces médecins au sevrage ambulatoire.

2.3.8. Thérapeutiques médicamenteuses utilisées

Environ 1/3 des médecins ne veulent pas initier de traitement et poursuivent simplement celui prescrit lors du sevrage hospitalier.

Parmi ceux qui en prescrivent, on retrouve le schéma classique à la phase aiguë du sevrage pour éviter ses complications. (benzodiazépines, vitaminothérapie, hyperhydratation).

Le traitement de première intention dans la prévention de la rechute reste l'acamprosate et la naltrexone (ces 2 médicaments ont obtenu une AMM dans l'aide au maintien de l'abstinence). Dans notre étude, l'acamprosate est le plus utilisé, la naltrexone n'a été citée qu'une seule fois. Une meilleure information sur les caractéristiques de ces médicaments pourrait en améliorer leur usage.

En ce qui concerne les nouvelles thérapeutiques, les médecins restent réticents quant à leur utilisation. Aucun n'utilise le nalméfène bien qu'il ait obtenu l'AMM dans l'indication de la réduction de consommation d'alcool. Les principales raisons évoquées sont une difficulté d'utilisation (décroissance de la consommation d'alcool) et le peu de recul sur ce type de molécule.

Par contre le baclofène, bien qu'il n'ait pas obtenu l'AMM dans la diminution de consommation d'alcool et qu'il soit encadré par une recommandation temporaire d'utilisation depuis mars 2014 avec déclaration et suivi en ligne des patients, est prescrit par 25 % des médecins interrogés.

Cette différence entre baclofène et nalméfène pourrait s'expliquer par une différence d'ancienneté de ces molécules. Ainsi le baclofène, plus ancien et mieux connu est de ce fait plus prescrit. Une autre hypothèse est que le baclofène a bénéficié d'une médiatisation importante (télévision, journaux).

Un médecin initie un traitement antidépresseur lorsqu'une symptomatologie dépressive est retrouvée. Il est recommandé d'attendre entre 2 et 4 semaines de sevrage avant d'entreprendre une telle thérapeutique. La plupart des symptomatologies dépressives régressant spontanément durant cette période (17). Toutefois, le délai peut être remis en cause devant une symptomatologie marquée.

2.3.9. Suivi des patients : difficultés et valorisation financière de la consultation

La majorité des médecins de notre étude pense que les consultations de médecine générale ne sont pas suffisantes pour ce type de prise en charge. et soulignent comme difficultés : le manque de temps, la lourdeur des charges administratives, la nécessité de faire intervenir d'autres acteurs et un manque de formation.

Au-delà d'un manque de temps, c'est plus la valorisation de la consultation qui semble poser problème. La tarification à l'acte ne tient pas compte de la durée de ce type de consultation. La rémunération est la même pour une rhinopharyngite banale et une consultation plus longue d'addictologie. Une possibilité serait de revoir la tarification à la hausse en incluant un complément au tarif de consultation simple, comme cela existe déjà notamment pour les consultations pour les nourrissons/enfants. Mais cela pourrait constituer un frein pour le patient qui se sentirait mis en marge des autres patients.

La multiplicité des acteurs dans ce type de prise en charge est également importante. Elle apparaît comme facteur limitant à une prise en charge par les médecins généralistes. Il serait souhaitable de pouvoir regrouper les différents acteurs de cette prise en charge (addictologue, psychologue/psychiatre, assistante sociale, groupes de paroles/d'entraide ...) au sein d'une même structure, facilitant la prise en charge initiale du médecin généraliste. Après repérage du problème et adhésion du patient dans une démarche de soins, le médecin généraliste pourrait adresser son patient à une structure regroupant ces différents acteurs sans avoir à les contacter par lui-même (gain de temps), mais tout en restant acteur et avec une prise en charge plus globale. Les réseaux d'addictologie, regroupant différents acteurs, trouvent ici leur place.

2.3.10. Place des aides extérieures

La majorité des médecins de notre étude est favorable à une aide extérieure dans ce type de prise en charge. Ils se sentent la plupart du temps isolés et démunis face à leur patient, d'autant plus qu'il est difficile d'avoir accès aux structures hospitalières en temps voulu. La possibilité d'être épaulé dans ce type de prise en charge apparaît comme importante. Elle nécessite une approche globale et l'intérêt des réseaux est le regroupement de différents acteurs avec une approche multidisciplinaire (sociale, psychologique, somatique) (18).

Certains d'entre eux sont réticents à l'utilisation d'une aide extérieure ou de ces réseaux car ils pensent qu'ils ne sont pas plus efficaces qu'une prise en charge exclusive en service d'addictologie. Il n'y a pas d'étude claire démontrant la supériorité de l'une ou l'autre de ces deux prises en charge. D'autres sont réticents car ils ne trouvent plus leur place lorsque les patients sont pris en charge par ces réseaux.

La moitié des médecins de notre étude n'avait pas connaissance de l'existence de réseaux en matière de prise en charge de la maladie alcoolique. Pourtant ils seraient prêts à les utiliser s'ils les connaissaient. Il y a un manque d'information autour de ces réseaux, recommandés à l'heure actuelle (17, 18, 21). Une information de leur existence auprès des praticiens apparaît indispensable.

CONCLUSION

Les médecins généralistes sont en première ligne pour le repérage des mésusages de l'alcool. Ils entretiennent une relation privilégiée avec leurs patients leur permettant d'aborder la question, même si trop souvent elle est abordée tardivement.

La pratique des médecins généralistes de l'Hérault semble assez proche des recommandations actuelles en terme de repérage et de prise en charge de la maladie alcoolique. Les principaux freins à cette prise en charge sont liés à un manque de formation, un manque de temps ou une rémunération insuffisante, une difficulté d'accès aux autres acteurs de cette prise en charge et une méconnaissance des réseaux disponibles en matière d'alcool.

Quelques points pourraient facilement être améliorés. Le développement de courtes formations continues ainsi qu'une meilleure information en ce qui concerne les réseaux disponibles semblent nécessaires. On pourrait envisager de regrouper ces deux points sous forme d'invitation de médecins généralistes à de courtes formations dans lesquelles seraient présents les acteurs des réseaux et au cours desquelles une distribution de prospectus clairs, permettrait une diffusion d'information sur leur existence. La création d'une jaquette par le conseil départemental sur les réseaux disponibles avec leurs coordonnées et sa distribution aux médecins généralistes pourrait également être envisagée.

L'utilisation des réseaux ne résoudra pas à elle seule la problématique du sevrage alcoolique et de son suivi qui est extrêmement complexe. Toutefois elle apparaît comme une aide extérieure intéressante pour les médecins généralistes devant la difficulté

grandissante d'accès aux structures hospitalières, le besoin des médecins généralistes de se sentir moins isolés dans ce type de prise en charge et l'approche globale qu'elle amène. De plus, la plupart des médecins généralistes semblent prêts à les utiliser.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. ROQUES B. La dangerosité des drogues. Paris : La Documentation française-Odile Jacob, 1999 : 316 p.
2. SOCIETE FRANÇAISE D'ALCOOLOGIE. Les mésusages d'alcool en dehors de la dépendance. Usage à risque, usage nocif. Recommandations de la SFA 2003. *Alcoologie et Addictologie*. 2003 ; 25 (4S) : 1S-92S.
3. LEGLEYE S, BECK F. Alcool : une baisse sensible des niveaux de consommation. *Baromètre INPES*, 2005 : 113-154.
4. OBSERVATOIRE FRANÇAIS DES DROGUES ET DES TOXICOMANIES .Les niveaux d'usage des drogues en France en 2015, *Tendances*, n°99, 2015, 8 p.
5. BECK F., RICHARD J.-B., GUIGNARD R., LE NEZET O. ET SPILKA S., Les niveaux d'usage des drogues en France en 2014, exploitation des données du Baromètre santé 2014, *Tendances*, n°99, 2015, 8 p.
6. SPILKA S., LE NEZET O., NGANTCHA M. ET BECK F., Les drogues à 17 ans : Analyse de l'enquête ESCAPAD 2014. *Tendances*, n°100, 2015, 8 p.
7. BECK F., LEGLEYE S., SPILKA S., LE NEZET O. Atlas régional des consommations d'alcool 2005, *Données INPES/OFD*.
8. COHIDON C., Prévalence des troubles de santé mentale et conséquence sur l'activité professionnelle en France dans l'enquête « Santé mentale en population générale : images et réalité», *InVS*, Collection "Santé et travail", 2007, 6 p.
9. GUÉRIN S, LAPLANCHE A, DUNANT A, HILL C. Alcohol-attributable mortality in France. *Eur J Public Health*. 2013 Aug ; 23 (4) : 588-93.
10. INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER (IARC), *Attributable causes of cancer in France in the year 2000*. Lyon, IARC, 2007, 172 p.
11. JACOBUS J, TAPERT SF. Neurotoxic effects oh alcohol in adolescence. *Annu Rev Clin Psychol*. 2013 ; 9 : 703-21.
12. RHODE P, LEWINSOHN PM, KAHLER CW, SEELEY JR, BROWN RA. Natural course of alcohol use disorders from adolescence to young adult-hood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001 Jan ; 40 (1) : 83-90.

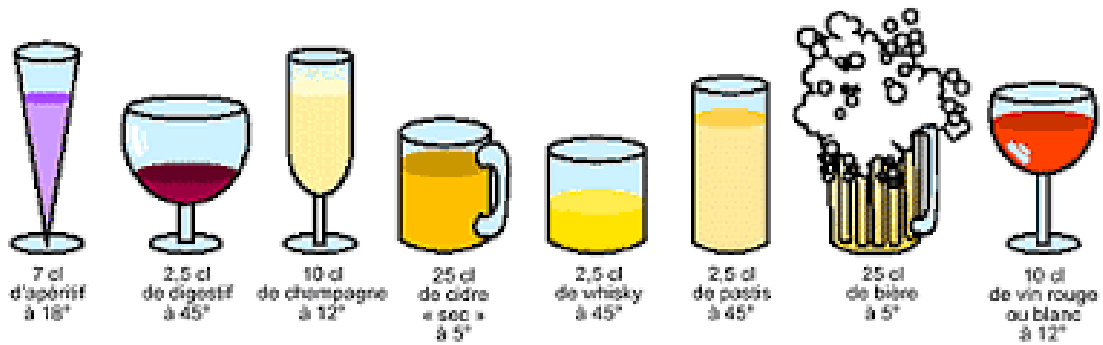
13. NORDMANN R., « Consommation d'alcool, de tabac ou de cannabis au cours de la grossesse », In Bulletin de l'Académie nationale de médecine, 2004, 188, p. 519-521.
14. PEREZ-DIAZ C., Alcool et délinquance. Tendances, n°9, 2000, 4 p.
15. RIZK C., L'emprise de l'alcool ou de la drogue sur les auteurs d'actes de violences, de menaces ou d'injures décrits par les personnes s'étant déclarées victimes lors des enquêtes « Cadre de vie et sécurité » de 2009 à 2012. Repères, n°19, 2012, 27 p.
16. GUIGNARD R., BECK F. ET OBRADOVIC I., Prise en charge des addictions par les médecins généralistes, dans Gautier A. (dir.), Baromètre santé médecins généralistes 2009. Saint-Denis, INPES, 2011, p. 177-201.
17. SOCIETE FRANÇAISE D'ALCOOLOGIE. Objectifs, indications et modalités du sevrage du patient alcoolodépendant. Conférence de consensus 1999. Alcoologie et Addictologie. 1999 ; 21 (2S) : 1S-220S.
18. SOCIETE FRANÇAISE D'ALCOOLOGIE. Modalités de l'accompagnement du sujet alcoolodépendant après un sevrage. Conférence de consensus 2001. Alcoologie et Addictologie. 2001 ; 23 (2) : 109-388.
19. BREUIL-GENIER P, GOFFETTE C. La durée des séances des médecins généralistes. Drees, Etudes et résultats 2006; 481.
20. LE BRETON-LEROUVILLOIS G. La démographie médicale en région languedoc-roussillon. CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS. Paris, 2013. 64.
21. SOCIETE FRANÇAISE D'ALCOOLOGIE. Mésusage de l'alcool dépistage, diagnostic et traitement. Recommandation de bonne pratique. Alcoologie et Addictologie. 2015 ; 37 (1) : 5-84.
22. BATEL P. Repérage des consommateurs excessifs en médecine générale. THS La Revue 1999 ; 1(3) : 50-55.
23. REYNAUD M, PARQUET P. Les personnes en difficulté avec l'alcool. CFES, Paris 1999.
24. PAILLE F, BOUIX JC, DESOBRY P *et al.* Le suivi du patient alcoolique en médecine générale. Une enquête nationale auprès de 2 231 généralistes. Rev Prat MG 1998 ; 440 : 31-7.
25. BOUIX JC *et al.* Parler d'alcool reste un sujet tabou. La Revue du praticien 2002 ; 16 : 1488-92.

26. ANDERSON P., GUAL A., COLOM J., INCa (trad.) Alcool et médecine générale. Recommandations cliniques pour le repérage précoce et les interventions brèves. Paris, 2008 ; 141 p.
27. CHAMBONET JY, AIRIAU G, PERON V, SENAND R. Boire moins : les généralistes peuvent-ils intervenir de manière précoce ? Rev Prat Med Gen 2000, 14 : 1000-1006.
28. HUAS D *et al.* Suivi et assiduité à un an des malades de l'alcool en médecine générale. Rev Prat MG 1996 ; 352 : 20-3.
29. MOULA H, CABROL H, RUEFF B. Place du médecin généraliste auprès des « malades de l'alcool ». Premier suivi à 5 ans des 158 patients consultant en médecine générale. Conc Med 1997 ; 119 : 1854-7.
30. NICLASSEN J. Drinking or not drinking in pregnancy : the multiplicity of confounding influences. Alcohol Alcohol. 2014 Jun ; 49 (3) : 349-55.
31. NILSEN P. Brief alcohol intervention to prevent drinking during pregnancy : an overview of research findings. Curr Opin Obstet Gynecol. 2009 ; 21 (6) : 496-500.
32. GUERRA J. Revue et analyse de la littérature relative à l'impact chiffré des politiques de réduction de consommation d'alcool - Rapport final. Public Health Expertise. 2013 ; 1-86.
33. SOCIETE FRANÇAISE D'ALCOOLOGIE, Référentiel de bonnes pratiques cliniques : sevrage simple en alcool. Evaluation des Pratiques Professionnelles en Alcoologie. 2006 déc ; 1-4.
34. PROCHASKA JO, DICLEMENTE CC. Stages of change in the modification of problem behaviors. Prog Behav Modif. 1992; 28: 183-218.
35. DICLEMENTE CC, BELLINO LE, NEAVINS TM. Motivation for change and alcoholism treatment. Alcohol Res Health. 1999; 23(2):86-92.
36. ARENES J, GUILBERT P, BAUDIER F. Baromètre Santé Médecins généralistes 98/99. Paris : CFES, 2000 : 218 p.
37. NURNBERGER JI, WIEGAND R, BUCHOLZ K, O'CONNOR S, MEYER ET, REICH T, *et al.* A family study of alcohol dependence : coaggregation of multiple disorders in relatives of alcohol-dependent probands. Arch Gen Psychiatry. 2004 Dec ; 61 (12) : 1246-56.
38. SOBELL MB, SOBELL LC. Controlled drinking after 25 years : how important was the great debate ? Addiction. 1995 Sep ; 90 (9) : 1149-53 ; discussion : 1157-17.
39. AUBIN HJ. L'abstinence à tout prix ? Alcoologie et Addictologie. 2000 ; 4 : 279-80.

40. LUQUIENS A, REYNAUD M, AUBIN HJ. Is controlled drinking an acceptable goal in the treatment of alcohol dependence ? A survey of French alcohol specialists. *Alcohol Alcohol*. 2011 Oct ; 46 (5) : 586-91.
41. EUROPEAN MEDICINES AGENCY. Guideline on the development of medicinal products for the treatment of alcohol dependence. London : European Medicines Agency; 2010 : 17.
42. REHM J, REHM M, ALHO H, ALLAMANI A, AUBIN HJ, BÜHRINGER G *et al*. Alcohol dependence treatment in the EU : a literature search and expert consultation about the availability and use of guidelines in all EU countries plus Iceland, Norway, and Switzerland. *Int J Alcohol Drug Res*. 2013 Mar ; 2 (2) : 53-67.
43. REHM J, ROERECKE M. Reduction of drinking in problem drinkers and all-cause mortality. *Alcohol Alcohol*. 2013 Aug ; 48 (4) : 509-13.
44. NATIONAL COLLABORATING CENTRE FOR MENTAL HEALTH. Alcohol-use disorders : diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence [Internet]. Leicester : British Psychological Society ; 2011 [cited 2014 Sep 28]. [http : //www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK65487/](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK65487/).
45. HAUTE AUTORITE EN SANTE. Modalités de prise de décision concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement d'une personne présentant des troubles mentaux. Recommandations pour la pratique clinique. Paris : HAS ; 2005.

ANNEXE 1

Verres standards, équivalence de conditionnement



= 1 verre standard = 10 g d'alcool = 1 unité d'alcool

Nombre de verres standard par bouteille



ANNEXE 2 :

Critères d'utilisation nocive pour la santé d'une substance selon la CIM-10 :

1. Preuves manifestes que l'utilisation d'une substance psychoactive a entraîné (ou a contribué de façon significative) à la survenue de troubles psychologiques ou physiques, y-compris une altération du jugement ou des troubles du comportement, pouvant être à l'origine d'une incapacité ou d'une altération des relations interpersonnelles .
2. La nature des conséquences nocives doit être clairement identifiée (et précisée).
3. Utilisation continue de substances psychoactives pendant au moins un mois ou de façon répétée au cours des douze derniers mois.
4. Le trouble ne répond pas aux critères d'un autre trouble mental ou d'un autre trouble du comportement, lié à la même substance pendant la même période (à l'exception d'une intoxication aiguë).

Critères de l'alcoolodépendance selon la CIM 10 :

Au moins trois des manifestations suivantes ont persisté conjointement pendant au moins un mois, ou, quand elles ont persisté pendant moins d'un mois, sont survenues ensemble de façon répétée au cours d'une période de douze mois :

1. Désir puissant ou compulsif d'utiliser une substance psychoactive (l'alcool).
2. Altération de la capacité à contrôler l'utilisation de la substance, caractérisée par des difficultés à s'abstenir initialement d'une substance, à interrompre sa consommation ou à contrôler son utilisation, comme en témoigne le fait que la substance est souvent prise en quantité supérieure ou sur un laps de temps plus long que ce que le sujet avait envisagé, ou par un ou plusieurs efforts infructueux pour réduire ou contrôler son utilisation.
3. Survenue d'un syndrome de sevrage physiologique quand le sujet réduit ou arrête l'utilisation de la substance comme en témoigne la présence de symptômes de sevrage caractéristiques de la substance (ou d'une substance similaire) dans le but de diminuer ou d'éviter les symptômes de sevrage.
4. Mise en évidence d'une tolérance aux effets de la substance, caractérisée par un besoin de quantités nettement majorées pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré, ou un effet nettement diminué en cas d'usage continu de la même dose.
5. Poursuite de la consommation de la substance psychoactive malgré la présence manifeste de conséquences nocives, comme en témoigne la poursuite de la consommation malgré le fait que le sujet est effectivement conscient de la nature et de la gravité des effets nocifs, ou qu'il devrait l'être.

ANNEXE 3

Critères d'abus d'une substance par le DSM IV

Mode d'utilisation inadéquat d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative caractérisée par la présence d'au moins une des manifestations suivantes au cours d'une période de 12 mois :

- Utilisation répétée d'une substance conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures au travail, à l'école ou à la maison.
- Utilisation répétée d'une substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux (conduite automobile / maniement de machine).
- Problèmes judiciaires récurrents liés à l'utilisation d'une substance (arrestation pour comportement anormal).
- Utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance.

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

ANNEXE 4

Critères de dépendance selon le DSM-IV :

La dépendance est un mode inapproprié d'utilisation d'une substance, entraînant une détresse ou un dysfonctionnement cliniquement significatif, comme en témoignent trois (ou plus) des manifestations suivantes, survenant à n'importe quel moment sur la même période de 12 mois :

- Existence d'une tolérance, définie par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
 - Besoin de quantités nettement majorées de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré.
 - Effet nettement diminué en cas d'usage continu de la même quantité de substance.
- Existence d'un syndrome de sevrage, comme en témoigne l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
 - Syndrome de sevrage caractéristique de la substance.
 - La même substance (ou une substance apparentée) est prise dans le but de soulager ou d'éviter les symptômes de sevrage.
- La substance est souvent prise en quantité supérieure ou sur un laps de temps plus long que prévu.
- Un désir persistant ou des efforts infructueux sont faits pour réduire ou contrôler l'utilisation de la substance.
- Un temps considérable passé à faire le nécessaire pour se procurer la substance, la consommer ou récupérer de ses effets.
- D'importantes activités sociales, occupationnelles ou de loisirs sont abandonnées ou réduites en raison de l'utilisation de la substance.
- L'utilisation de la substance est poursuivie malgré l'existence d'un problème physique ou psychologique persistant ou récurrent déterminé ou exacerbé par la substance.

La dépendance peut être avec dépendance physique (signes de tolérance et/ou de sevrage présents) ou non.

ANNEXE 5

Critères du trouble lié à l'usage de l'alcool selon le DSM-V :

Le DSM-V combine en un seul diagnostic de « trouble de l'utilisation de substance » les diagnostics d'abus de substance et de dépendance à une substance du DSM-IV.

Les critères diagnostiques du trouble lié à l'usage de l'alcool sont presque identiques à ceux de l'abus de substance et de dépendance du DSM-IV combinés en une seule liste, à deux exceptions près :

- Retrait du critère de problèmes judiciaires récurrents pour l'abus de substance.
- Apparition d'un nouveau critère : le craving (fort désir ou besoin d'utiliser la substance)

Une liste avec 11 critères sert à poser le diagnostic (seulement 2 items positifs sur 11). On retrouve différents niveaux de sévérité selon le score obtenu (addiction légère : 2-3 critères/11, modérée : 4-5 critères/11, sévère : ≥ 6 critères/11).

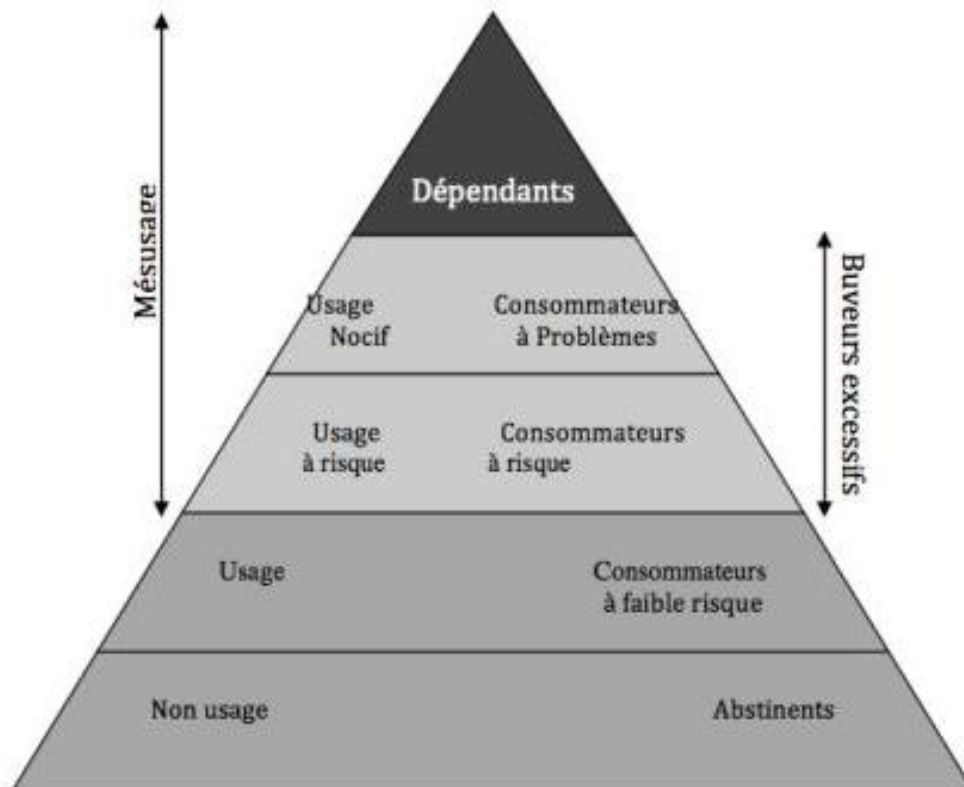
Liste des critères :

1. Incapacité à remplir ses obligations.
2. Usage dans des situations à risque
3. Problèmes sociaux ou interpersonnels liés aux substances
4. Tolérance
5. Sevrage
6. Désir permanent ou infructueux pour diminuer ou contrôler l'utilisation de substances
7. Usage plus important ou sur une période de temps plus longue que prévu
8. Négligence des activités importantes au profit de la substance
9. Importance du temps consacré à l'usage des substances
10. Problèmes psychologiques ou physiques liés à l'usage de substances
11. Craving.

C'est une approche plus dimensionnelle avec disparition des catégories d'abus et de dépendance au profit d'un continuum de niveaux de sévérité, se rapprochant plus de la réalité clinique.

ANNEXE 6

Pyramide de Skinner (modifiée par Michaud, Batel et Saunders)



Skinner. Spectrum of drinkers and intervention opportunities. CMAJ. 1990 ; 143(10) : 1054-9.

ANNEXE 7

Questionnaire AUDIT

1. Quelle est la fréquence de votre consommation d'alcool ?

- Jamais - 0 point
- 1 fois/mois ou moins - 1 point
- 2 à 4 fois/mois - 2 points
- 2 à 3 fois par semaine - 3 points
- 4 fois/semaine - 4 points

2. Combien de verres contenant de l'alcool consommez-vous un jour typique où vous buvez ?

- 1 ou 2 - 0 point
- 3 ou 4 - 1 point
- 5 ou 6 - 2 points
- 7 à 9 - 3 points
- 10 ou plus - 4 points

3. Avec quelle fréquence buvez-vous six verres ou davantage lors d'une occasion particulière ?

- Jamais - 0 point
- Moins d'une fois par mois - 1 point
- Une fois par mois - 2 points
- Une fois par semaine - 3 points
- Chaque jour ou presque - 4 points

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

- Jamais - 0 point
- Moins d'une fois par mois - 1 point
- Une fois par mois - 2 points
- Une fois par semaine - 3 points

- Chaque jour ou presque - 4 points

5. Au cours de l'année écoulée, combien de fois votre consommation d'alcool vous a-t-elle empêché de faire ce qui était normalement attendu de vous ?

- Jamais - 0 point
- Moins d'une fois par mois - 1 point
- Une fois par mois - 2 points
- Une fois par semaine - 3 points
- Chaque jour ou presque - 4 points

6. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu besoin d'un premier verre pour pouvoir démarrer après avoir beaucoup bu la veille ?

- Jamais - 0 point
- Moins d'une fois par mois - 1 point
- Une fois par mois - 2 points
- Une fois par semaine - 3 points
- Chaque jour ou presque - 4 points

7. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou des remords après avoir bu ?

- Jamais - 0 point
- Moins d'une fois par mois - 1 point
- Une fois par mois - 2 points
- Une fois par semaine - 3 points
- Chaque jour ou presque - 4 points

8. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous été incapable de vous rappeler ce qui s'était passé la soirée précédente parce que vous aviez bu ?

- Jamais - 0 point
- Moins d'une fois par mois - 1 point

- Une fois par mois - 2 points
- Une fois par semaine - 3 points
- Chaque jour ou presque - 4 points

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

- Non - 0 point
- Oui, mais pas dans les 12 derniers mois - 2 points
- Oui, au cours des 12 derniers mois - 4 points

10. Un parent, un ami, un médecin ou un autre soignant s'est-il inquiété de votre consommation d'alcool ou a-t-il suggéré que vous la réduisiez ?

- Non - 0 point
- Oui, mais pas dans les 12 derniers mois - 2 points
- Oui, au cours des 12 derniers mois - 4 points

Analyse du score

- score inférieur ou égal à 6 (chez l'homme) ou inférieur ou égal à 5 (chez la femme) : non consommation ou une consommation non problématique.
- score supérieur ou égal à 7 (chez l'homme) ou supérieur ou égal à 6 (chez la femme) : consommation d'alcool à risque pour la santé.
- score supérieur ou égal à 13 : alcoolisme dépendance.

ANNEXE 8

Questionnaire FACE

1. **A quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?**
 - Jamais - 0 point
 - Une fois par mois ou moins - 1 point
 - Deux à quatre fois par mois - 2 points
 - Deux à trois fois par semaine - 3 points
 - Quatre fois ou plus par semaine - 4 points

2. **Combien de verres standards buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?**
 - Un ou deux - 0 point
 - Trois ou quatre - 1 point
 - Cinq ou six - 2 points
 - Sept à neuf - 3 points
 - Dix ou plus - 4 points

3. **Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation d'alcool ?**
 - Non - 0 point
 - Oui - 4 points

4. **Avez-vous déjà eu besoin d'alcool le matin pour vous sentir en forme ?**
 - Non - 0 point
 - Oui - 4 points

5. **Vous arrive-t-il de boire et de ne plus vous souvenir ensuite de ce que vous avez pu dire ou faire ?**
 - Non - 0 point
 - Oui - 4 points

INTERPRETATION :

- Pour les femmes, un score ≥ 4 indique une consommation dangereuse.
- Pour les hommes, un score ≥ 5 indique une consommation dangereuse.
- Un score ≥ 9 est, dans les deux sexes, en faveur d'une dépendance.

ANNEXE 9

Questionnaire DETA/CAGE

- Avez-vous déjà ressenti le besoin de **D**iminuer votre consommation d'alcool ?
- Votre **E**ntourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ?
- Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez **T**rop ?
- Avez-vous déjà eu besoin d'**A**lcool le matin pour vous sentir en forme ?

INTERPRETATION :

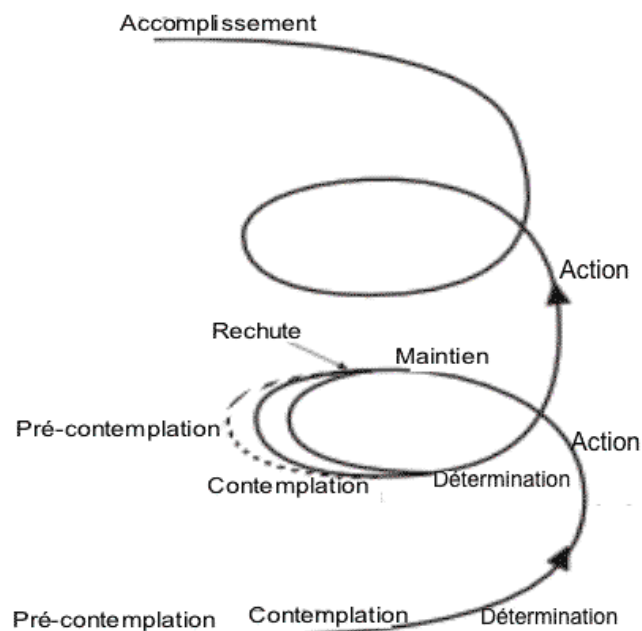
Deux réponses positives (ou plus) sont en faveur d'un mésusage de l'alcool. (abus ou dépendance)

ANNEXE 10

L'entretien motivationnel : approche semi-directive centrée sur le patient, utilisée pour augmenter la motivation intrinsèque à changer en explorant et en résolvant l'ambivalence.

Cet entretien va permettre de repérer le stade du patient, le mettre en face de ses propres contradictions, lui faire prendre conscience de sa situation, l'amener à peser les avantages et les inconvénients du maintien ou changement de son comportement.

Le modèle transthéorique des étapes du changement de Prochaska et Di Clemente



- **Le stade de pré-contemplation** correspond à un sujet qui n'envisage pas de changement de comportement, soit par déni, soit par manque d'information et/ou inexactitude des informations reçues.
- **Le stade de contemplation** correspond à un sujet conscient de l'existence d'un problème et qui pense sérieusement à le régler mais qui n'a pas encore décidé d'agir. C'est à ce stade que commence à se manifester l'ambivalence.
- **Le stade de détermination** correspond à un sujet qui envisage une action dans un futur proche (dans les 6 mois) et/ou a tenté une action sans succès dans l'année passée. Il se prépare à l'action, détermine des décisions et commence à les mettre en place dans le temps.

- **Le stade d'action** correspond à un sujet qui modifie activement son comportement, ou environnement afin de vaincre son problème. Le sujet est au stade d'action s'il a changé avec succès son comportement sur une période d'un jour à six mois. Les difficultés sont importantes à ce stade.
- **La phase de maintien** correspond à un sujet qui s'efforce de prévenir une rechute et ainsi de consolider les gains obtenus durant l'action. S'engager de façon continue dans un nouveau comportement durant plus de six mois correspond au stade de maintien. Il convient de rester prudent car les tentations sont nombreuses de retourner au comportement problématique. Pour certains, cette phase dure toute la vie et correspond alors à la **phase d'accomplissement**.
- En cas de **rechute**, le patient repasse soit par la phase de détermination ou de contemplation et exceptionnellement par la phase de pré- contemplation. Elle fait partie du processus normal de changement. Ce n'est pas une manifestation pathologique mais un temps qui peut être nécessaire à la réussite finale du processus. Au fur et à mesure des tentatives de sevrage, les chances de réussite augmentent.
- **La phase d'accomplissement** correspond à la réussite finale du processus dans lequel la personne consolide le stade de maintien.

ANNEXE 11

Questionnaire de notre étude

FACTEURS LIES AU MEDECIN :

1. Sexe
2. Age
3. Type d'exercice : urbain, rural, semi-rural
4. Nombre de consultations par jour : < 10, de 10 à <20, de 20 à < 30, ≥ 30
5. Ancienneté d'installation au cabinet : < 15 ans, de 15 à < 35 ans, ≥ 35 ans
6. Avez-vous déjà eu une formation spécifique en addictologie ? (DU FMC, ...)
7. Proportion/pourcentage de patients suivis pour un sevrage alcoolique ?
8. Quels mots vous évoque le thème « suivi du patient dépendant à l'alcool après le sevrage ? »

PROFIL DES PATIENTS :

9. Comment abordez-vous la question de la consommation d'alcool ?

De manière systématique, selon le patient et son profil (homme/femme, classe socio-économique, âge, signes cliniques d'imprégnation alcoolique, suite à un bilan biologique...), à sa demande, ...

10. Comment abordez-vous la question avec les femmes enceintes ?
11. Avec les adolescents ?
12. Quand proposez-vous un sevrage en alcool ?
13. Pensez-vous que l'entourage du patient puisse influencer la prise en charge d'un sevrage alcoolique ?

MODALITES DU SEVRAGE :

14. Quel type de sevrage proposez-vous ? *Ambulatoire ou Hospitalier ?*
15. Quels types de médicaments utilisez-vous ?
(BZD, baclofène, effet antabuse disulfiram, diminution appétence acamprosate naltrexone, nalméfène, baclofène...)
16. Etes-vous plutôt pour l'abstinence ou la consommation contrôlée d'alcool ?
17. Pensez-vous que des consultations de médecine générale soient suffisantes pour le suivi d'un patient pendant et après le sevrage alcoolique ?
18. Pensez-vous que les connaissances que vous avez en matière de suivi de sevrage alcoolique sont plutôt liées à votre pratique ou à votre formation théorique ?

PLACE DE LA RELATION MEDECIN/PATIENT AU SEIN DU SEVRAGE ALCOOLIQUE :

19. Vous sentez vous à l'aise face au sevrage alcoolique et son suivi ?
20. Pensez-vous avoir le temps nécessaire à consacrer à ce type de consultation ?
21. Avez-vous eu des expériences difficiles qui modifient votre prise en charge ?
22. Comment vivez-vous la rechute ou l'arrêt de suivi de certains patients ?

23. Est-ce que le fait de savoir que la rechute est fréquente modifie votre implication dans la prise en charge ?

PLACE DES AIDES EXTERIEURES :

24. Pensez-vous qu'une aide extérieure pourrait être bénéfique à ce type de suivi, tout en restant « le chef d'orchestre » ?

25. Quels types d'aides extérieures vous viennent à l'esprit ?

26. Pensez vous qu'il est simple d'avoir recours aux structures d'addictologie hospitalière ?

27. Avez-vous connaissance de l'existence de réseaux en matière de suivi du sevrage alcoolique ?

- Si oui,

○ Lesquels ?

○ Comment les avez-vous connus ?

○ Les utilisez-vous ?

▪ Si oui,

• Quels retours avez-vous des patients ?

• Les conseilleriez-vous à vos confrères ?

▪ Si non, pour quelle(s) raison(s) ?

- Si non, Si vous aviez la possibilité d'avoir une aide extérieure par des réseaux en matière de suivi du patient en sevrage alcoolique, les utiliseriez-vous ?

ANNEXE 12

Retranscription des entretiens

- **QUESTIONNAIRE 1 :**

Durée d'entretien : 12 minutes 50

Sexe : masculin

Age : 62 ans

Type d'exercice : urbain

Nombre de consultations par jour : 10 à 20

Ancienneté d'installation au cabinet : de 15 à 35 ans

- ***Avez-vous déjà eu une formation spécifique en addictologie ?***

Non.

- ***Proportion/Pourcentage de patients suivis pour un sevrage alcoolique ?***

Très peu.

- ***Quels mots vous évoque le thème « suivi du patient dépendant à l'alcool après le sevrage ? »***

Nous continuons à le suivre, et être attentif. Très attentif même.

- ***Comment abordez-vous la question de la consommation d'alcool ?***

Selon le patient et son profil. Voilà. Mais pas à chaque fois non, c'est pas systématique. Selon le patient et son profil.

- ***Abordez-vous la question avec les femmes enceintes ?***

Pff, j'en ai pas.

- ***Et avec les adolescents ?***

Oui. Avec les adolescents oui.

- ***Quand proposez-vous un sevrage en alcool ? A sa demande ? Ou s'il y a un mauvais bilan biologique ? Ou s'il y a des signes d'imprégnation à l'alcool ?***

Non c'est à la mienne, c'est moi qui décide tout le temps. Sans bilan biologique parce que avant d'avoir un mauvais bilan biologique. Euh, tu as des signes d'imprégnation à l'alcool. Parce-que s'il a un mauvais bilan biologique c'est que c'est trop tard. Plutôt en fonction des signes d'imprégnation à l'alcool. Ouais ouais ouais. Signes cliniques sans les biologiques. « *Sans les biologiques* » Oui oui oui, C'est pas obligé qu'il y ait les signes

biologiques. Les biologiques c'est mieux, parce que c'est concordant. Mais c'est pas obligé. Quand je vois la gueule du mec, quand je sens l'haleine, je lui dis « eh t'as bu ». tu bois et attends le mec il vient à 3 h de l'après midi et... qui a une odeur, et puis ils sont imprégnés les mecs qui boivent.

- ***Pensez-vous que l'entourage du patient puisse influencer la prise en charge d'un sevrage alcoolique ?***

Ah oui bien sûr. Oui oui, l'entourage du patient, sa femme elle peut lui dire je me casse euh, toi les gosses euh l'image, l'image qu'il donne à ses gosses. Voilà, l'image. L'image. Oui voilà, l'image qu'il donne à ses gosses, l'image qu'il donne au reste de la population, et puis surtout, surtout ce que je lui dis moi, les autres savent que tu bois. Toi tu penses qu'ils ne le savent pas mais les autres le savent, ils le voient.

- ***Quel type de sevrage proposez-vous ?***

En ambulatoire c'est pas bon. Ambulatoire ça a toujours raté. Moi j'en ai suivi quelques uns. Ça a toujours raté.

- ***Quels types de médicaments utilisez-vous ? Baclofène ? benzodiazépines ?***

Pas le baclofène parce qu'il est pas utilisé. Moi je passe que par l'hospitalisation, on le met en perf, et puis voilà, et puis souvent il y a le delirium qui suit derrière et qui pendant une petite semaine est difficile à gérer hein. Il y a 4-5 jours difficiles à gérer et puis après ça va.

- ***Etes-vous plutôt en faveur de l'abstinence ou de la consommation contrôlée d'alcool ?***

Abstinence totale. Tu peux pas lui dire, bois 3 verres, c'est pas vrai. Comme tu as un fumeur, tu lui dis allez fume 3 cigarettes, c'est pas possible.

- ***Pensez-vous que des consultations de médecine générale soient suffisantes pour le suivi d'un patient pendant et après le sevrage alcoolique ?***

Non, c'est pas suffisant. Parce que le médecin généraliste c'est « un copain », c'est un ami et tout ça. Et puis il y a des moments où tu en as ils ont peur. Moi non hein. Moi j'ai pas peur, je leur dis la vérité. Je suis même des fois un peu trop brutal. Et puis je pense, il faut te faire aider. C'est un ensemble. C'est un ensemble d'éléments qui tient l'alcoolique. Le mec il est en situation difficile donc il faut structurer sa base. Sa base, c'est pas une seule personne, il faut toi, il faut la famille, le travail. Hein, il faut, voilà, c'est aimer quelqu'un. Voilà, tu l'aimes à plusieurs et tu essaies de le sortir de cette situation là. Il faut que ce soit fréquent. Fréquent, fréquent. Qu'il revienne fréquemment. Pas besoin de consultation longue. Il faut instaurer une situation de confiance. Il faut que le mec ait confiance en toi et que tu aies confiance en lui. Donc pas besoin de longtemps mais il faut le voir souvent. Même 5 minutes. 5 minutes tu lui prends la tension et tu lui dis « eh, qu'est ce que tu as bu... est ce que tu as eu problème ... » C'est comme le mec qui s'arrête de fumer, tout ça, ou même ceux qui grossissent. Euh ... Faut que tu tiennes tiennes (*il insiste*), parce que ils sont en difficultés ces gens. Tu peux pas, euh, une consultation d'une heure, tu as tout dit en 3 minutes. Tu as un type qui boit, tu lui dis « tu

bois plus. » Après tu vas enrober les choses, tu vas mettre des pelures d'oignon, c'est un gros oignon, et le noyau... ça sert à rien que le fruit soit gros, c'est le noyau qui est important.

- ***Pensez-vous que les connaissances que vous avez en matière de suivi de sevrage alcoolique sont plutôt liées à votre pratique ou à votre formation théorique ?***

Ah ah ah !! À ma pratique. Ecoutes, à ma pratique ! Parce que je sais ce que c'est, je sais qu'on peut sombrer facilement et que quand tu fais la bringue, et que pendant 3 mois tu fais la bringue. Après tu dis « merde ça fait 3 mois que je fais la bringue. » Ça devient pfff, c'est agréable hein, parce que au début l'alcool c'est festif.

- ***Après je l'entendais plus pratique professionnelle...***

Après les patients que j'ai suivis dans mon cabinet, j'ai fait la bringue avec eux...c'est sur le terrain, je suis un médecin du terrain moi. Hein voilà, je connais tout. Après la faculté elle ne m'a pas appris grand-chose à ce niveau là hein.

- ***Vous sentez vous à l'aise face au sevrage alcoolique et son suivi ?***

Oui, oui oui, sans problème.

- ***Pensez-vous avoir le temps nécessaire à consacrer à ce type de consultation ?***

Non. J'ai pas le temps nécessaire à consacrer, la discussion elle se passe vite. « Moi, je trouve que tu bois. Maintenant on va le contrôler, on voit les transaminases tout ça. Tu es sur la pente descendante. Pour le moment tu tiens la route, mais ça va pas durer longtemps. » J'essaie de tenir ce genre de discours là.

- ***Avez-vous eu des expériences difficiles qui modifient votre prise en charge ?***

Oui oui, j'ai eu des échecs et ils t'en veulent. Moi j'ai eu un patient à qui j'ai essayé de faire un sevrage alcoolique, c'était un ami à moi en plus. J'ai été obligé de me séparer d'eux. Parce que, « oui, tu m'as fait passer pour un alcoolique, alors que je suis pas un alcoolique ... » ,ça c'est quand ils ont repris. C'est quand ils ont repris l'alcool. « Oui mais tu te rends compte, tu m'as fait faire un sevrage alors que je l'étais pas... » Là ils sont imprégnés, donc ils sont agressifs, ils deviennent agressifs. J'ai jamais été optimiste à ce sujet. Je sais qu'il y en a 1 sur 10 qu'on sort. Et puis surtout, si tu le sors pas de son milieu, tu le sors pas. C'est-à-dire si tu le gardes en consultation au cabinet, comme font certains de mes confrères, tu multiplies 23 par 23 par 23 et tu as rien au bout hein. Au lieu de boire ses trois litres, et ben sur une semaine il va boire 1 litre et demi et puis après il repart sur trois litres. Et puis le problème, c'est qu'il ne faut pas rentrer dans l'habitude. L'habitude de la consultation. Allez tiens je vais chez le docteur. On rentre dans l'habitude de la consultation, l'habitude de l'alcoolisme, l'habitude ... non non, il faut que ce soit des trucs brutaux, il faut que ce soit une fracture (*il insiste*). Enfin moi je le vois comme ça hein. En plus les gens que je soigne moi, c'est des amis. J'ai un cabinet où j'ai sélectionné ma patientèle, donc je les connais tous. De la vie, de la vie avant, de voilà, c'est une famille, c'est pour ça que j'ai une petite patientèle.

- **Comment vivez-vous la rechute ou l'arrêt de suivi de certains patients ?**

Je le vis, normal. Je sais bien qu'il y tellement d'échecs, que c'est pas un échec pour moi. C'est un échec, j'ai tenté, et voilà.

- **Est-ce que le fait de savoir que la rechute est fréquente modifie votre implication dans la prise en charge ?**

Au départ non. Au départ non, c'est à chaque fois un nouveau cas. C'est à chaque fois un nouveau cas mais bon, après si le mec il rechute bon ...je commence à avoir ...mais c'est pour ça qu'il faut être violent sur la première. Parce que c'est comme si tu fais comme quand tu arrêtes de fumer, tu dis « bon j'en fume 2 puis je mets un patch », tu t'arrêtes pas. C'est, il faut une vraie fracture, c'est pour ça qu'il faut un milieu hospitalier, voilà. Tu le sors brutalement de sa structure, et de ses habitudes. Si tu le laisses dans ses habitudes, Enfin moi je le vois comme ça.

- **Pensez-vous qu'une aide extérieure pourrait être bénéfique à ce type de suivi, tout en restant « le chef d'orchestre » ?**

Oui, bien sûr.

- **Quels types d'aides extérieures vous viennent à l'esprit ?**

Psychologue, famille, et puis les soins de suite, des groupes de paroles, les réseaux, la croix bleue, je crois que ça s'appelle la croix bleue, Portia, ce genre de choses là c'est bien oui. Tout le monde, tout ce qui peut l'aider, ses amis, sa famille, les structures, tout tout tout tout. Ce type là, il est fragile, donc plus il y a d'états pour le soutenir, plus il y a de bric et de brocs pour le soutenir, mieux c'est.

- **Pensez-vous qu'il est simple d'avoir recours aux structures d'addictologie hospitalière ?**

C'est variable, si tu es bien placé avec les médecins, ce qui est mon cas, avec les médecins de l'hôpital, c'est donnant donnant. Tu me rends service, je te rends service. On est dans le service, donc, moi j'ai un accès facile à ce niveau là. Mais je sais que les autres médecins, c'est plus difficile. Ils veulent pas faire, à l'hôpital de Sète, des sevrages alcooliques. C'est trop difficile de faire des sevrages, ils préfèrent que ça se passe dans des services d'addictologie. Il y a des trucs sur Montpellier, mais Sète, ils sont un petit peu réticents.

- **Avez-vous connaissance de l'existence de réseaux en matière de suivi de sevrage alcoolique ?**

Oui, PORTIA et un réseau à l'hôpital de Sète. Je les ai connus par la pratique. Je ne les utilise pas parce que je n'y ai pas accès et que quand je les envoie à l'hôpital, c'est l'hôpital qui organise le suivi. Mais j'ai un retour satisfaisant de ce type de réseau par mes patients et je les conseillerais à mes confrères parce que c'est satisfaisant, ils sont présents et que c'est des professionnels.

QUESTIONNAIRE 2 :

Durée d'entretien : 20 minutes 51

Sexe : masculin

Age : 56 ans

Type d'exercice : urbain

Nombre de consultations par jour : 15

Ancienneté d'installation au cabinet : depuis 1976

- ***Avez-vous déjà eu une formation spécifique en addictologie ?***

Oui, une formation médicale continue. Les DPC (Développement Professionnel Continu) indemnisés.

- ***Proportion/Pourcentage de patients suivis pour un sevrage alcoolique ?***

Pas beaucoup, j'en avais 2 qui sont morts de leur cirrhose. J'en ai un qui ne reconnaît pas qu'il boit. Une à l'hôpital, et peut être une que je vais prendre en charge ...

- ***Quels mots vous évoque le thème « suivi du patient dépendant à l'alcool après le sevrage ? »***

Addiction essentiellement, et pronostic pas bon.

- ***Comment abordez-vous la question de la consommation d'alcool ?***

On en parle comme ça. A l'occasion d'un examen sanguin par exemple, trop de cholestérol, les Gamma GT qui montent, « ah ah qu'est ce qu'il se passe là, tu piques ? » « Euh non, je bois pas. » Voilà. « Et à midi ? » « ah ben trois verres de vin. » « Et le soir ? » « Un pastis déjà avec les copains etc. » Tout ça, ça fait 10 g d'alcool qui se rajoutent et à la fin de la journée ça fait trop. 3 verres pour un homme et 2 pour une femme.

- ***Abordez-vous la question avec les femmes enceintes ?***

Ah ben je leur dis qu'il ne faut pas boire, sans ça il y a des atteintes neurologiques, oui oui. Bien sûr.

- ***Et avec les adolescents ?***

C'est plus difficile. Et puis en général c'est pas le problème de l'alcool. C'est mélangé et ça je ne m'en occupe pas. Je fais pas les addictions à l'herbe. Il y a un service d'addiction à l'hôpital de Sète. et de toute façon c'est des gens qui ne veulent pas être pris en charge. Je leur dis d'aller au service d'addictologie, chose qu'ils ne font pratiquement jamais. Quand vous dites adolescents c'est jusqu'à quel âge ? 17-18 ans ? J'en vois très peu et j'évoque rarement le problème de l'alcool

- **Quand proposez-vous un sevrage en alcool ?**

Les Gamma GT peuvent être un facteur. Par exemple quand il faut montrer les Gamma GT à la préfecture pour récupérer le permis. Il faut y passer. C'est un bon truc ça.

- **Mais ce n'est pas systématique quand les patients reconnaissent avoir un problème avec l'alcool ?**

C'est-à-dire que avant je travaillais avec l'Aotal®. Qui était bien. Il y a un nouveau qui vient de sortir mais je ne l'ai pas encore utilisé. Le nalméfène ? Prosoft® ?

(il se lève et part chercher dans ses prospectus de labo)

Nalméfène. J'ai mis de côté la fiche, mais j'ai pas encore regardé un petit peu, comment ça marchait et ce que ça faisait. Le baclofène, non, non, celui-là, à 25 comprimés par jour euh, le mec... Et souvent j'associe un demi Seresta® 50 le soir pour essayer de calmer un peu. J'aime bien le Seresta® pour ça.

- **Pensez-vous que l'entourage du patient puisse influencer la prise en charge d'un sevrage alcoolique ?**

Ah c'est sûr. Ah oui, je l'ai oubliée celle-là. Il y en a une l'autre jour qui est venue me voir avec son mari et que je suis depuis 40 ans, qui a toujours nié qu'elle buvait même quand elle était pleine comme une barrique chez elle. Elle me disait que c'était les vapeurs de la chaudière qui sentaient... *(il rigole)*. Et alors à mon grand étonnement, je la suis pour autre chose, thyroïde, des choses etc. Et elle est venue il n'y a pas très longtemps, avec son mari en me disant, « voilà euh écoutez, je bois c'est vrai, et je voudrais m'arrêter. » Donc je l'ai adressé à Thomas, enfin, en addictologie.

- **Donc quand vous proposez un sevrage, il est plutôt de quel type ? Hospitalier ? Ambulatoire ?**

Je ne veux pas gérer. Je veux bien accompagner, mais je préfère que les directives soient prises par l'addictologie. Parce que, il n'y a pas que le sevrage, il y a tout le côté psy etc. quoi. Et moi je suis pas formé pour ! *(il rigole)*

- **Quels types de médicaments utilisez-vous ?**

On en a déjà parlé.

- **Etes-vous plutôt en faveur de l'abstinence ou de la consommation contrôlée d'alcool ?**

C'est comme le tabac ça. Ou on arrête, ou on continue. Non mais il y a des gens, on est obligés de leur dire, « écoutez, pas plus que ça quoi. » Mais après bon je ne peux pas dire, je ne suis pas chez eux. Donc oui plutôt en faveur de l'abstinence. Et les gens qui d'eux-mêmes reconnaissent qu'ils boivent et qui veulent s'arrêter etc., c'est des cas très rares hein. *(il rigole)*. C'est trop beau !

- ***Pensez-vous que des consultations de médecine générale soient suffisantes pour le suivi d'un patient pendant et après le sevrage alcoolique ?***

Pendant, non. Après le sevrage, je pense qu'il y a une psychothérapie derrière ça. Après, une psychothérapie, quand est ce qu'on l'arrête ?! Faut pas non plus exagérer hein, il n'y a pas non plus que des saints. Faut quand même qu'il y ait euh parce que en général c'est pas tout seul l'alcool, il y a tout un contexte autour. C'est compliqué. Les gens ne deviennent pas dépendants comme ça. Le véritable alcoolique qui boit pour boire parce que il peut pas se passer de boire comme on voit ça dans les films américains ou celui qui va pas s'arrêter de boire comme dans les séries policières, c'est pas tellement la réalité là. C'est souvent intriqué avec d'autres problèmes socio-économiques, psychiatriques, ... C'est compliqué. D'abord on est pas formé en addictologie, c'est un peu compliqué. Et comme moi je ne veux pas jouer les apprentis sorciers.

- ***Pensez-vous que les connaissances que vous avez en matière de suivi de sevrage alcoolique sont plutôt liées à votre pratique ou à votre formation théorique ?***

Lors de mes études, ça on ne l'abordait pas. Et pourtant, Dieu sait si à l'époque des cirrhoses y en avaient dans les services. Beaucoup plus que maintenant hein. Moi je trouve. J'ai appris des choses intéressantes à la formation de deux jours que j'ai eue. Des choses que je ne connaissais pas. (*il part chercher le papier*). Je ne savais pas à quoi correspondait 1 verre de bière et un verre de whisky quoi ! J'ai appris les équivalences. Maintenant on me dit « oui mais je bois qu'un verre de vin, c'est pas un verre de whisky. » Je leur dis « oui mais c'est pareil ! » Après attention, c'est la dose « bistrot », tout dépend de la taille du verre qu'ils servent chez eux. Si il se sert ça (*il me montre*), ça fait presque une demi bouteille de vin ça ! ou alors « mais je bois que 3 bières... ». il y en a pour beaucoup pour qui les bières ne sont pas vraiment de l'alcool alors que 3 bières c'est 3 verres de vin. Ça me rappelle à l'époque, ils avaient fait une publicité pour la bière « *lapstar* », la bière des nourrissons. Vous n'étiez pas née encore. J'étais encore étudiant, mon père était médecin à Paris, et il y a eu une recrudescence des cirrhoses. C'était une publicité des années soixante pour la bière chez les femmes qui allaitaient. La bière des nourrices. Mon père était gastro-entérologue et donc il était en première ligne. (*il rigole*)

- ***Vous sentez vous à l'aise face au sevrage alcoolique et son suivi ?***

Je ne suis pas convaincant. Je ne suis pas convaincant parce que je ne fais pas l'effort aussi. Parce que c'est des gens qui me désespèrent. Ils me désespèrent un peu et bon, celui qui vient me voir en me disant « bon, j'ai une addiction, je veux m'arrêter aidez-moi », ben d'accord c'est facile. Enfin c'est facile, c'est pas facile mais, c'est quand même euh... Tandis que le gars qui vient comme ça parce qu'il est blanc d'anémie et qui dit, « moi je ne bois pas. Donc je ne comprends pas, il y a autre chose. » Il est allé voir un addictologue à l'hôpital et il était saoul comme une barrique. Donc là, il est dans le déni hein, euh et puis c'est nous qui sommes les méchants. Donc quand tu le vois une fois, deux fois, trois fois, quatre fois, après je lui fais bon euh.

- ***Et justement, est-ce que le fait de savoir que la rechute est fréquente modifie votre implication dans la prise en charge ?***

Oui, c'est pour ça que moi je veux que ce soit fait à l'extérieur avec des équipes de psychothérapie et qui ont l'habitude de ça. Moi je les vois en tant que patient, donc je fais le suivi « alors bonjour, ça va, vous allez bien ? » Il y a une relation qui est entretenue mais ce n'est pas moi le chef d'orchestre hein !

- ***Donc vous ne pensez pas qu'une aide extérieure pourrait être bénéfique à ce type de suivi, tout en restant « le chef d'orchestre », vous seriez plutôt vous l'aide extérieure et l'addictologue le chef d'orchestre ?***

Oui voilà c'est ça oui. Moi je ne veux pas être le chef d'orchestre. Je peux appuyer à l'aide d'exams biologiques de dire, « vous voyez c'est bien. » Mais je ne veux pas être le chef d'orchestre.

- ***Quels types d'aides extérieures vous viennent à l'esprit ?***

Et ben je vais pas dire un gastro pour un problème pneumo quand même ! Donc un addictologue c'est un addictologue quand même ! L'addictologue je vois pas par quoi on pourrait le remplacer, il y a toute la prise en charge à la fois physique et psychologique !

- ***Avez-vous connaissance de l'existence de réseaux en matière de suivi de sevrage alcoolique ?***

Non, je ne connais pas.

- ***Des groupes de paroles, réseaux type Portia ...***

C'est pas de ma génération ça...

- ***Et si vous connaissiez, les utiliseriez-vous ?***

Non, je connais pas et les groupes de machins, les trucs ... (agacé)

- ***Et si vous pouviez y avoir recours justement pour vous éviter la prise en charge psychologique et toute la partie avec laquelle vous dites ne pas être à l'aise, le feriez-vous ?***

Non ben j'ai un service d'addictologie qui est à l'entrée de l'hôpital. On est à Sète, je vois des gens de Sète donc bon.

- ***Pensez-vous qu'il est simple d'avoir recours aux structures d'addictologie hospitalières ?***

Oui c'est simple d'y avoir recours mais après le plus difficile c'est d'y envoyer les gens. Autrement si, ils sont accessibles bien sûr.

- ***Avez-vous eu des expériences difficiles qui modifient votre prise en charge ?***

Oui sûrement. Mais en général les gens, ils culpabilisent donc ils changent de médecin traitant (il rigole). Je le vois sur ma liste hein.

- **Comment vivez-vous la rechute ou l'arrêt de suivi de certains patients ?**

Faut pas être non plus... mais enfin bon, ça fait pas plaisir, ça fait pas plaisir des patients dont on s'est occupé pendant x années etc. et puis qui tournent le dos tout d'un coup. M'enfin bon, on en a vu d'autres (*il rigole*) on en verra d'autres aussi. (*il rigole*)

QUESTIONNAIRE 3 :

Durée d'entretien : 13 minutes 53

Sexe : masculin

Age : 47 ans

Type d'exercice : urbain

Nombre de consultations par jour : 40 avec les visites

Ancienneté d'installation au cabinet : 15 ans

- ***Avez-vous déjà eu une formation spécifique en addictologie ?***

Non.

- ***Proportion/Pourcentage de patients suivis pour un sevrage alcoolique ?***

Un peu.

- ***Quels mots vous évoque le thème « suivi du patient dépendant à l'alcool après le sevrage ? »***

En un mot ? *(il répond au téléphone)*

Euh, après le sevrage ? Revoir régulièrement le patient, « régularité » ... Des consultations.

- ***Comment abordez-vous la question de la consommation d'alcool ?***

Le profil, et les analyses biologiques. Si le patient ne vient pas déjà en avouant sa dépendance.

- ***Abordez-vous la question avec les femmes enceintes ?***

Non, pas vraiment. Enfin, oui, de l'alcool oui, même si je sais que ce sont des patientes qui ne sont pas dépendantes à l'alcool, euh, je leur dis que l'alcool pendant la grossesse c'est zéro quoi.

- ***Et avec les adolescents ?***

Euh, alors là, c'est... la génération actuelle, c'est chaud. *(il rit)* Mais oui, on aborde la question.

- ***Pensez-vous que l'entourage du patient puisse influencer la prise en charge d'un sevrage alcoolique ?***

Oui, oui. Ça arrive régulièrement que ce soit l'entourage qui pousse le patient à faire la démarche.

- **Quel type de sevrage proposez-vous ? Plutôt ambulatoire, hospitalier ?**

Le sevrage, euh, soit le patient est vraiment opposé à entrer à l'hôpital ou du moins aller voir en unité d'addictologie, et j'essaie de le prendre en charge mais bon... ça reste, sur la prise en charge médicamenteuse en elle-même, ça c'est pas trop difficile ; mais c'est plus la prise en charge purement psychologique qui est plus compliquée, et là je l'oriente aussi souvent vers un... vers un... vers un psychiatre dont je sais qu'il fait de l'addictologie, même si tous peuvent peut être le faire mais bon, voilà quoi. Sinon la plupart du temps, quand le patient n'est pas opposé, je l'envoie vers l'unité d'addictologie. *(il cite des noms d'addictologues, à Sète)*

- **Quels types de médicaments utilisez-vous si c'est vous qui effectuez le sevrage ?**

Les médicaments ? Les vitamines euh, et des benzo, voilà. Essentiellement.

- **Etes-vous plutôt en faveur de l'abstinence ou de la consommation contrôlée d'alcool ?**

Je ne crois pas en la consommation contrôlée d'alcool. *(il sourit)*

- **Pensez-vous que des consultations de médecine générale soient suffisantes pour le suivi d'un patient pendant et après le sevrage alcoolique ?**

Non. Ni avant, ni pendant, ni après. Par rapport à un problème de temps déjà. Franchement je n'ai pas le temps de... même si ça arrive ponctuellement que je le fasse. Mais si ça devait être systématique, je ne pourrais pas le faire. Et puis un problème de compétences quand même, parce que je pense que si ils ont une formation spécifique ce n'est pas pour rien, c'est que, c'est utile. Voilà.

- **Pensez-vous que les connaissances que vous avez en matière de suivi de sevrage alcoolique sont plutôt liées à votre pratique ou à votre formation théorique ?**

Ça été enrichi un petit peu par ce que j'ai pu lire ou apprendre par moi-même mais bien sûr les bases, ce sont celles de la fac quoi.

- **Vous sentez-vous à l'aise face au sevrage alcoolique et son suivi ?**

Ça ne me pose pas de problème, je suis à l'aise.

- **Pensez-vous avoir le temps nécessaire à consacrer à ce type de consultation ?**

Ponctuellement oui. Mais pour la première consultation avant de l'orienter par exemple etc. Je vais pas expédier ça mais ... non, après, j'ai pas... j'ai pas le temps.

- **Avez-vous eu des expériences difficiles qui modifient votre prise en charge ?**

Difficiles perso ou avec les patients ?

- **Plutôt avec les patients.**

Non, pas de problème. Je n'ai pas eu de souci particulier ni perso ni avec les patients. *(il rigole)*

- ***Comment vivez-vous la rechute ou l'arrêt de suivi de certains patients ?***

Euh, la rechute est plus ou moins fataliste car on sait très souvent qu'il va falloir du temps. Comme tous les sevrages, c'est un peu la même chose pour les sevrages tabagiques, il faut plusieurs essais pour finaliser quoi. Voilà donc, c'est pas fataliste mais, c'est pas surpris non plus quoi.

- ***Est-ce que le fait de savoir que la rechute est fréquente modifie votre implication dans la prise en charge ?***

Non, il n'y a pas d'effet de saturation, non. L'effet de saturation il serait plus lié au comportement du patient. Certains patients, qui viennent en nous prenant un petit peu pour des idiots, euh, j'ai tout fait mais bon, voilà quoi. Je préfère que le patient soit direct et avoue qu'il a craqué plutôt que d'essayer d'entourer les trucs et d'agir faussement quoi, de faire l'anguille. Faut pas me prendre pour un « con » quoi !

- ***Pensez-vous qu'une aide extérieure pourrait être bénéfique à ce type de suivi, tout en restant « le chef d'orchestre » ?***

Je l'ai eu fait avec des patients. Je l'ai eu fait avec 2 patients mais bon. Ça s'est pas trop mal passé mais bien sûr, une fois qu'ils ont replongé on ne les voit plus quoi, c'est habituel. Mais, je ne pense pas que cela se soit plus mal ou mieux passé que pour d'autres qui ont été pris en charge quasiment exclusivement en service d'unité d'addictologie.

- ***Quels types d'aides extérieures vous viennent à l'esprit ?***

Le service d'addictologie à Sète, les psychiatres en ville. Après non, je ne connais pas d'autres réseaux.

- ***Pensez-vous qu'il est simple d'avoir recours aux structures d'addictologie hospitalières ?***

L'addictologie à Sète, oui. Le CHU à Montpellier euh, pff, le CHU, c'est compliqué. Enfin, il y a peut-être une unité à Montpellier mais tout ce qui est CHU, c'est lourd. Si on veut faire hospitaliser un patient ou euh pff (*il souffle*). On comprend que les médecins envoient systématiquement les patients aux urgences et puis de toute façon le CHU quand on essaie de les contacter, c'est « envoyez le aux urgences quoi ». C'est pas étonnant après que les urgences soient débordées. Parce que il y a plein de gens qui y vont et qui n'ont rien à y faire mais le problème c'est que les services hospitaliers, c'est un peu la même chose à l'hôpital de Sète mais c'est plus petit donc on connaît plus facilement les médecins et on peut s'arranger pour faire des hospit sans passer par les urgences, lorsqu'il n'y a aucune urgence justement. Pour programmer une hospit à la semaine suivante etc. mais sur le CHU, alors ça c'est très compliqué quoi.

- ***Avez-vous connaissance de l'existence de réseaux en matière de suivi de sevrage alcoolique ?***

La seule association que je connaisse mais ce n'est pas pour le sevrage alcoolique, c'est pour la toxicomanie, enfin je pense qu'ils ne font que ça, c'est l'association « arc-en-ciel ».

Je l'ai connu par le biais de mon internat, j'ai fait la connaissance de JF M. qui est un des représentants de l'association, et qui intervient sur l'hôpital de Sète mais pour la toxicomanie. Après pour l'alcool je connais Y A. (assistant social) qui n'appartient pas à une association qui travaille avec D T. (médecin).

- ***Sinon, il existe des réseaux comme « arc-en-ciel » justement mais pour l'alcool, comme « PORTIA » qui intervient sur la région. Vous en avez déjà entendu parler ?***

Je n'ai jamais été en contact avec eux. Les patients ne m'en ont pas parlé et je n'ai jamais été « démarché » entre guillemets pour les connaître.

- ***Et si justement vous aviez la possibilité d'y avoir recours, le feriez-vous ?***

Oui, bien sûr. Oui, tout ce qui peut aller au bénéfice du patient, je suis preneur.

QUESTIONNAIRE 4 :

Durée d'entretien : 13 minutes 44

Sexe : masculin

Age : 51 ans

Type d'exercice : urbain

Nombre de consultations par jour : 30

Ancienneté d'installation au cabinet : 22 ans

- ***Avez-vous déjà eu une formation spécifique en addictologie ?***

Non, je n'ai pas de DU, je n'ai pas de trucs, mais j'ai fait des FMC, mais surtout en toxicomanie essentiellement.

- ***Pourcentage/proportion de patients suivis pour un sevrage alcoolique ?***

Pour sevrage, c'est sur les doigts de la main. Sevrage en cours, je dois en avoir 3-4, après des gens qui ont des problèmes avec l'alcool ça c'est autre chose, j'en ai beaucoup plus. En sevrage, très peu, des gens qui ont un problème avec l'alcool, il y en a un paquet. Et qui eux-mêmes le reconnaissent plus ou moins. Avec un retentissement on dira, voilà. Qu'ils attribuent pas forcément à l'alcool mais bon.

- ***Quels mots vous évoque le thème « suivi du patient dépendant à l'alcool après le sevrage ? »***

Je ne sais pas, ça ne m'évoque pas grand-chose.

- ***Comment abordez-vous la question de la consommation d'alcool ?***

Comment on l'aborde, alors le plus facile c'est sur une anomalie biologique ou autre, ça c'est un bon moyen d'entrer en contact, en tout cas de mettre le doigt dessus. Euh, ensuite, si il y a des symptômes cliniques. Euh si il y a déjà des problèmes ou de consommation d'anxiolytiques de trucs comme ça. Voilà, le plus souvent par le biais de la clinique ou de la biologie. De façon systématique non, sauf avec les nouveaux patients avec l'interrogatoire habituel, on leur demande si ils fument tout ça, et puis après en fonction du profil.

- ***Abordez-vous la question avec les femmes enceintes ?***

Alors est ce que j'aborde, euh, j'en ai tellement peu. Oui on leur en parle, de l'arrêt du tabac et de l'alcool. Impératif.

- ***Et avec les adolescents ?***

Euh c'est vrai, moins, non. Pas spontanément, non, non.

- ***Quand proposez-vous un sevrage en alcool ?***

Euh dès qu'il y a un retentissement majeur social, familial, professionnel, ou de santé.

- ***Pensez-vous que l'entourage du patient puisse influencer la prise en charge d'un sevrage alcoolique ?***

(le téléphone sonne) Personnellement non. Au contraire. C'est difficile, le sevrage il faut vraiment que ce soit la personne qui soit motivée et c'est plus des événements qui vont le motiver que la pression familiale. La pression familiale c'est souvent trop dur, c'est trop rémanent, ça crée plus de problèmes. Par expérience je trouve que c'est contreproductif parce que souvent c'est pesant. Hein, quand la personne a du mal à se décider, si chaque jour tu lui rappelles, ça se passe mal.

- ***Quel type de sevrage proposez-vous ?***

Alors c'est plutôt en ambulatoire, d'abord parce que ils ne veulent pas entendre parler d'une autre solution. Donc c'est souvent en ambulatoire, sauf cas particulier avec une mise en danger.

- ***Quels types de médicaments utilisez-vous ?***

Jusqu'à présent on utilisait les classiques hein, l'Aotal®, un peu le baclofène récemment. Et puis après les anxiolytiques. Le nalméfène c'est tout nouveau, il vient d'arriver sur le marché donc je ne l'utilise pas encore.

- ***Etes-vous plutôt en faveur de l'abstinence ou de la consommation contrôlée d'alcool ?***

Il faut s'adapter. Il faut s'adapter à sa capacité et à la volonté du patient. L'abstinence souvent il faut pas rêver. Donc consommation contrôlée c'est souvent plus... un objectif plus facile à atteindre.

- ***Pensez-vous que des consultations de médecine générale soient suffisantes pour le suivi d'un patient pendant et après le sevrage alcoolique ?***

Après, oui, moi je pense que oui. Une fois que le sevrage a été effectué oui. Pendant oui, et après oui. Pas forcément de façon exclusive hein car souvent il y a quand même des problèmes psychologiques derrière hein, qui justifient un suivi psychiatrique ou psychologique.

- ***Pensez-vous que les connaissances que vous avez en matière de suivi de sevrage alcoolique sont plutôt liées à votre pratique ou à votre formation théorique ?***

Je pense que c'est plutôt à ma pratique. Après 20 ans ça s'est modelé petit à petit en fonction des difficultés que tu rencontres, et des patients hein. *(il sourit)* Et des expériences malheureuses que tu as pu avoir.

- ***Vous sentez-vous à l'aise face au sevrage alcoolique et son suivi ?***

Si on est humble ça va. Oui oui non ce n'est pas un problème pour l'aborder. Ça pose plus de problème pratique après quoi hein, face aux cas de rechutes, après c'est tout le suivi du côté psychologique du patient addictif quoi hein. Après moi je leur en parle beaucoup, je leur dis comment ça va se passer, des difficultés qu'ils vont rencontrer. Et pas que l'alcool d'ailleurs, je veux dire si ils reprennent, euh, le tabac bon, le mec qui fume, il revient pas pour ça. Mais celui qui reprend de la coke, qu'il revienne en parler, qu'on remet pas les compteurs à zéro, que tout le travail qu'il a fait c'est, il faut s'en servir. C'est important qu'on est pas vraiment là pour les juger. Et puis moi je leur dis franchement que je m'en fous. Le patient qui rentre et qui dit « vous allez m'engueuler », moi je leur dis « ça c'est pas la bonne maison hein. Moi je m'en fous hein, on est pas au tribunal hein, c'est votre santé c'est pas la mienne. Moi je suis là pour vous aider et si vous voulez on en parle. » Mais bon, habituellement ils reviennent quand même en parler relativement tôt. Bon il y en a quelques-uns qui ne reviennent pas. Voilà, mais avec l'expérience c'est ça, surtout ne pas être juge.

- ***Avez-vous eu des expériences difficiles qui modifient votre prise en charge ?***

Euh, pas avec l'alcool non. Avec les toxicomanes oui. Mais avec l'alcool non. Habituellement c'est ... Moi je vois que des gens que je connais déjà bien. Je vois peu de gens qui arrivent avec un problème d'alcool où tu ne fais qu'un sevrage, sur des gens un peu naïfs quoi. Moi c'est des gens je connais la famille, je connais déjà un peu toute l'évolution du problème. Des expériences difficiles c'est jamais plaisant mais pas qui me mettent particulièrement en difficulté.

- ***Comment vivez-vous la rechute ou l'arrêt de suivi de certains patients ?***

Sans état d'âme. (*il rigole*) On s'y attend, on le sait.

- ***Est-ce que le fait de savoir que la rechute est fréquente modifie votre implication dans la prise en charge ?***

Non non. Non non, au contraire, non non, au contraire, voilà. Faut le savoir, ça fait partie du suivi. On sait que ...

- ***Pensez-vous avoir le temps nécessaire à consacrer à ce type de consultation ?***

Non.

- ***Pensez-vous qu'une aide extérieure pourrait être bénéfique à ce type de suivi, tout en restant « le chef d'orchestre » ?***

Oui.

- ***Quels types d'aides extérieures vous viennent à l'esprit ?***

Ah ben moi je travaille beaucoup avec l'unité d'addictologie de Sète.

- ***Pensez-vous qu'il est simple d'avoir recours aux structures d'addictologie hospitalière ?***

Ça ne marche pas trop mal. Si le patient accepte euh, ça marche plutôt bien.

- ***Avez-vous connaissance de l'existence de réseaux en matière de suivi de sevrage alcoolique ?***

Je suis de celui-là, du centre d'addictologie. Je n'ai pas d'expérience avec les autres. C'est eux qui gèrent les post cures, eux qui gèrent le reste.

- ***Si vous les connaissiez et aviez la possibilité de les utiliser le feriez-vous ?***

Pourquoi pas. Oui oui, pourquoi pas oui. Je pense que ça peut être plus simple aussi quand c'est pas directement l'hôpital. Après c'est pas le côté hospitalier hein le centre d'addicto, c'est le côté consultation hein, c'est pas forcément euh. L'unité d'addictologie, ils voient le psychologue, ils voient l'assistante sociale, ils voient T. qui s'occupe du problème médical. Hein je veux dire voilà, c'est dans le cadre de consultations, pas forcément dans le cadre de l'hospitalisation. Mais après c'est vrai que si tu as un réseau qui n'est pas lié à l'hôpital, pourquoi pas, ça peut être bénéfique. Il n'y a pas de raison de ne pas les utiliser.

QUESTIONNAIRE 5 :

Durée d'entretien : 4 minutes 25

Sexe : féminin

Age : 56 ans

Type d'exercice : urbain

Nombre de consultations par jour : 20

Ancienneté d'installation au cabinet : depuis 1996 (18 ans)

- ***Avez-vous déjà eu une formation spécifique en addictologie ?***

Non.

- ***Proportion/Pourcentage de patients suivis pour un sevrage alcoolique ?***

Personnellement, zéro.

- ***Quels mots vous évoque le thème « suivi du patient dépendant à l'alcool après le sevrage ? »***

Des mots... (*elle rit*)... rechute.

- ***Comment abordez-vous la question de la consommation d'alcool ?***

En fonction du profil.

- ***Abordez-vous la question avec les femmes enceintes ?***

Non.

- ***Et avec les adolescents ?***

Oui.

- ***Quand proposez-vous un sevrage en alcool ? (à sa demande, vous le proposez ?)***

Non non, je propose si vraiment je pense qu'il y a vraiment un problème, j'en parle.

- ***Pensez-vous que l'entourage du patient puisse influencer la prise en charge d'un sevrage alcoolique ?***

Oui.

- ***Quel type de sevrage proposez-vous ? (ambulatoire, hospitalier)***

Hospitalier.

- ***Quels types de médicaments utilisez-vous ?***

C'est plutôt à l'hôpital qu'ils le font et moi je poursuis le traitement.

- ***Etes-vous plutôt en faveur de l'abstinence ou de la consommation contrôlée d'alcool ?***

Abstinence, abstinence.

- ***Pensez-vous que des consultations de médecine générale soient suffisantes pour le suivi d'un patient pendant et après le sevrage alcoolique ?***

Pendant, non, après... non, non plus.

- ***Pourquoi ?***

Parce que je pense qu'il faut une équipe, un entourage, et on a pas suffisamment les moyens et le temps pour faire ça quoi.

- ***Pensez-vous avoir le temps nécessaire à consacrer à ce type de consultation ?***

On a pas le temps nécessaire à consacrer à ce type de consultation.

- ***Vous sentez vous à l'aise face au sevrage alcoolique et son suivi ?***

Ben je crois oui. *(elle rit)*

- ***Pensez-vous que les connaissances que vous avez en matière de suivi de sevrage alcoolique sont plutôt liées à votre pratique ou à votre formation théorique ?***

Plutôt lors de la pratique. *(ton amusé)*

- ***Avez-vous eu des expériences difficiles qui modifient votre prise en charge ?***

Non.

- ***Comment vivez-vous la rechute ou l'arrêt de suivi de certains patients ?***

Inévitable. *(elle rit)*

- ***Est-ce que le fait de savoir justement que la rechute est fréquente modifie votre implication dans la prise en charge ?***

Non.

- ***Pensez-vous qu'une aide extérieure pourrait être bénéfique à ce type de suivi, tout en restant « le chef d'orchestre » ?***

Oui, tout à fait.

- ***Quels types d'aides extérieures vous viennent à l'esprit ?***

L'addictologie et les associations aussi, je pense que c'est indispensable.

- ***Pensez-vous qu'il est simple d'avoir recours aux structures d'addictologie hospitalière ?***

Pas très simple hein. *(elle rit)*

- ***Donc vous, avez-vous connaissance de l'existence de réseaux en matière de suivi de sevrage alcoolique , pouvez-vous m'en citer ?***

Surtout à Sète, en addictologie. Essentiellement à l'hôpital de Sète.

- ***Et si vous aviez possibilité d'avoir une aide extérieure par des réseaux, autres que l'hôpital, les utiliseriez-vous ?***

Oui, ce serait bien, oui.

QUESTIONNAIRE 6 :

Durée d'entretien : 32 minutes 02

Sexe : masculin

Age : 54 ans

Type d'exercice : semi-rural

Nombre de consultations par jour : 25-30

Ancienneté d'installation au cabinet : depuis 2003

- ***Avez-vous déjà eu une formation spécifique en addictologie ?***

Non, en dehors des formations standards et des « formations sur le terrain ».

- ***Pourcentage/proportion de patients suivis pour un sevrage alcoolique ?***

Quelques-uns.

- ***Quels mots vous évoque le thème « suivi du patient dépendant à l'alcool après le sevrage ? »***

Consultations... Euh, c'est toujours un peu difficile hein vous savez le problème de l'alcool c'est un problème qui touche un petit peu toutes les couches sociales hein (*il rigole*), et moi le suivi si vous voulez en tant que médecin de médecine ambulatoire, je ne peux pas imposer aux gens bon, j'essaie de garder un contact, et j'essaie surtout d'avoir, voilà, on va dire des consultations et de faire un petit « check-up » de temps en temps. Ça permet de voir un petit peu où en est le patient par rapport à son intoxication.

- ***Comment abordez-vous la question de la consommation d'alcool ?***

Très bonne question. C'est un sujet délicat, tout dépend en fait de la personne que l'on a en face de soi. Alors le risque c'est de la faire fuir hein. Et à un moment donné, il faut être capable je veux dire de prendre le temps de discuter avec le patient sans pour autant on va dire montrer du doigt ou voilà. Il faut venir en aide (*il insiste*), c'est une aide. C'est d'aborder le sujet sans le montrer du doigt. Il faut savoir aborder le sujet, d'ailleurs on le voit assez rapidement hein l'intoxication alcoolique, euh, bon, je pose une petite question hein, généralement à la suite d'un bilan. Il y a quelques stigmates qui ressortent donc on a l'occasion d'en parler un petit peu. Bon, il y a certains patients qui sont fuyants mais bon ils sont souvent fuyants au départ. Et tout dépend de la façon dont on les aborde sur ce sujet, pour qu'ils puissent s'ouvrir et puis se dirent un jour, « voilà, j'ai peut-être besoin d'aide, j'ai peut-être besoin de consulter ». Moi j'aborde la question avec beaucoup de délicatesse et le plus souvent en fonction des signes d'imprégnation ou au décours d'un bilan biologique.

- ***Abordez-vous la question avec les femmes enceintes ?***

Avec les femmes enceintes, je n'ai jamais vu de cas euh bien sûr moi, à chaque fois que j'ai une femme qui vient pour une grossesse, dans mon suivi de grossesse, si vous voulez,

j'ai un espèce de calendrier de grossesse que je sors, et dessus, il y a « tabac et alcool ». Donc on aborde absolument si vous voulez le tabac, l'alcool, et puis l'alcool forcément on en parle. En disant bon... si vous voulez, les questions de la femme enceinte, c'est « qu'est-ce qu'il faut que je fasse, qu'est-ce qu'il faut que je ne fasse pas ». La grossesse pour la femme c'est toujours quelque chose de ressenti comme très précieux, donc on en profite pour en savoir où elles en sont avec ça. Donc je l'aborde de manière systématique, mais bon, je n'ai jamais vu, au jour d'aujourd'hui, des patientes on va dire « intoxiquées » qui tombaient enceintes hein.

- ***Et avec les adolescents ?***

Avec les adolescents aussi j'aborde oui. J'aborde dans un cadre de ... dans une consultation particulière. (*il insiste*) C'est pas la consultation du tout venant de tous les ans. Moi, une fois par an vous savez je fais la consultation pour le sport. Et, j'en profite là aussi pour donner les obligations du sport et que je prescrirais même sur ordonnance si l'on pouvait hein vous savez comme pour les pays du nord. Et là j'aborde aussi l'intoxication du tabac aussi et des intoxications on va dire, autres, hein c'est-à-dire les produits stupéfiants hein comme le cannabis et le tabac hein, parce que ça on en parle pas trop c'est un sujet tabou alors que c'est très très répandu et bien sûr de l'alcool. Là j'aborde vraiment ces trois sujets et on arrive vraiment à peu près à faire un petit discours.

- ***Quand proposez-vous un sevrage en alcool ?***

C'est jamais à sa demande. Ouais, ou très rarement. J'ai eu un patient qui est venu, c'était un patient donc euh, et qui était, on va dire cadre supérieur euh à la retraite, euh, un homme très respectable, dans un milieu très respectable. Et qui était venu me voir pour me demander de lui prescrire du baclofène. Voilà, c'était ma seule consultation on va dire où le patient était venu pour me faire une demande, et c'est là où on a abordé le problème de l'alcool et de sa difficulté. Donc c'est plutôt moi qui ai tendance à le proposer, vous savez, à un moment donné, l'alcool fait forcément des dégâts. Et tous âges confondus hein, j'ai une patiente âgée, qui a perdu son époux, qui est seule, et qui, ... et Les stigmates chez la personne âgée, c'est les chutes. Liées à l'alcoolisation hein, donc euh, c'est pareil il faut absolument rebondir, quand on a une chute on a une perte d'autonomie il y a un risque, il y a un syndrome de glissement derrière qui peut s'installer avec l'alcool. Et là je propose automatiquement un sevrage avec beaucoup de douceur aussi parce que c'est jamais avoué, et reconnu hein, c'est du « non-dit » hein, c'est voilà, on s'enferme à la maison on boit et on essaye d'oublier.

- ***Quel type de sevrage proposez-vous ? Ambulatoire ou ... ?***

C'est-à-dire que moi je repère, et que je propose un suivi. C'est pas moi qui suis les patients. On va dire que moi je suis les patients plutôt en post sevrage, pour m'assurer que les choses sont dans l'ordre. Mais je demande à des spécialistes, des alcoologues hein ou des médecins spécialisés, il y a le Pr P. par exemple sur le CHU de Nîmes, qui à chaque fois que je que je lui envoie un patient, le prend en charge avec beaucoup d'attention. Il y a des centres aussi vous savez où ce sont les infirmières qui vont voir les patients par exemple lorsqu'il y a urgence et que les médecins ne sont pas disponibles sur le CHU. Ça c'est l'énorme problème que l'on a, nous en médecine ambulatoire, je dirais dans tous

tous (*il insiste*) domaines confondus hein, c'est pas que l'alcool, ou les intoxications, ou les pathologies autres. L'ENORME problème, c'est vraiment de se sentir un peu isolé. C'est à dire qu'au niveau de la coordination de soins, c'est-à-dire de le confier à un confrère ou de le confier à une structure, c'est toujours très difficile. Difficile déjà de l'avoir dans les temps, des fois il y a urgence et ce n'est jamais reçu comme une urgence. Et il faut avoir des interlocuteurs avec lesquels vous travaillez souvent. Il faut avoir un réseau pour pouvoir faire un travail convenable hein. C'est le gros problème de la médecine ambulatoire d'aujourd'hui. Après hein, pas que dans le domaine dont vous parlez, par exemple la petite dame dont je vous ai parlé, il y avait urgence, elle avait fait une chute donc il fallait rebondir un peu sur cette chute pour prendre en charge et l'orienter et évaluer un petit peu les choses, et ben j'ai eu beaucoup de mal voilà. Parce que c'est une personne âgée et que bon il n'y a jamais d'urgence pour les personnes âgées hein, au-delà de 80 ans, ce n'est pas forcément prioritaire dans la médecine d'aujourd'hui hein donc euh, « ça peut attendre », et des fois c'est pas forcément une bonne chose.

- ***Du coup, pensez-vous qu'il est simple ou difficile d'avoir recours aux structures d'addictologie hospitalière ?***

Structures, on y a toujours recours mais, en fonction de notre demande c'est difficile d'avoir, dans les temps où on demande généralement, des rendez-vous quand on dit que c'est un rendez-vous urgent, c'est dans la semaine. Mais des fois on ne peut pas avoir de rendez-vous dans la semaine, c'est dans quinze jours et des fois on perd de vue le patient hein. On ne peut pas lui courir derrière non plus.

- ***Avez-vous connaissance de l'existence de réseaux en matière de suivi de sevrage alcoolique ?***

Ben disons, le réseau avec lequel je travaille là, je ne me rappelle plus comment ça s'appelle, je suis incapable de vous donner le nom... bref, dans les dossiers, je pourrais l'attraper. Excusez-moi. (*il cherche*) Voilà les initiales que je cherchais c'est le CSAPA (Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie).

- ***Et ce réseau, vous l'avez connu par quel moyen ?***

Comment je l'ai connu. Oh vous savez j'ai assisté une fois à une réunion en ... vous savez en ... merci les labo. Vous savez on a souvent tendance à taper sur l'ambulance, mais merci les labos parce que c'est pas l'institution qui vous invitera hein pour éclairer un peu votre ignorance et puis vous aider un peu à gérer le quotidien. Euh, c'est grâce au labo moi que j'ai pu rencontrer un addictologue qui nous a fait tout un topo et qui nous a donné un peu les adresses et voilà. Hein, j'ai fait ça il y a quelques années-là, avec un addictologue qui travaille sur tout le département, qui bouge beaucoup.

- ***Et est-ce que vous les utilisez vous ces réseaux justement ?***

Oh oui, oui, bien sûr oui. D'ailleurs moi j'ai un réseau qui n'est pas loin du cabinet, il est à quelques kilomètres, 2-3 Km. Et euh, c'est un centre c'est le même principe qu'un dispensaire hein, il y a toujours des infirmières hein, et c'est là que j'envoie mes patients.

- ***Et quels retours avez-vous justement des patients par rapport à ces réseaux ?***

Écoutez, je n'ai que de très bons retours. Franchement, je n'ai pas eu un seul patient qui est venu me voir en me disant « oui, c'est pas bon, voilà ». Je n'ai que des bons retours. Il y a une écoute, je pense il y a vraiment une écoute qui est importante. Je pense que ces patients ont besoin d'être un peu écoutés, orientés et suivis surtout.

- ***Et recommanderiez-vous ces réseaux à vos confrères ?***

Ah oui bien sûr oui oui je pense oui. D'ailleurs on ne peut pas tout résoudre tout seul hein, c'est pas possible hein.

- ***Pensez-vous qu'une aide extérieure pourrait être bénéfique à ce type de suivi, tout en restant « le chef d'orchestre » ?***

Absolument. Vous savez moi c'est comme ça que je conçois le rôle de la médecine ambulatoire, hein. C'est-à-dire d'être au plus proche des gens, pour cibler les pathologies, pouvoir les prendre en charge. Euh mais le gros problème, là où je vous l'ai dit, il y a le souci de cette médecine ambulatoire, c'est que ... voilà, on est souvent seuls, avec un problème et un patient et euh, toutes les portes sont fermées. Voilà. Je vous donne un exemple hein, euh, j'appelle pour confier euh je sais pas moi un patient pour un problème urgent ou semi-urgent on va dire bon, qui peut être vu dans deux ou trois jours. Euh on appelle pour essayer d'avoir un confrère à l'hôpital, euh, le confrère, injoignable forcément, parce qu'il est très chargé de travail. Donc on a que les secrétaires ou les infirmières si tout se passe bien, si tout se passe bien ! S'il n'y a pas un répondeur qui vous renvoie à un autre répondeur. Et derrière ça c'est, « ben écoutez, passez par les urgences » ça c'est devenu une mode extraordinaire. C'est-à-dire, ah ben on peut pas répondre à votre attente, envoyez le patient aux urgences. C'est les urgences. Les urgences reçoivent tout et n'importe quoi. Et c'est vraiment dommage pour la coordination de soins en médecine ambulatoire et l'addictologie fait partie aussi d'un soin avec une coordination très très fine et c'est très très délicat.

- ***Vous sentez-vous à l'aise face au sevrage alcoolique et son suivi ?***

Oui, je me sens à l'aise. En tout cas, toutes les démarches que j'ai faites jusque là ont été positives et ont bien marché, euh et puis il y a pas de raison que ça me mette mal à l'aise.

- ***Pensez-vous avoir le temps nécessaire à consacrer à ce type de consultation ?***

On a jamais le temps, on le prend. On le prend le temps, on ne l'a jamais le temps. (*il insiste*) Vous savez, il faudrait que les journées fassent 36 ou 48 heures pour qu'on puisse régler tous les problèmes qu'on a dans la journée. On a jamais le temps, ça il faut le dire, mais on le prend et ça forcément, ça nous fait travailler à flux tendu, ça nous fait travailler dans un épuisement, ça nous fait travailler dans des situations difficiles, où la vie de famille en prend un coup parce que vous rentrez à des heures pas possibles. Vous voyez aujourd'hui il est samedi, je ferme le cabinet le samedi pour faire le travail administratif quand même hein. Travail que je n'ai pas pu faire dans la journée, travail que je ne peux pas confier à une secrétaire parce que charges financières trop importantes, si j'embauche une secrétaire euh, je ne fais plus vivre mes enfants. Ça c'est le gros problème de la médecine générale en exercice libéral. La médecine ambulatoire est en

danger énorme. On ne fait plus notre rôle de « vraie médecine », on fait de la « bobologie ». On est accaparé par des choses qui ne sont pas de notre ressort pour lesquelles souvent on a pas de réponses ou alors souvent on a des réponses très superficielles, et puis quand il s'agit de faire de la « vraie médecine », et bien vous voyez, on a pas le retour, on a pas l'écho nécessaire à l'hôpital, le ... Donc moi des prises en charges comme ça, je me pose, c'est-à-dire je ne reçois pas les gens en coup de vent en leur disant « bon écoutez voilà », non, je me pose, tant pis pour ceux qui arrivent derrière, mais ceux qui arrivent derrière va forcément Aussi parce que et ben voilà, il y a une compression de la charge de travail qui fait que c'est difficile. Aujourd'hui, le médecin est dans la servitude et il n'est plus dans le service. Le contrat, « le fil à la patte » qu'on lui a mis en tant que médecin traitant, je pense que ça le plombe encore plus, parce que il y a derrière ce fil à la patte, toute une organisation administrative avec énormément de choses encore qui viennent avec « allez voir votre médecin traitant », mais « allez voir votre médecin traitant », « ah vous avez choisi un médecin traitant, voyez avec votre médecin traitant », tout ça c'est absolument épuisant. C'est très lourd à gérer et des choses auxquelles on est pas formé. Des dossiers MDPH, monter des dossiers d'invalidités ou d'accidents de travail ou de transformer un dossier d'accident de travail en invalidité, remplir un dossier de démarche de soins infirmier avec l'autonomie de la personne, etc., moi j'ai été formé sur le tas en exerçant en cabinet. Tout ça c'est des choses qu'on ne nous apprend pas et qui nous plombe le travail au cabinet, travail que le médecin doit faire parce que c'est le médecin traitant et c'est une charge très lourde (60 % du travail) qui nous laisse moins de temps pour des consultations, que ce soit en temps d'écoute ou en fréquence de consultation, avec des patients qui nécessiteraient plus de temps.

- ***Avez-vous eu des expériences difficiles qui modifient votre prise en charge ?***

Avec l'alcool, non. Je n'ai pas eu de difficultés.

- ***Comment vivez-vous la rechute ou l'arrêt de suivi de certains patients ?***

Alors, moi j'arrive toujours à garder un petit fil conducteur avec mes patients, ou avec les familles, et on arrive toujours bon... les cas difficiles oui, j'ai un cas difficile de patient qui refuse la prise en charge. Celui-là je n'ai pas réussi à l'intégrer dans un réseau, et il y a un déni complet, un déni complet, c'est-à-dire euh, c'est un homme, relativement âgé, autour de 70 ans, euh, très rustre hein, à l'ancienne, et où il y a un mur. Il y a un mur. Il y a un déni complet alors qu'il est dans un état lamentable. Voilà, c'est peut-être le seul cas difficile que j'ai dans tous les patients que je suis sur ce problème, c'est le seul cas difficile sur lequel je travaille encore.

- ***Est-ce que le fait de savoir que la rechute est fréquente modifie votre implication dans la prise en charge ?***

Bien sûr, généralement oui. Par exemple si il y a une difficulté dans la prise en charge ou si il y a, euh j'ai eu deux cas comme ça où il y avait des rechutes avec un aspect un petit peu fuyant, euh bon, j'essaye quand même de parler avec l'addictologue qui avait été le médecin qui avait reçu le patient, pour essayer de voir un petit peu de modifier la prise en charge et de proposer autre chose oui. Après pour ce qui est d'un nouveau patient, le fait de savoir que la rechute est fréquente ne modifie pas ma prise en charge initiale, je sais que ça peut faire partie intégrale de la prise en charge, ou non, selon les patients.

- ***Pensez-vous que l'entourage du patient puisse influencer la prise en charge d'un sevrage alcoolique ?***

Oui, c'est énorme, c'est énorme. L'entourage du patient est très important oui. On ne peut pas prendre le patient comme ça comme une entité, sans l'appui euh de... des enfants, de l'épouse, de l'époux, ça c'est primordial oui.

- ***Quel type de sevrage proposez-vous ?***

Toujours une prise en charge hospitalière. Sincèrement je ne me lance pas moi-même dans le sevrage parce que c'est quand même une prise en charge très délicate et qui demande du temps.

- ***Si vous aviez à prescrire des médicaments pour l'aide au sevrage alcoolique, quels types de médicaments utiliseriez-vous ?***

Si je prescris je n'aurais pas l'impression de faire mon travail. Il faut savoir qu'on ne peut pas résoudre tous les problèmes et que l'addictologie c'est quand même un problème de fond important, c'est de la psychothérapie hein donc, euh on peut pas en ¼ d'heure hein si vous voulez recevoir quelqu'un, ou en 20 minutes et puis voilà. Discuter avec lui et ouvrir la porte pour un autre rendez-vous de 20 minutes c'est un petit peu compliqué. Je lui dis il faut absolument qu'on se revoit dans deux jours pour fixer un moment et puis à ce moment-là percer l'abcès. Mais si je dois à chaque fois prendre ½ heure pour le suivi, je ne m'en sors pas. Donc je ne peux pas.

- ***Pensez-vous que des consultations de médecine générale soient suffisantes pour le suivi d'un patient pendant et après le sevrage alcoolique ?***

Oh non, ce n'est pas suffisant.

- ***Pensez-vous que les connaissances que vous avez en matière de suivi de sevrage alcoolique sont plutôt liées à votre pratique ou à votre formation théorique ?***

Plutôt au fur et à mesure de ma pratique et en m'y intéressant personnellement. Et grâce aux labos. Vous savez, quand vous vous installez en cabinet, les seules personnes qui vous tendent la main c'est quand même les délégués médicaux hein. Même le conseil de l'ordre hein euh ne vous aide pas forcément. Les seuls qui vous donnent des infos et qui vous invitent pour rencontrer des confrères c'est les délégués médicaux. C'est eux qui font un peu la jonction de soins. Si vous voulez, le problème que je vous ai cité, le problème de coordination de soins, euh, moi j'ai essayé de joindre le conseil de l'ordre pour leur dire bon, ils ont pris note, ils ont noté ma demande, le directeur de la CPAM doit nous convoquer pour essayer soit disant d'aider un peu à cette coordination mais moi j'aurais plutôt parlé au délégué pour que je puisse aller rencontrer, c'est-à-dire qu'il crée des réunions, des rencontres, des soirées avec nos collègues hospitaliers pour qu'on puisse échanger les portables et qu'on soit pas obligés de passer par le secrétariat. Et que ce soit plus simple pour pouvoir adresser des patients par la suite.

- ***Etes-vous plutôt en faveur de l'abstinence ou de la consommation contrôlée d'alcool ?***

Ah c'est une question très large, très ouverte. Ecoutez, l'abstinence, euh et l'abstinence des plaisirs. Il y a aussi quand même un plaisir à consommer de l'alcool hein. Alors, tout dépend où s'arrête le plaisir hein. Alors est ce que l'abstinence va résoudre le problème, je ne pense pas hein. Je ne pense pas que l'abstinence régler le problème. Si elle devait régler le problème, elle l'aurait réglé dans les pays musulmans hein, où l'alcool est interdit et où on a un problème d'alcoolisme gigantesque et, souterrain hein donc, euh. Donc non, on y réfléchissant un peu hein moi je suis un consommateur hein, mais bon, je suis pas dans l'addiction. Après tout est relatif, je peux un jour tomber dans l'addiction, c'est pas impossible hein. Tout dépend du mental, tout dépend de la situation, tout dépend du vécu, tout dépend de... voilà. J'ai un ami médecin qui est dans l'addiction par exemple. La dernière fois j'ai abordé le sujet avec lui. Après, c'est pas mon patient, c'est mon confrère, c'est compliqué hein. C'est pour vous dire que le sujet de l'alcoolisme touche toutes les couches sociales. Après on peut imposer l'abstinence au départ pour essayer de vraiment les aider à progresser dans leur sevrage. Ça c'est très important, on commence ... on va pas directement à l'abstinence, faut faire vraiment très très attention aussi parce que c'est vraiment très complexe, tout dépend du degré d'intoxication, il faut faire attention au sevrage, au korsakoff et compagnie, et il faut quand même un suivi derrière avec des médicaments, et puis, tout dépend après de sa motivation. Moi j'ai un patient qui est sorti de son addiction avec beaucoup de succès, et qui maintenant est consommateur modéré. Il fait très attention. Mais c'est vraiment en fonction du patient, moi je pense les patients qui sont vraiment très intoxiqués ceux-là on peut pas leur dire du jour au lendemain, hop on arrête et où, euh, il y a toujours un gros risque hein. Euh le patient dont je vous parle hein que j'arrive pas moi à contrôler hein ou envoyer dans un service de soins, euh lui à la limite je crois que si on doit le sevrer, il faudra peut-être même l'hospitaliser quelques jours hein. Ça risque d'être compliqué, il risque de faire un syndrome de sevrage de faire une crise d'épilepsie hein, de faire quelque chose comme ça, parce qu'il est vraiment très intoxiqué. Donc voilà, l'abstinence, en fonction du patient, en fonction de la progression dans le sevrage, alors il après il y a des patients qui sont faibles et pour lesquels il faut marteler l'abstinence, et d'autres qui y arrivent. Après je dirais un peu comme dans la société de façon normale quoi.

QUESTIONNAIRE 7 :

Durée d'entretien : 10 minutes 10

Sexe : masculin

Age : 34 ans

Type d'exercice : semi-rural

Nombre de consultations par jour : 20

Ancienneté d'installation au cabinet : moins de 5 ans

- ***Avez-vous déjà eu une formation spécifique en addictologie ?***

Non.

- ***Pourcentage/proportion de patients suivis pour un sevrage alcoolique ?***

J'en suis quelques-uns.

- ***Quels mots vous évoque le thème « suivi du patient dépendant à l'alcool après le sevrage ? »***

Difficile, rechute.

- ***Comment abordez-vous la question de la consommation d'alcool ?***

En fonction du profil du patient. S'il me rapporte des analyses soit qui sont un petit peu avec des gamma GT augmentés ou selon les signes cliniques : à sa tête si je vois qu'il est un peu « rougeot », ou alors s'il tremble un peu, ou à une femme, je trouve qu'il y a un peu la « tête du client » ou alors après des analyses on en discute un peu, mais c'est vrai que c'est rare que j'en discute autrement c'est vrai.

- ***Abordez-vous la question avec les femmes enceintes ?***

Non, pas souvent.

- ***Et avec les adolescents ?***

Non plus.

- ***Quand proposez-vous un sevrage en alcool ?***

C'est rare que je le propose, c'est plutôt le patient qui m'en parle. Moi de moi-même je le propose pas souvent.

- ***Pensez-vous que l'entourage du patient puisse influencer la prise en charge d'un sevrage alcoolique ?***

Ben je pense que souvent c'est le conjoint ou la femme qui vient pour dire mon mari picole un petit peu trop. Mais je sais pas, euh ça peut influencer peut être la démarche pour consulter, pour venir en consultation. Après est ce que ça aide vraiment la personne,

j'en sais rien, je sais pas trop. Je pense quand même oui, que c'est bien qu'il y ait quelqu'un oui, qui soutient dans cette démarche. Et que l'entourage peut influencer, je pense.

- ***Quel type de sevrage proposez-vous ?***

Ambulatoire, c'est rare que je fasse hospitaliser les gens, oui, dans un premier temps, oui, j'essaie en ambulatoire. Après j'aimerais bien proposer, avoir une prise en charge plus sérieuse, hospitalière pour que les gens on va dire adhère plus. Mais euh, en général c'est euh les gens ils ont l'impression que tu leur dis c'est... enfin proposer une hospitalisation tout ça pour eux c'est euh c'est un frein quoi, tu te dis le mec il va dire, « bof, non je vais pas y aller » ou ... mais j'aimerais bien qu'il y ait une prise en charge un peu plus cadrée et hospitalière ou autre hein mais je pense que ça fait peur au type, j'ai l'impression en tout cas que ça lui ferait peur.

- ***Quels types de médicaments utilisez-vous ?***

Et ben j'utilise les nouveaux trucs là, soit les benzo, soit, il y a souvent des patients qui viennent me voir pour me demander le baclofène. Il y a pas mal de gens qui viennent me voir en me disant « j'ai entendu que le baclofène c'était magique, qu'est-ce que vous en pensez ? est-ce qu'on peut débiter un traitement ? » Sinon je fais benzo/Aotal®, ou benzo/je sais pas quoi, enfin c'est peut être pas trop les recommandations mais la base pour moi c'était les benzo. C'est prévention du DT et puis, je vois aussi au niveau de l'humeur s'il n'y a pas des troubles, s'ils ne veulent pas débiter un traitement antidépresseur et puis partir un peu dans des trucs comme une psychothérapie cognitive et comportementale ou dans les groupes d'alcooliques anonymes, des trucs comme ça. Je les oriente tout de suite vers des trucs comme ça. Sur un suivi psy et une thérapie médicamenteuse, je fais toujours les deux.

- ***Etes-vous plutôt en faveur de l'abstinence ou de la consommation contrôlée d'alcool ?***

Euh je ne connaissais pas cette histoire de consommation contrôlée d'alcool, mais en général je vais pas leur dire non plus qu'il ne faut plus boire une goutte d'alcool, je leur dis de diminuer leur consommation dans un premier temps, en vue d'une abstinence complète. Je ne connaissais pas cette notion de « consommation contrôlée ».

- ***Pensez-vous que des consultations de médecine générale soient suffisantes pour le suivi d'un patient pendant et après le sevrage alcoolique ?***

Non. Parce que je pense qu'il faut qu'il y ait un suivi dans cette histoire. Des thérapies cognitivo-comportementales et des groupes de discussion, je pense que c'est hyper important et que ça fait 50 % du boulot. Je pense qu'on fait 50 % du boulot nous en consultation, qu'il peut y avoir un suivi sur le traitement et sur les analyses mais je pense qu'il faut qu'il y ait une part que le patient doit faire avec des autres. Et je pense que c'est hyper important. Je pense qu'il doit y avoir les deux.

- ***Pensez-vous que les connaissances que vous avez en matière de suivi de sevrage alcoolique sont plutôt liées à votre pratique ou à votre formation théorique ?***

Je trouve que pendant les études, et ben on a pas eu grand-chose et puis pendant ma pratique et ben j'ai pas une pratique depuis longtemps, donc bon, je me démerde quoi, on va dire.

- ***Vous sentez vous à l'aise face au sevrage alcoolique et son suivi ?***

Non, parce que j'ai pas eu dans ma pratique professionnelle assez de recul pour voir si ce que je propose aux personnes, ça marche, on va dire être efficace dans ma prise en charge.

- ***Pensez-vous avoir le temps nécessaire à consacrer à ce type de consultation ?***

Oui, je pense que ce n'est pas une histoire de temps.

- ***Avez-vous eu des expériences difficiles qui modifient votre prise en charge ?***

Non, manque d'expérience.

- ***Comment vivez-vous la rechute ou l'arrêt de suivi de certains patients ?***

J'ai l'impression que c'est tellement dur, que pff, j'ai sûrement tendance à dire que... ce n'est pas bien hein mais à voir ça comme une certaine fatalité. Je me dis que le sevrage alcoolique c'est tellement difficile que s'ils rechutent ben pff pas de chance mais bon.

- ***Est-ce que le fait de savoir que la rechute est fréquente modifie votre implication dans la prise en charge ?***

Malheureusement non, je n'ai pas beaucoup d'autres choses à leur proposer.

- ***Pensez-vous qu'une aide extérieure pourrait être bénéfique à ce type de suivi, tout en restant « le chef d'orchestre » ?***

Oui.

- ***Quels types d'aides extérieures vous viennent à l'esprit ?***

Les centres d'addicto, les groupes de paroles.

- ***Pensez-vous qu'il est simple d'avoir recours aux structures d'addictologie hospitalières ?***

Oui, j'ai l'impression que c'est assez simple, il suffit d'avoir l'adresse quoi.

- ***Avez-vous connaissance de l'existence de réseaux en matière de suivi de sevrage alcoolique ?***

Et ben non. Aussi j'arrive dans le département donc bon. Mais je suis en train de me renseigner.

- ***Et si vous aviez la possibilité d'avoir une aide extérieure par le biais de réseaux, les utiliseriez-vous ?***

Oui, parce que comme je disais tout à l'heure, je pense qu'il faut que le patient adhère à un tout quoi, c'est en même temps les consultations médicales, et en même temps le suivi derrière et je pense qu'il faut que le patient il ait une part qui vient du médecin, une part qui vient du patient. Donc je pense que de lui-même, le patient il faut qu'il aille consulter et d'une le médecin, et de l'autre se faire suivre, donc je trouve que c'est deux choses différentes.

QUESTIONNAIRE 8 :

Durée d'entretien : 11 minutes 03

Sexe : masculin

Age : 54 ans

Type d'exercice : semi-rural (« on est 6000 habitants à P. »)

Nombre de consultations par jour : 10 à 20 (quinzaine)

Ancienneté d'installation au cabinet : 27 ans

- ***Avez-vous déjà eu une formation spécifique en addictologie ?***

Formation médicale on en fait, et puis lors de réunions, de soirées mais je n'ai pas de diplôme.

- ***Pourcentage / proportion de patients suivis pour un sevrage alcoolique ?***

Très peu.

- ***Quels mots vous évoque le thème « suivi du patient dépendant à l'alcool après le sevrage ? »***

Suivi du patient, après le sevrage... maintien, rechute... classique. (*il rit*)

- ***Comment abordez-vous la question de la consommation d'alcool ?***

En fonction du profil.

- ***Abordez-vous la question avec les femmes enceintes ?***

Oui, c'est tout simple parce que c'est une règle. On aborde la question avec les recommandations. (*il rit*)

- ***Et avec les adolescents ?***

Oui, pareil s'il y a des signes d'orientation.

- ***Quand proposez-vous un sevrage en alcool ?***

Euh ben si je détecte un problème, je propose et puis quand le patient est décidé, on se lance quoi.

- ***Pensez-vous que l'entourage du patient puisse influencer la prise en charge d'un sevrage alcoolique ?***

De manière fondamentale. (*il rigole*) oui, dans un sens comme dans l'autre. Il y en a des fois qui viennent parce que c'est l'entourage qui l'a poussé et puis là ça marche pas. Et puis d'autres fois l'entourage est aidant, et là ça va faciliter les choses, donc, oui.

- **Quel type de sevrage proposez-vous ?**

Ça dépend, selon l'importance de la dépendance, s'il y a une grosse consommation très ancienne avec un risque de DT très important, alors là, j'oriente vers une prise en charge hospitalière.

- **Quels types de médicaments utilisez-vous si vous faites une prise en charge ambulatoire ?**

Benzodiazépines hein Tranxène®, et puis, et puis pour le sevrage hein, et puis, donc pour le maintien du sevrage, plutôt l'acamprosate, là l'Aotal®.

- **Donc tout ce qui est baclofène ?**

Ben la revue « Prescrire » était pas très ...

- **Et tout ce qui est nouveau, le nalméfène ?**

A voir. Pas encore assez de recul. Je ne sais plus s'il est paru dans la revue Prescrire., ça ne devrait pas tarder. C'est dans celui de ce mois-ci je crois. Vous voulez l'info ? (*il cherche sur son ordinateur*). J'ai commencé à lire mais je n'ai pas fini. Si vous voulez, l'idée que je m'en ferais ce serait par rapport à la revue Prescrire. hein. Non, ce n'est pas de ce mois ci, ils ne devraient pas tarder.

- **Etes-vous plutôt en faveur de l'abstinence ou de la consommation contrôlée d'alcool ?**

Ben... la vieille école on disait l'abstinence hein. Et puis maintenant ils nous disent l'abstinence contrôlée, hein.

- **Et vous, vous en dites quoi ?**

Ben... Que ça me parait difficile quoi. Ça me parait plus difficile la consommation contrôlée. Mais, mais, il faut se rendre à l'évidence, les études nous disent qu'il y a plus de résultats avec une consommation contrôlée hein. (*je le sens perplexe*)

- **Après vous pouvez avoir votre point de vue personnel.**

Oui mais le point de vue, s'il y a des argumentations scientifiques bétons, le point de vue il compte plus quoi hein. Donc je suis mitigé. Je ne suis pas encore complètement convaincu. Mais, si les arguments sont là, voilà, je ne base pas sur mon expérience. D'ailleurs c'est très mauvais.

- **Pensez-vous que les connaissances que vous avez en matière de suivi de sevrage alcoolique sont plutôt liées à votre pratique ou à votre formation théorique ?**

A ma formation, oui.

- ***Pensez-vous que des consultations de médecine générale soient suffisantes pour le suivi d'un patient pendant et après le sevrage alcoolique ?***

Ça dépend des cas. Si c'est très sévère avec un risque de rechute très important, il vaut mieux prévoir des hospitalisations, des post cures, des ... Ou si c'est quelqu'un qui a vraiment réglé le problème, qui est motivé, on peut le suivre en ville quoi.

- ***Vous sentez vous à l'aise face au sevrage alcoolique et son suivi ?***

Quand le patient est motivé oui, quand le patient est pas motivé...

- ***Pensez-vous avoir le temps nécessaire à consacrer à ce type de consultation, si le patient est motivé ?***

Alors... oui mais il m'arrive, il est pas rare que je demande de l'aide quand même. Avec le centre d'addictologie à Sète.

- ***Avez-vous eu des expériences difficiles qui modifient votre prise en charge ? des rechutes.. l'arrêt de suivi de certains patients... ?***

Oui, oui, la rechute, forcément. Après en médecine générale, on arrive à mettre la distance pour ne pas en être trop affecté. (*il rigole*) oui voilà, on est toujours déçu mais sans ... comme on est déçu pour d'autres pathologies quand ça ne marche pas.

- ***Est-ce que le fait de savoir que la rechute est fréquente modifie votre implication dans la prise en charge ?***

Je réfléchis, je fais la comparaison par rapport au tabac où je m'implique beaucoup plus facilement. Probablement parce que j'ai eu plus de formation. Euh, non. La rechute fait partie de l'histoire naturelle du sevrage.

- ***Pensez-vous qu'une aide extérieure pourrait être bénéfique à ce type de suivi, tout en restant « le chef d'orchestre » ?***

Oui oui, oui oui.

- ***Quels types d'aides extérieures vous viennent à l'esprit ?***

Des aides du type centre d'addictologie et des consultations pour le complément, sur la prise en charge sociale, sur ...

- ***Pensez-vous qu'il est simple d'avoir recours aux structures d'addictologie hospitalières ?***

On peut les appeler assez simplement mais les rendez-vous ne sont pas très rapides je crois. Après, pour une hospitalisation, il n'y a pas de problème. Sur Sète en tout cas.

- ***sur le CHU ?***

Bon... je n'ai pas beaucoup recours au CHU...

- ***Avez-vous connaissance de l'existence de réseaux en matière de suivi de sevrage alcoolique ?***

Non.

- ***Et si vous en aviez connaissance y auriez-vous recours ?***

Oui, oui bien sûr, si le patient l'accepte. En plus de la médecine générale bien sûr oui.

QUESTIONNAIRE 9 :

Durée d'entretien : 25 minutes 50

Sexe : masculin

Age : 62 ans

Type d'exercice : rural

Nombre de consultations par jour : 30

Ancienneté d'installation au cabinet : 33 ans

- ***Avez-vous déjà eu une formation spécifique en addictologie ?***

Non.

- ***Pourcentage/proportion de patients suivis pour un sevrage alcoolique ?***

En sevrage proprement dit, j'en fais un par mois et il y en a qui commencent et qui ne finissent pas. Ceux qui ont passé la phase de déni, j'en ai 3 en tête. Il y a des gens qui ont eu des problèmes avec l'alcool que je revois un peu mais ce n'est pas vraiment du sevrage alcoolique. Donc j'en vois très peu.

- ***Quel(s) mot(s) vous évoque le thème « suivi du patient dépendant à l'alcool après le sevrage ? »***

Rechute. (*il rit*)

- ***Comment abordez-vous la question de la consommation d'alcool ?***

Pas de manière systématique parce que depuis 33 ans je connais mes patients, donc je ne vais pas le demander à tout le monde. Mais pour des nouveaux patients, c'est plutôt si j'ai l'impression soit, des signes d'imprégnation, soit, une pathologie qui peut être liée à l'alcool. Par exemple si on vient me voir pour un reflux, pour une prise ou une perte de poids, enfin voilà. J'ai pas la « méthode américaine » en disant « vous fumez ? vous buvez ? », parce que j'en ai moins des nouveaux quand même hein. Je faisais ça plus quand j'étais, euh quand j'étais jeune. Mais ça ne me gêne pas de poser la question, c'est pas un problème.

- ***Abordez-vous la question avec les femmes enceintes ?***

Pas plus... (*il hésite*). Femmes enceintes, il y a deux populations. Il y a celles qui sont suivies et elles ont bien compris que « Marie-Claire » avait dit qu'il ne fallait pas boire d'alcool. Donc on les repère comme ça. Et les autres, qui à la limite, viennent assez peu en consultation. Je ne fais pas de suivi de grossesse moi, en tant que suivi de grossesse. Je peux avoir une femme enceinte qui vient pour une pathologie autre, et là je n'en parle pas, c'est vrai. Honnêtement je pense que ce n'est pas si dangereux que ça, mais bon, ça c'est autre chose. Ou alors, une consommation régulière, mais bon, c'est vrai que des gens qui sont alcoolo-tabagique, vraiment dépendants pendant la grossesse, il y en a peu. Mais c'est vrai, une femme qui boirait éventuellement un verre en soirée, c'est pas trop

toxique hein, enfin bon. Je vois des jeunes femmes qui me parlent du désir de grossesse à qui je mets du Tardyferon® et donc on parle de l'alcool à ce propos là mais pas quand elles sont déjà enceintes, non. Elles sont déjà tellement suivies que c'est assez rare que je les vois pour autre chose.

- ***Et avec les adolescents ?***

Oui. Les ados, euh... le haschich et le reste. En général, euh oui, un peu pour tout, les certificats d'aptitude, les trucs comme ça. Peut être pas assez tôt. Parce qu'on voit des ... je commence à leur parler quand on les voit pour du sport, minimum, 14-15 ans quoi. Peut être il faudrait en parler avant, je ne sais pas. Une fois j'ai eu une petite fille qui avait douze ans et qui est allée aux urgences pour coma éthylique et l'urgentiste m'appelle en me disant « j'ai un problème », alors, bon, il me demande les antécédents etc..., pourquoi pas, mais il me dit le problème c'est que j'ai les parents et j'ai l'impression qu'ils sont plus bourrés qu'elle. Et c'était des gens entre guillemets « normaux ». Mais bon, c'est comme ça hein. Après ça arrive hein, pour un peu qu'elle ait déjà commencé sa puberté et qu'elle ait déjà commencé à s'intéresser à des garçons, ça peut arriver que les soirées se terminent aussi... (*il ne finit pas sa phrase*) Ici, on a eu un décès sur coma éthylique, euh bon qui est pas, pas sur place mais c'était la sœur d'un mec qu'on suit lui-même pour alcoolisme assez joyeux. Et, 38 ans, la fille elle a fait une fausse route et tout ça, on sait pas trop ce qui est arrivé. Circonstance aggravante, le papa était psychiatre donc, c'est dur. Mais c'est hors sujet, allez continuons.

- ***Quand proposez-vous un sevrage en alcool ?***

Vous savez que maintenant le sevrage complet ça va finir par ne plus être de mode depuis qu'ils ont sorti le Selincro® là. En règle générale, la plupart du temps, je donne des conseils de modération. Et puis quand j'ai l'impression qu'on est vraiment sur une alcoolo-dépendance j'ai quand même tendance à leur proposer d'être suivi, y compris j'essaye de m'appuyer sur le centre d'addictologie à Sète, de façon à ... à avoir une position un peu ... à être un peu en retrait. En cas d'échecs et tout ça, je peux reprendre plus facilement la main. Sinon des sevrages, j'ai un spécialiste du sevrage, il passe son temps à ça. De temps en temps il arrive et il me tient un discours en général un petit peu aviné en me disant que maintenant il fallait plus se cacher, il repart. Puis je lui dis écoutez, on commence ça, je vous revois le lendemain et puis le lendemain je ne le revois pas. C'est comme ça, j'ai un peu l'habitude. Mais je suis là.

- ***Pensez-vous que l'entourage du patient puisse influencer la prise en charge d'un sevrage alcoolique ?***

C'est-à-dire ? Des gens qui disent « oh, ça c'est pas bien de continuer à boire ? » Ou au contraire qui disent ...euh, alors j'ai eu un sevrage, tiens je n'y pensais plus à celui là. Il est venu me voir en disant, euh bon, c'était une histoire compliquée parce qu'il était pas marié mais il vivait avec une dame euh, et il m'a dit, « bon il faut que j'arrête parce que sinon elle m'a dit qu'elle me foutait dehors. » C'est une influence ! Donc bon lui, il a arrêté. Je ne sais pas s'il a recommencé ou pas. Je pense que ça doit ... (*il s'arrête*) c'est assez rare les gens qui seraient disons euh, comment dirais je, qui seraient alcoolo-dépendants à l'insu de la famille. Donc je pense qu'il y a une certaine tolérance dans la famille. Donc en fait après ça joue, ça joue assez peu quand même hein. Ou alors il faut

vraiment que ... c'est un mari qui devient violent, et là oui, là il peut y avoir une demande et dans ces cas là... le conjoint est assez peu... a peu de poids sur la ... hein, ça joue dans ce sens là quoi hein, il y a un moment où comme on l'a dit, « si tu continues à picoler, bon, moi je me tire. » Mais ça c'est rare. Je pense quand même que l'entourage a une influence. Mais bon, moi j'en ai beaucoup qui sont tous seuls d'alcool-dépendants.

- ***Quel type de sevrage proposez-vous ?***

Ambulatoire parce que pour avoir un sevrage hospitalier, il faut avoir des réserves ! Il faut avoir de quoi boire encore quelque temps hein ! C'est pas évident d'avoir un sevrage hospitalier instantané hein. Le problème, c'est que, j'ai eu le cas moi, le gars il a dit « je voudrais arrêter de boire mais je voudrais aller à l'hôpital. » Mon pauvre, c'est pas simple hein.

- ***Donc justement, pensez-vous qu'il est simple d'avoir recours aux structures d'addictologie hospitalières ?***

Non, pas en urgence. On fait du sevrage ambulatoire, la plupart du temps s'ils sont pas trop cassés ça va à peu près quoi. Après, bon... il faut qu'ils acceptent de revenir. Après je vois assez peu de DT à proprement dit hein. *(le téléphone sonne, il répond à un patient)*

- ***Quels types de médicaments utilisez-vous ?***

Vitamines B1 B6 et Seresta®. Baclofène je ne fais pas. J'avais qu'une trouille c'est qu'on me pose la question et en fait non. Et le Selincro®, honnêtement les 3-4 qui sont venus là je préfère les adresser à un spécialiste, je ne l'ai jamais utilisé et là on est dans cette espèce de diminution de ..., ça me paraît un peu compliqué quoi. Pour l'instant. J'ai jamais eu le petit cahier de suivi. Bon, je sais pas, je préfère faire ma petite salade comme ça. Et puis après bon, de temps en temps, si ça suffit pas ou s'il rechute ou pas, bon à ce moment là en deuxième temps on arrive à avoir l'addicto. Mais en aigu, le gars qui dit « moi je veux arrêter de boire demain » euh, c'est pas possible, je crois pas hein. Enfin, il faut prévenir les signes de manque.

- ***Etes-vous plutôt en faveur de l'abstinence ou de la consommation contrôlée d'alcool ?***

Pour l'instant j'étais plutôt abstinence, maintenant je ne suis pas contre la consommation contrôlée. Mais ce n'est pas les mêmes individus hein. Je pense hein. *(téléphone)*

- ***Pensez-vous que des consultations de médecine générale soient suffisantes pour le suivi d'un patient pendant et après le sevrage alcoolique ?***

(Il hésite). Oui. Si le gars il est à peu près « formé » entre guillemets, le sevrage lui-même c'est pas énorme, c'est pas très compliqué quand même hein. Ça demande simplement un peu de disponibilité pour revoir le gars, vérifier qu'il tremble pas trop mais bon. Je suis étonné du peu de ... par rapport à l'hôpital, hein, du peu de complications qu'on a. Moi chaque fois que je vois des demandes de sevrage, sur des gens plutôt jeunes hein, j'ai pas eu les gars qui sont vraiment alcooliques, cirrhotiques et tout le reste. Mais, il y a assez peu souvent de choses hein. Et pourtant des gars avec des consommations importantes hein. Après là où on va avoir le problème sûr, alors là ça c'est l'alcoolique comme on

disait dans le temps, un peu chronique, c'est trois apéro et le demi litre de vin midi et soir. C'est ça qu'on a nous mais pas de manifestations autour de l'entourage et tout ce que vous voulez. Moi j'en ai là ils font la pétanque et l'apéro. Des consommations très régulières. Des gamma GT quand je les dose qui sont souvent élevées, j'attire leur attention sur ça, on en parle, « oui mais si mais ça. » Bah... et eux, s'ils arrêtent. Alors eux, ça peut être intéressant d'avoir une consommation contrôlée, ça c'est une arme, mais jusqu'à maintenant on ne l'avait pas hein. Après faut pas rêver hein. Après si le Selincro® marche de ce côté-là pourquoi pas. Après là aussi, ça dépend où on en est. C'est-à-dire que le gars, moi j'en ai beaucoup hein, et il y en a un auquel je pense, il va au bistrot, il prend 3-4 pastis tous les soirs, il rentre à la maison et il s'en sert un pour faire croire qu'il a pas bu. J'avais ça mais bon maintenant il est mort. Et c'était rigolo, je lui disais « mais comment vous faites quand vous rentrez à la maison, votre femme elle ne dit rien ? » il me dit « mais non, moi quand j'arrive je me sers un pastis, comme ça elle croit que je ne l'ai pas bu ». Et en plus s'il sent le pastis et ben c'est celui qu'il a bu à la maison, c'est pas beau ça ! C'est magique (*ironique*). (Il me parle des rhums des Antilles....)

- ***Pensez-vous que les connaissances que vous avez en matière de suivi de sevrage alcoolique sont plutôt liées à votre pratique ou à votre formation théorique ?***

J'ai un biais, dans le truc, c'est que j'ai été gastro moi, avant de devenir généraliste. Je suis tombé amoureux de la médecine générale et je me suis installé. Et à l'époque, on découvrait, on était encore à l'époque des hépatites non A nommées, on découvrait un peu les hépatites médicamenteuses et les « alcoolo » comme on les nommait à l'époque. C'était pas vraiment un problème. Moi j'étais à l'hôpital, on voyait des cirrhoses, des varices œsophagiennes, on savait pas trop quoi faire... Les notions théoriques... Après moi j'ai fait une formation non pas sur l'addicto mais beaucoup de psychothérapie, je continue à faire des supervisions, on me supervise moi en analyse réactionnelle, c'est une forme de psychothérapie hein. Sur Nîmes, j'y vais une fois par mois, c'est vrai que ça aide pour ce genre de rapport avec les gens. La formation théorique, j'ai été beaucoup expert dans la formation des médecins généralistes, organisateur, vous savez à l'époque on faisait 2 jours de séminaires où les médecins étaient organisateurs et ..., on l'a fait avec le Pr P., qui est maintenant à Nîmes je pense, et alors le gag du sevrage c'est que tout le monde voulait qu'il nous parle du sevrage. Et en fait, il nous a dit « mais attendez le sevrage de toute façon vous faites pareil que nous c'est pareil on a pas plus de résultats que vous, c'est pas la peine, faites du repérage ! » Donc lui son message c'était les médecins généralistes vous ne parlez pas d'alcool, vous ne faites pas de repérage et on a les gens qui arrivent et qui ne savent pas que c'est dangereux de boire un verre de pastis et machin, foutez moi la paix avec le sevrage. Voyez ce que je veux dire. Et les généralistes qui s'y intéressaient, euh, sevrage sevrage sevrage !!! C'était fou ce séminaire ça a été un truc très rigolo. Donc c'est vrai que le sevrage c'est pas un si grand problème que ça, une fois qu'on a amené les gens au sevrage. Voilà, ça c'est la clé, il faut les repérer, et il faut voir un peu, pourquoi ils boivent hein. C'est pas simple. Nous on a un truc qu'on voit peu, et d'ailleurs à propos du Selincro® avec Mme T., c'est un truc qui a été organisé avant, on ne savait pas que ça sortirait à ce moment là. Et en fait, elle disait attention sur les usagers de drogues et autres, quand on leur supprime, entre guillemets, ou quand on baisse la substitution, il y a des échanges quoi, ils vont se remettre à boire. Et moi j'en ai un, euh, qui vient me voir, j'ai réussi à le passer sous Suboxone® donc j'étais super content, je me suis dit bon ça va, je gère un peu les reventes et le reste hein,

et l'autre fois je le vois avec une canette de bière, alors je me dis ouille, ouille, ouille... et je ne l'ai pas revu mais on va en parler.

- ***Vous sentez vous à l'aise face au sevrage alcoolique et son suivi ?***

Oui, bien que j'ai dit rechute en premier, je suis vachement à l'aise.

- ***Pensez-vous avoir le temps nécessaire à consacrer à ce type de consultation ?***

(Il réfléchit) Il ne faut pas qu'il y en ait trop à la fois mais bon, je pense que le temps ne fait pas grand-chose à l'affaire. Mais ça c'est peut être parce que j'ai une formation en psychothérapie par ailleurs. Et je dis souvent à mes jeunes internes qui sont en stage chez moi, on est au département de médecine générale. Il y a un espèce de gold standard, il faut prendre du temps. D'accord, mais vous savez très bien qu'à cette époque il faut prendre du temps et c'est « à propos docteur », et le motif sur la poignée de porte quoi. « A propos docteur, vous pouvez me marquer un petit peu de Lexomil® » par exemple. On l'a sans arrêt ça. Et c'est pas le temps qui fait ça. Vous pouvez passer ½ h avec le gars, il vous dit rien et quand il part, « ah et puis marquez moi quelque chose pour dormir ». Je leur explique que c'est comme quand on fait l'amour, il y a des fois où c'est très court et c'est très bien et il y a des fois où vous languissez que ça se termine, ça peut arriver. Bon, ben voilà. Le temps ne fait pas grand-chose à l'affaire, c'est sûr que si vous expédiez les gens et que vous ne les écoutez pas c'est autre chose. Mais c'est pas parce que vous allez mettre ½ h pour que le gars vous explique que ça va ou que ça va pas que ce sera mieux que si vous mettez 10 minutes hein. Grosso modo moi j'ai des consultations d'une demie heure, un quart d'heure, 20 minutes, ça suffit. Surtout si c'est pour du suivi. On prend un peu la tension, on regarde un petit peu si ça flappe pas ou des trucs comme ça, voir où il en est, machin, bon c'est vite fait hein. Faut pas que le temps soit un obstacle.

- ***Avez-vous eu des expériences difficiles qui modifient votre prise en charge ?***

Non, j'ai eu des choses bizarres.

- ***Comment vivez-vous la rechute ou l'arrêt de suivi de certains patients ?***

Je les attends au tournant.

- ***Est-ce que le fait de savoir que la rechute est fréquente modifie votre implication dans la prise en charge ?***

Non, sur le sevrage absolu... Le problème c'est qu'ils ne viennent pas vous dire qu'ils rechutent hein, c'est rare qu'ils reviennent vous voir pour vous dire « docteur, j'ai recommencé ». C'est compliqué. J'ai eu un beau livre sur les alcooliques anonymes, que j'ai filé à un de mes alcoolos et qui ne me l'a jamais rendu, m'enfin bon, je vais essayer de le récupérer quand même. A l'époque c'était des alcoolisations américaines, dans les années 50 là, c'était affreux quoi, c'est dingue comme histoire. On a plus ça maintenant. Même les gens qui sont très alcoolos-dépendants c'est rare qu'ils soient complètement désocialisés. Le mec qui finit dans les caniveaux et tout, c'est relativement rare quand même j'ai l'impression. Moi j'ai surtout des gros buveurs, mais j'ai pas des gars qui finissent complètement saouls quoi. Comme il y avait dans le temps.

- ***Pensez-vous qu'une aide extérieure pourrait être bénéfique à ce type de suivi, tout en restant « le chef d'orchestre » ?***

Il y a les réseaux là, P. était un peu dans l'affaire là, genre PORTIA. Alors ça marche pour certains, les réseaux genre alcooliques anonymes pourquoi pas. On a du mal à travailler avec eux quand même. On sait pas trop bien où on en est, faudrait qu'on prenne du temps, ça oui ça boufferait du temps. Ah oui moi j'ai l'impression si vous êtes obligés de retrouver les gens du réseau en disant : « bon qu'est ce qu'il s'est passé là »...on est vraiment sur des choses difficiles, ils vont dire des choses à un endroit... Il ne faut pas deux lieux thérapeutiques, c'est compliqué. Par contre on peut dire aux gens, moi c'est ce que je fais maintenant, leur dire « écoutez, allez voir à l'addicto », sauf que bon, quand ils peuvent y aller, « et puis, s'il y a un souci, s'il y a besoin de médicaments, venez. » Je fais pas de la psychothérapie en même temps, c'est difficile. Psychothérapie en général, il ne faut pas deux lieux thérapeutiques. C'est plus quand on est en échec que ça peut aider. Quand ça marche, en général ils ont pas besoin des deux. C'est comme un diabétique, quand vous avez des gens qui sont suivis par un diabéto qui les envoie voir un ophtalmo qui les envoie voir un cardio, ils ont pas trop envie de voir un généraliste. Donc après on peut pas être partout.

QUESTIONNAIRE 10:

Durée d'entretien : 8 minutes 02

Sexe : masculin

Age : 40 ans

Type d'exercice : semi-rural

Nombre de consultations par jour : 30

Ancienneté d'installation au cabinet : 10 ans

- ***Avez-vous déjà eu une formation spécifique en addictologie ?***

Non.

- ***Pourcentage ou proportion de patients suivis pour un sevrage alcoolique ?***

Pas beaucoup non.

- ***Quels mots vous évoque le thème « suivi du patient dépendant à l'alcool après le sevrage ? »***

Après le sevrage.... Rechute.

- ***Comment abordez-vous la question de la consommation d'alcool ?***

Non, ça se fait comme ça au « feeling » mais je ne le fais pas de manière systématique. Ou alors en fonction du profil, anomalies aux prises de sang...

- ***Abordez-vous la question avec les femmes enceintes ?***

Non. Enfin non, ce non est un petit peu trop catégorique, ça m'arrive oui, ça m'arrive. Ça m'arrive au début quand je donne des conseils diététiques, je leur dis que l'alcool c'est pas bien, que le tabac c'est pas bien. Donc il vaut mieux même des fois fumer une petite cigarette que de boire un verre d'alcool. Voilà, surtout au début, mais bon.

- ***Et avec les adolescents ?***

Ah... les ados c'est plus compliqué. Alors j'ai eu quelques ados qui ont fait du « binge drinking », mais euh, non, spontanément je n'en parle pas. Le problème de l'ado c'est qu'il vient souvent avec ses parents, donc c'est plus difficile d'aborder la question. Et puis autant mon associé il va avoir l'air d'un père un peu plus posé, moi je ... C'est pas... Mais quand ils viennent me voir tout seul, c'est souvent pour des problèmes sexuels, des problèmes euh, c'est rarement pour l'alcool. Ils vont peut être me parler d'autres choses, de cannabis ou de ... mais pas de l'alcool oui. Faudrait peut être que je creuse par contre là-dessus oui. S'ils viennent pour un problème de drogue ou tout ça, là oui, spontanément je vais en parler, mais s'ils viennent pour une autre question, sexualité ou autre, je ne pense pas forcément à leur poser la question de l'alcool. C'est vrai que je demande systématiquement aux ados s'ils fument, moins s'ils boivent effectivement.

- ***Quand proposez-vous un sevrage en alcool ?***

Moi je n'ai jamais proposé de sevrage à l'alcool. Après quand les patients me demandent, je vais les orienter vers l'équipe de T. Après maintenant ça va être différent parce qu'il y a le Selincro® là qui est sorti, donc, euh je sais pas trop, pour l'instant je fais comme ça.

- ***Pensez-vous que l'entourage du patient puisse influencer la prise en charge d'un sevrage alcoolique ?***

Oui, « si tu arrêtes pas de boire je me casse ».

- ***Quel type de sevrage proposez-vous ?***

Je propose en ambulatoire plutôt.

- ***Quels types de médicaments utilisez-vous ?***

Je n'utilise pas de médicaments, j'envoie à Mme T. La phase aigüe est plutôt gérée par les addicto et puis moi je fais plutôt ce qui est suivi du traitement, sans initier de traitement. J'initie pas d'Aotal® ou des trucs comme ça. Baclofène j'ai jamais fait.

- ***Etes-vous plutôt en faveur de l'abstinence ou de la consommation contrôlée d'alcool ?***

Faudra voir ce que ça donne. Personnellement je pense que la consommation contrôlée c'est comme le tabac, il y a des personnes qui arrivent à se réguler et d'autres non.

- ***Pensez-vous que des consultations de médecine générale soient suffisantes pour le suivi d'un patient pendant et après le sevrage alcoolique ?***

Ça dépend, si on a un patient tous les quarts d'heure ça risque d'être difficile. C'est plutôt un problème de temps d'écoute, mais après c'est le genre de choses que l'on peut aussi prévoir sur rendez-vous. Si le patient vient sans rendez-vous et que l'on a une salle d'attente qui est pleine, ça va être un peu plus compliqué, on sera peut être moins à l'écoute. C'est pas pareil s'il arrive à 18h30 que s'il arrive à 14h quoi.

- ***Pensez-vous que les connaissances que vous avez en matière de suivi de sevrage alcoolique sont plutôt liées à votre pratique ou à votre formation théorique ?***

Formation théorique.

- ***Vous sentez vous à l'aise face au sevrage alcoolique et son suivi ?***

Je ne me sens pas mal à l'aise, mais pas à l'aise non plus.

- ***Pensez-vous avoir le temps nécessaire à consacrer à ce type de consultation ?***

Le temps je le prends toujours, après c'est le suivi, l'écoute, tout ça, c'est plus difficile mais le temps je le prends.

- ***Comment vivez-vous la rechute ou l'arrêt de suivi de certains patients ?***

Je n'en ai pas beaucoup qui ont arrêté définitivement quand même, donc euh, moi comment je le vis, non je les encourage à ré-arrêter, je juge pas, je suis pas là à leur dire « c'est pas bien », je leur dis vous avez déjà arrêté une fois, vous pourrez arrêter une autre fois. Et puis cela fait partie aussi un peu de l'histoire du sevrage.

- ***Est-ce que le fait de savoir que la rechute est fréquente modifie votre implication dans la prise en charge ?***

Non.

- ***Pensez-vous qu'une aide extérieure pourrait être bénéfique à ce type de suivi, tout en restant « le chef d'orchestre » ?***

Oui, même si en pratique c'est déjà ce que je fais mais c'est-à-dire je ne suis pas le chef d'orchestre. Moi je suis plutôt dans l'orchestre. C'est-à-dire que moi le chef d'orchestre c'est plutôt le service d'addicto et moi je suis, je reste en contact et tout ça.

- ***Quels types d'aides extérieures vous viennent à l'esprit ?***

Le service d'addictologie à Sète, les alcooliques anonymes, les associations, les trucs comme ça. Mais ça je ne fais pas trop. Parce qu'on a la chance ici d'avoir une structure qui est facile d'accès, qui est facile à joindre et qui ne donne pas des rendez vous à 6 mois.

- ***Donc vous pensez qu'il est simple d'avoir recours aux structures d'addictologie hospitalière ?***

Donc oui il est simple d'y avoir recours, mais après, le patient qui va me dire il y a les alcooliques anonymes, des choses comme ça, je vais l'encourager à le faire bien sûr, tout ce qui peut l'aider.

- ***Avez-vous déjà eu des retours de patients justement ayant utilisé des réseaux en matière de suivi de sevrage alcoolique ?***

Non. Les seules associations que j'utilise et dont j'ai des retours c'est celles des toxico, c'est « arc-en-ciel », mais pas pour l'alcool non.

QUESTIONNAIRE 11 :

Durée d'entretien : 9 minutes 24

Sexe : masculin

Age : 35 ans

Type d'exercice : Semi-rural

Nombre de consultations par jour : >30

Ancienneté d'installation au cabinet : < 5 ans

- ***Avez-vous déjà eu une formation spécifique en addictologie ? (DU, ...)***

Non.

- ***Pourcentage de patients suivis pour un sevrage alcoolique ?***

Très peu. Euh on va dire, 1%.

- ***Quels mots vous évoque le thème « suivi du patient dépendant à l'alcool après le sevrage ? »***

Contraintes, Temps, Téléphone, Problèmes.

- ***Comment abordez-vous la question de la consommation d'alcool ?***

C'est toujours à sa demande. Sinon je ne l'aborde pas, non.

- ***Comment abordez vous la question avec les femmes enceintes ?***

Je le fais de manière très succincte, c'est un conseil verbal. Pendant la grossesse, c'est zéro alcool.

- ***Avec les adolescents ?***

Plutôt sur leur demande.

- ***Quand proposez-vous un sevrage en alcool ?***

Systématiquement à la demande du patient.

- ***Pensez-vous que l'entourage du patient puisse influencer la prise en charge d'un sevrage alcoolique ?***

Oui, dans un sens comme dans l'autre d'ailleurs, mais oui, il est sûr que l'entourage a une influence sur ce type de prise en charge. Le problème c'est surtout quand il n'y a pas d'entourage d'ailleurs, que le patient s'est dé-sociabilisé et qu'il est seul. Là il y a vraiment une difficulté de plus.

- ***Quel type de sevrage proposez-vous ?***

Le plus souvent en hospitalier.

- ***Quels types de médicaments utilisez-vous ?***

Uniquement les benzodiazépines avec les vitamines. Les autres, je ne les connais pas assez pour les utiliser seul en cabinet.

- ***Etes-vous plutôt pour l'abstinence ou la consommation contrôlée d'alcool ?***

Tout dépend de la personne et de l'atteinte organique. Mais en règle générale, pour la consommation contrôlée.

- ***Pensez-vous que des consultations de médecine générale soient suffisantes pour le suivi d'un patient pendant et après le sevrage alcoolique ?***

Non, je pense que nous ne disposons pas assez de temps d'écoute pour ce type de suivi. Nous le prenons, c'est sûr, mais il faut être réaliste, c'est une prise en charge extrêmement chronophage.

- ***Pensez-vous que les connaissances que vous avez en matière de suivi de sevrage alcoolique sont plutôt liées à votre pratique ou à votre formation théorique ?***

Plutôt liées à ma pratique ça c'est sûr. Les bases sont acquises à la faculté, mais la globalité du problème s'acquiert avec la pratique, enfin, je pense.

- ***Vous sentez vous à l'aise face au sevrage alcoolique et son suivi ?***

Ni mal à l'aise, ni à l'aise. On le fait parce qu'on doit le faire mais je ne me sens pas à l'aise, et ni mal à l'aise non plus.

- ***Pensez-vous avoir le temps nécessaire à consacrer à ce type de consultation ?***

On n'a jamais le temps nécessaire pour ce type de consultation, mais on le prend toujours.

- ***Avez-vous eu des expériences difficiles qui modifient votre prise en charge ?***

Non, pas encore.

- ***Comment vivez-vous la rechute ou l'arrêt de suivi de certains patients ?***

Je le prends comme un échec pour le patient, mais jamais de ma responsabilité. Je lui donne les clés, à lui de s'en servir.

- ***Est-ce que le fait de savoir que la rechute est fréquente modifie votre implication dans la prise en charge ?***

Non, on sait très bien que ça fait partie de la pathologie. La rechute n'est pas toujours néfaste, elle fait partie de l'évolution de sa pathologie.

- ***Pensez-vous qu'une aide extérieure pourrait être bénéfique à ce type de suivi, tout en restant « le chef d'orchestre » ?***

Oui, mais je ne veux pas être le chef d'orchestre.

- ***Quels types d'aides extérieures vous viennent à l'esprit ?***

Psychologue, addictologue, psychiatre, famille

- ***Pensez vous qu'il est simple d'avoir recours aux structures d'addictologie hospitalières ?***

Non, c'est très compliqué... si on ne connaît personne, c'est très compliqué d'y avoir accès quand on le désire.

- ***Avez-vous connaissance de l'existence de réseaux en matière de suivi du sevrage alcoolique ?***

Oui, c'est surtout les réseaux mis en place dans les services d'addictologie. Je les ai connus au cours de mon travail en tant qu'interne, mais le retour des patients est peu satisfaisant. Je les conseillerai à mes confrères car ce sont les seuls.

- ***Et s'il existait d'autres type de réseaux, hors structure hospitalière, qui regroupent psychologues, infirmières, addictologues, les utiliseriez vous ?***

Oui, car je pense que toute aide est bénéfique dans ce type de prise en charge. Plus il y a d'acteurs et meilleures sont les chances de réussite.

QUESTIONNAIRE 12:

Durée d'entretien : 38 minutes 27

Sexe : masculin

Age : 72 ans

Type d'exercice : urbain, 2 exercices, une médecine libérale et ensuite une clinique à la maison de repos qui s'appelait « Plaisance » et là, j'ai eu beaucoup plus de patients en post cure etc. Ça j'en ai eu des éthylo. Mais si tu veux, quand j'étais à « Plaisance » c'était des mecs qui étaient notamment hospitalisés en médecine E. Euh, je travaillais avec B., et puis il y avait aussi L. qui s'occupait des alcooliques, et quand ils étaient à peu près bien ils me les envoyaient, une fois sur dix, ils repartaient bourrés hein. M'enfin, voilà, j'ai eu quand même quelques succès hein, ça c'est sûr.

Après ce n'est pas pour voir les succès ou les échecs, c'est vraiment pour faire un état des lieux.

Nombre de consultations par jour :

Bah, un peu plus de trente, trente-quarante. Si j'ai 20 c'est une mauvaise journée et quand j'ai plus de 40 c'est une grosse. Mais dans l'ensemble c'est 30-35 quoi.

Ancienneté d'installation au cabinet : le 11.01.1971.

- ***Avez-vous déjà eu une formation spécifique en addictologie ?***

Non, non, non, je me suis formé sur le tas.

- ***Proportion de patients suivis pour un sevrage alcoolique ?***

*C'était peut être 3 à 4 %. Si tu veux j'avais 4 ou 5 alcooliques qui étaient récidivants et sporadiques et notamment j'en avais un qui était un type très bien, il était à l'association des alcooliques anonymes, mais quelques fois quand il pétaient un câble, il était complètement beurré, alors j'étais obligé d'aller le prendre, de l'amener à l'hôpital, enfin de l'hospitaliser, ils le gardaient pour le sevrer un peu. Ils le gardaient 5 ou 6 jours et après il revenait et il tenait le coup pendant 6 mois, 1 an, et puis boum, il retombait alors chaque fois c'était catastrophique. C'était un type bien, il était mécanicien, il faisait euh il faisait « machin truc sure », et en plus il était alpiniste. Mais alors je l'ai rencontré dernièrement, et il était tout content avec une jeune femme et il me dit ça y est c'est fini je bois plus, m'enfin, à mon avis, il recommencera hein. Voilà non mais grosso modo, des alcooliques qui m'ont marqué, j'en ai disons une vingtaine en trente cinq ans. Il y en a un qui, alors là c'était un cas intéressant, c'était un jeune que je soignais depuis son enfance qui est arrivé avec ses parents parce que il faisait un délirium tremens. Et euh on lui a expliqué qu'il buvait trop, parce qu'il avait une femme et des enfants et il a arrêté et il n'a jamais repris (*il tousse*).*

- ***Quels mots vous évoque le thème « suivi du patient dépendant à l'alcool après le sevrage ? »***

Et bien, je te dis, c'est une grande chance si le sevrage est réel et s'il n'y a pas de récurrence c'est une grande chance inouïe, et c'est très bien pour lui. Mais malheureusement, souvent dans mes cas, il y a souvent eu des récurrences. Disons la chance que cela ait marché est la volonté de celui qui s'est sevré.

- ***Comment abordez-vous la question de la consommation d'alcool ?***

Alors mon expérience me permettait de savoir s'il était éthylique ou pas. A l'haleine, à la dépilation des avant bras, aux ongles. Alors, ou bien, si le type il vient pour ça ou la femme, bon, ben évidemment on aborde le sujet. Et si je veux essayer de le faire dire je demande : « euh vous fumez un peu ? Euh, et question alcool, vous êtes buveur, vous buvez un peu, vous êtes buveur excessif ? Parce que vous savez, vous avez des signes. » Enfin l'haleine est très importante. Mais un éthylique qui te dit qu'il a pas bu, quand tu as l'habitude, à l'odeur, tu sais qu'il ment. Notamment j'ai la voisine là, la fille de la voisine, je l'ai envoyée, parce que moi je les envoyais à Ortes, c'est celui qui a sevré pas mal d'artistes, notamment on dit que Martine Aubry y serait allée ça je ne sais pas, mais Johnny Halliday, tout ça qui y sont allés, pas toujours avec du succès mais c'est un bon centre. Et donc je l'ai envoyé là bas et puis elle va mieux mais elle dit qu'elle ne boit plus mais je suis sûr qu'elle continue à boire parce qu'elle a l'haleine particulière des éthyliques chroniques. Qui n'est pas l'haleine de celui qui vient de boire un coup et qui sent l'alcool, c'est celle des éthyliques chroniques. Et puis tu connais les symptômes, au niveau des bras, la dépilation des bras, la vision des veines et les doigts qui deviennent en hippocratismes digitaux. La couperose, surtout une peau affinée, on voit un peu plus les veines et une dépilation des avant-bras.

- ***Abordez-vous la question avec les femmes enceintes ?***

Pendant les 20-30 ans de mon exercice on avait jamais interdit aux femmes enceintes de boire, de boire raisonnablement. Maintenant, tu bois une coupe de champagne pendant la grossesse, tu vas avoir un petit idiot. Moi les 3 que j'ai, je te le dis ils devraient être idiots. J'ai eu des cas de femmes éthyliques enceintes oui, mais ça je le savais avant. Mais les femmes enceintes en principe, il n'y a pas de raison de leur demander si elles picolent trop ou pas. Moi je leur dis il ne faut pas picoler et c'est tout. Enfin, les 10 dernières années, et en plus c'est ridicule, à moins d'être buveur excessif, une femme enceinte peut très bien boire un verre de vin par jour si elle en a envie hein, enfin à mon avis ça ne rendra pas l'enfant idiot.

- ***Et bien c'est un peu controversé quand même.***

Attends, je te dis un verre de vin c'est-à-dire si elle prend dix grammes d'alcool par jour, elle risque pas grand-chose. Maintenant si elle en prend plus, c'est autre chose. De refuser une coupe de champagne parce qu'on est enceinte ça me paraît ridicule. Maintenant ne pas boire à tous les repas si c'est quelqu'un qui boit du vin à tous les repas et qu'elle est enceinte, il est évident qu'il vaut mieux qu'elle arrête. C'est évident, m'enfin je ne pense pas qu'il y ait une toxicité particulière, c'est beaucoup moins toxique que le tabac chez la femme enceinte. Après c'est mon avis, si tu veux hein. Après l'alcool est

dangereux pour la grossesse on nous l'a sorti il y a 15 ans. C'est comme pour la conduite, Mackinnon qui a gagné le rallye de Monte-Carlo dans les années 60, il se bourrait pour conduire, pas bourré bourré, mais il devait se mettre à 0.8- 1g. et maintenant ça a évolué et d'ailleurs ce qui est ridicule c'est que tu risques de te faire verbaliser à 0.5, or ce qui est ridicule c'est que si tu sors tu peux y être à 0.5 et on est encore à peu près ... Ce qui est malheureux c'est qu'on paie les pots cassés pour ceux qui sont bourrés et qui conduisent comme des imbéciles. Et on peut être un peu éméché et conduire raisonnablement, enfin ça c'est autre chose.

- ***Et avec les adolescents ?***

Exceptionnellement, de toute façon les adolescents, ils ne sont pas éthyliques, ils ne sont pas alcooliques, ils font des beuveries excessives. Alors là ils sont malades, ils sont malades pendant 2 jours, ils ont la tête qui tourne et oui ils ne recommencent pas. Je ne pense pas avoir eu des adolescents addicts. Des adolescents qui prennent une cuite à l'alcool de temps en temps soit, mais qui soient addicts à l'alcool je ne pense pas, pas dans ceux que j'ai eu.

- ***Et évoquer le problème de l'alcool avec eux ? des méfaits de l'alcool ?***

C'est rare, sauf pour l'alcoolisme aigu pathologique. Les adolescents c'est rare, qu'est ce que tu veux que je lui parle de l'alcoolisme ? Ils viennent pour un cor au pied, pour une angine, pour une hémorroïde. S'il vient pour un problème existentiel ou pour un problème digestif oui, mais j'ai rarement eu à parler de l'alcoolisme dans ma profession à un adolescent.

- ***Quand proposez-vous un sevrage en alcool ?***

Alors c'est bien simple. Jamais à la demande d'un tiers. Ça peut être proposé peut être, mais c'est sûr que c'est un échec. Les seuls cas où on risque d'avoir un bon effet sur le sevrage, il faut que ce soit le mec ou la femme qui le demande. Mais si le mec ou la femme le demande, il y a un espoir de guérison mais s'il le fait pour son conjoint, ça ne marchera jamais. Il faut surtout pas essayer de sevrer quelqu'un qui n'a pas envie d'être sevré. Et quand ils viennent te voir : « s'il vous plait docteur sevrer moi. » Et ben c'est lui qui se sèvre hein, c'est pas toi. Ah ben moi quand on me disait... j'ai un cas particulier, la femme de mon mécanicien. Les enfants étaient venus me voir « Docteur il faut faire quelque chose », le mari aussi, et puis en définitive elle a été hospitalisée à Rech, et elle est partie avec un autre éthylo qui était en train de faire la cure avec elle, et là ils sont tous les deux au trente sixième dessous. Elle voulait pas, elle voulait pas, elle voulait pas ! elle se trouvait très bien comme ça et ... elle avait pas envie de... c'est comme les toxico, qui te disent que le cannabis c'est très bien et que ça met en forme etc. S'ils n'ont pas envie d'être sevrés ce n'est même pas la peine d'essayer hein. Pour le cannabis le plus embêtant c'est qu'il y a des gens qui y sont très très sensibles, notamment, j'ai eu un jeune, lui il s'est sevré hein, et, il a fait un état, euh, schizophrénique dû au cannabis, et il est sorti de l'hôpital avec un traitement de cheval. Et je suis arrivé avec un psychiatre à le sevrer de tout hein. Et là il va très bien. Je le connais très bien c'est le fils d'un ami et il a repris une vie normale. Mais s'il reprend du cannabis, il rechute ça c'est sûr. Et l'alcool pareil, il boit pas d'alcool, enfin, il boit raisonnablement quoi. Il boit du champagne quand on lui en offre etc. quoi.

- ***Pensez-vous que l'entourage du patient puisse influencer la prise en charge d'un sevrage alcoolique***

Bah, c'est évident que l'entourage va aider, mais d'un autre côté l'entourage va aussi être néfaste, parce que plus on dira au mec qu'il faut qu'il arrête, et peut être plus ça le motivera à ne pas arrêter. Moi j'ai vu, je pense à une femme qui était éthylique, son mari faisait tout... et elle pouvait pas s'arrêter, et plus son mari lui disait de s'arrêter et plus elle s'y mettait. Mais enfin je crois qu'elle est arrivée à se sevrer à la fin. Je crois que je les ai perdus de vue. Il faut qu'ils soient soutenus. Mais après le problème de l'alcoolisme c'est qu'il y a deux alcoolismes, il ya deux problèmes : L'alcoolisme à la maison et l'alcoolisme au bistro ou ailleurs, ou bien dans la poche etc. Alors l'alcoolisme à la maison, le type qui est buveur excessif au repas. Euh, s'il y a 4 ou 5 personnes dans la famille qui boivent du vin et si lui veut être sevré, euh, c'est beaucoup plus dur que si on boit que de l'eau. Ça c'est évident, et alors il faut que tout le monde joue le jeu. Si par exemple, moi je me vois pas, bon on a jamais eu ce cas mais, quand je vais chez moi dans les Corbières, s'il y en a un qui boit pas, euh, les autres peuvent pas boire, rien, euh, ça coupe toute la fête, parce que c'est vrai que après quand tu es sevré, c'est drôlement embêtant hein, moi j'ai un copain là, euh, qui était devenu un alcoolique pathologique. Il a été hospitalisé à Rech, tout ça, il a été sevré, maintenant il boit que de l'eau, ben c'est vrai que c'est une catastrophe, quand on l'invite, il faut lui filer que de la flotte, du champomy, il faut pas trop boire, il faut pas parler de vin etc, c'est pas rigolo hein. Mais oui l'entourage intervient évidemment hein. Mais pas nécessairement en bien. Il est certain que quelqu'un qui est affectivement bien structuré, d'abord, sera pas éthylo-addictif, et s'il a quand même du soutien, il fera le sevrage plus facilement qu'un célibataire qui n'a pas d'appui extérieur.

- ***Quel type de sevrage proposez-vous ?***

Ça dépend du degré d'imprégnation et de la volonté du bonhomme hein. Mais enfin, euh, dans l'ensemble euh, quand on prend la décision de sevrage hein, je pense qu'il vaut mieux un spécialiste et une hospitalisation. Euh, lorsqu'on demande à quelqu'un de moins boire, qu'il boit trop, de moins boire, cela peut très bien se faire en ambulatoire. Mais quand on commence à donner des médicaments comme Revia® et des trucs comme ça, euh, c'est un degré qui est plus important.

- ***Quels types de médicaments utilisez-vous ?***

Alors il y en a 3 ou 4 hein, il y a l'Aotal®, mais j'ai jamais vu de vrai succès. Revia® qui est mieux, et puis maintenant il y a le baclofène. Mais le baclofène il faut en donner beaucoup, et puis ça coûte cher, et puis je n'ai pas l'expérience. J'en ai marqué dernièrement, parce que le baclofène, il ya que 4-5 ans qu'on le sait. Donc euh, moi si tu veux, j'avais bon le baratin tout ça, et j'avais l'Aotal® et le Revia®.

- ***Et les Benzodiazépines?***

Ah non, mais ça c'est pas un traitement du sevrage, c'est pas que pour ça, je veux dire. Le Revia®, tu le donnes que pour ça, tu le donnes pas pour autre chose, alors, que les benzodiazépines. Et puis tu as d'autres méthodes que je faisais, euh, je leur fais sucer des pastilles d'Imodium®, comme c'était remboursé par la sécurité sociale, je leur dis quand

vous avez envie de boire un coup, euh, vous prenez une pastille, vous la sucez et comme ça mettait un quart d'heure, tant que vous la sucez vous buvez pas et après, vous ferez ce que vous ferez, pour le tabac aussi c'était très bien. Tu leur fais sucer des pastilles, et après pendant ce temps, ils oublient. Je suis arrivé à avoir de bons résultats. Et puis il y a aussi le, euh, les mecs qui vont au café par exemple, qui font la tournée. Il te faut leur dire de plus y aller et puis c'est tout.

- ***Et le nalméfène ?***

Je ne connais pas.

- ***Etes-vous plutôt en faveur de l'abstinence ou de la consommation contrôlée d'alcool ?***

Moi, en tant que viticulteur, œnologue et œnophile, euh, c'est sûr que ce qui est bien, c'est d'arriver à diminuer, sans être complètement réfractaire, comme le sont devenus certains. Parce que qu'est ce que tu veux, on est dans une civilisation où l'alcool fait partie de la vie et j'ai mon copain qui boit plus c'est emmerdant parce que plus personne ne l'invite. Euh, alors mais ça c'est un peu un rêve. Euh, le buveur excessif tu peux le faire baisser, oui, mais l'éthylique vrai qui se beurre, qui, euh, il y a aussi la peur sur la santé hein, sur le cancer du foie tout ça, ça les fait réfléchir, mais enfin, de toute façon, le sevrage total, mais total, c'est exceptionnel, et c'est peut être pas la meilleure solution. Et quand au sevrage partiel bon ben ça dépend de la quantité du partiel. C'est un problème difficile l'alcool, et je vois même que les « soit disant addictologues », ils ont pas toujours de succès, ou ils le croient. Mais, je vois par exemple la voisine là, les médecins qui l'ont soignée croient qu'elle ne boit plus mais moi je sais qu'elle boit. C'est-à-dire par moment elle tombait, ses parents de 90 ans étaient obligés d'aller la prendre, tout ça maintenant elle ne tombe plus mais enfin... elle sent l'alcool.

- ***Pensez-vous que des consultations de médecine générale soient suffisantes pour le suivi d'un patient pendant et après le sevrage alcoolique ?***

Alors ça dépend du sujet, ça dépend de l'endroit où on est. C'est sûr que si on peut avoir un spécialiste c'est pas plus mal, mais enfin moi tu sais sur Montpellier, il y avait L. qui faisait ça et ensuite il y en a un qui s'appelait P. je crois, mais rien que de le voir tu sais, tu as l'impression que tu peux aller boire un coup avec lui plutôt qu'autre chose hein. (*il rigole*) et moi, j'ai jamais eu de grands succès avec les « soit disant addictologues ». Sauf en hospitalisation. Mais après le suivi euh, s'il a un bon contact avec le généraliste, il va tout aussi bien qu'un psychiatre hein. Moi si tu veux, celui dont je te parlais qu'on avait fait hospitaliser, on avait un peu trouvé la solution, dès qu'il sentait qu'il dérapait, il m'appelait. Et 9 fois sur 10 je le coupais. Sauf euh, la dixième je le coupais pas (*il rigole*). Mais alors je l'ai vu à poil dans la rue avec une autre. C'est un type il ressemblait au capitaine Haddock mais complètement, mais quand il était beurré, il tenait plus debout, il buvait 3 bouteilles de whisky, et après, plus rien, et un garçon charmant, tu pouvais compter sur lui et tout, sauf quand il prenait ses cuites. C'est ce qu'on appelle je crois, l'alcoolisme pathologique. Mais en plus il avait de..., il ne détruisait pas son foie, parce qu'il mangeait bien et comme c'était que des épisodes d'une semaine, il récupérait rapidement et voilà. Mais enfin je pense qu'il a pas... il avait une femme, il a perdu sa femme, ses enfants, d'un point de vue social euh...

- ***Pensez-vous que les connaissances que vous avez en matière de suivi de sevrage alcoolique sont plutôt liées à votre pratique ou à votre formation théorique ?***

Oh... à la pratique évidemment hein. Et puis chaque patient, doit être abordé de manière différente quoi hein. Mais il y a des gens pour qui l'on sait que l'on y arrivera pas hein. Le mec dont je parle, il avait une voisine qui était aussi éthylique que lui, cette fille était pas mal, elle était de Millau. Et... je l'ai soignée longtemps, ses parents sont venus me voir tout ça. Et je leur avais dit : elle n'arrêtera jamais et elle en mourra. Et malheureusement elle est morte à 45 ans de...enfin de troubles de l'éthylisme etc., mais elle euh, pourtant une fille bien, hein, intelligente, tout hein, mais c'était plus fort. La bière, ah la bière c'était...

- ***Vous sentez vous à l'aise face au sevrage alcoolique et son suivi ?***

Très franchement, quand j'en avais un, si je pouvais l'envoyer à un autre je préférais hein, je ne suivais que les alcooliques dont je connaissais la famille, que j'avais déjà soigné pour autre chose mais, lorsqu'un mec venait par exemple me dire « j'ai un gros problème avec l'alcool, je voudrais que vous me preniez en charge » et que je ne connaissais pas, je lui disais « écoutez Monsieur, moi ça ne me dérange pas mais enfin vous savez je ne suis pas tellement spécialiste pour ça, essayez de voir un tel ou un tel » et voilà. Maintenant j'ai eu des cas par exemple de jeunes de 20 ans que j'avais soigné quand ils étaient gamins, les parents me disaient, ça déconne, il boit trop etc., prenez le en charge, ben évidemment je le prenais en charge. Mais enfin, un généraliste, d'une manière générale, ne court pas après tout ce qui est psychiatrique, bon, l'alcoolisme il faut quand même le considérer comme la psychiatrie hein. alors euh, pff, les psychiatriques, moi je préfère voir un gamin qui a des cors au pied ou qui a des hémorroïdes ou une angine ou a qui on a foutu un coup de couteau sans le faire exprès que un gamin, enfin la psychiatrie c'est quand même euh, c'est comme les toxico, moi les toxico j'avais horreur de ça. J'ai été obligé d'en soigner mais enfin il n'y en aurait pas eu ça aurait été mieux hein. Je ne courrais pas après les alcooliques.

- ***Pensez-vous avoir le temps nécessaire à consacrer à ce type de consultation ?***

Ah certainement pas. Non, non. Dans une consultation, euh, si tu veux, le généraliste, dans l'alcoolisme il ne faut pas voir une consultation, il faut voir le soutien qu'il va apporter à quelqu'un qu'il connaît depuis longtemps, euh, mais en plusieurs fois. Moi j'ai un cas très précis, un gamin comme ça qui avait un peu dérapé, et puis je le vois en consultation de temps en temps mais c'était pas un vrai alcoolique si tu veux hein. Il aurait pu le devenir, mais, c'est ses parents qui m'ont demandé de le voir, je l'ai vu 3 ou 4 fois, mais en quelque sorte il a un peu arrêté pour me faire plaisir quoi voilà. Mais c'était pas au niveau de la consultation, c'était au niveau de la relation sur plusieurs années. Je ne sais pas ce qu'il est devenu d'ailleurs celui-là.

- ***Avez-vous eu des expériences difficiles qui modifient votre prise en charge ?***

Moi si ça m'est trop difficile, je passais la main hein. De toute façon euh, lorsqu'il t'échappe l'éthylique, ce n'est plus la peine d'insister hein. S'il veut pas, il veut pas hein. Alors soit tu passes la main sur un psychiatre, soit ils se font hospitaliser parce qu'ils ont pris une cuite et ils se retrouvent aux urgences et ils te le passent en psychologie

médicale et puis toi tu vas pas tirer la couverture, hein tu dis s'il y est, il y reste hein. Non parce qu'il y a des pathologies, je sais pas moi, les troubles digestifs tout ça, tu peux faire quelque chose, l'arthrose, tu peux faire quelque chose mais là-dessus tu sais que tu as de fortes chances d'avoir un échec alors, tu cours pas après hein.

- ***Justement, est-ce que le fait de savoir que la rechute est fréquente modifie votre implication dans la prise en charge ?***

Certainement pas l'implication dans la prise en charge si on me la demande mais, disons que si tu sais que c'est un échec c'est sûr que à la fin quand ils arrivent ça t'emmerde plutôt qu'autre chose. Et les secrétaires, il y en avait 2 ou 3 là, un arabe qui était musulman et abstinant, mais enfin il savait pas qu'il fallait pas boire de l'alcool selon le coran, et quand il arrivait beurré, c'était la catastrophe dans le cabinet. Moi j'essayais de le prendre en charge mais enfin mes secrétaires ne voulaient plus etc. Franchement il y en a tu préfères qu'ils soient soignés par d'autres hein. C'est sûr que quand tu as des échecs, tu as presque envie de le passer au copain hein.

- ***Pensez-vous qu'une aide extérieure pourrait être bénéfique à ce type de suivi, tout en restant « le chef d'orchestre » ?***

Alors les associations oui c'est vrai, ça les motive bien. Après les psychologues je pense pas que ce soit souhaitable, d'abord parce que ça coûte cher etc. Mais les associations comme « la cordée », et tout ça, oui.

- ***Quels types d'aides extérieures vous viennent à l'esprit ?***

Donc les réseaux ça a du bon. « La cordée », ils avaient même un centre vers Camprieu. Pour l'été c'était pas mal, mais enfin, c'est rare que même à « la cordée » ils rechutent pas hein. Quand ils sont sortis ils vont tous au bistrot.

- ***Et quels étaient le retour des patients ?***

Disons que, ils rechutent moins souvent quand ils sont dans ce milieu. Donc si si c'est bien, mais le problème c'est que quand on voit l'argent que ça coûte, on se demande si ça vaut le coup de ... Il y en avait que j'adressais à la Rouvière, je crois, ensuite ils allaient, ils tournaient et bon on y arrivait pas quoi hein.

- ***Pensez-vous qu'il est simple d'avoir recours aux structures d'addictologie hospitalière ?***

Alors oui ça serait très bien à la différence que pour faire rentrer un type là bas, c'est la catastrophe, il faut que tu connaisses le mec. Moi je connaissais un peu L. alors et B. et comme j'étais à « plaisance » euh je travaillais avec eux, alors quand j'avais quelqu'un à faire rentrer oui mais sans cela ils ne les veulent pas, aucun service ne veut les éthyliques. Et alors le problème c'est que ce-faisant, il y en a peut être un qui les accepte, ils sont tous là dedans, ils se retrouvent entre éthylo et...ça part. Pour faire rentrer, par exemple tu as un mec ou une bonne femme avec une phlébite, tu téléphones, on te le prend tout de suite, ou n'importe quelle pathologie, l'appendicite, etc. tu dis « j'ai un éthylique en sevrage », « bof, je sais pas, faites le passer par les urgences ». Eux tu peux pas les faire rentrer, personne ne les veut. Et le plus fort c'est que s'ils te le prennent, 2 jours après ils

sont dehors. Alors ça serait très bien mais les structures ne sont pas suffisantes. Et alors c'est comme les médecins qui disent aux gens « vous êtes trop gros, il vous faut maigrir, et après on verra. » Si le type il est gros c'est qu'il a pas fait exprès etc. et de dire il faut que vous maigrissiez pas que je vous soigne c'est pas intelligent. Et là les types ils disent vous venez dans notre service on va vous sevrer, mais si vous sortez et que vous allez boire, on veut plus de vous on vous fout à la porte. Alors le lendemain ou au bout de 3 jours, le mec il a pas pris la décision de se sevrer, il y en a beaucoup. A Quissac ils faisaient ça, ils les prenaient mais s'ils étaient pris en flagrant délit d'éthylisme ils les foutaient à la porte. Alors tu comprends bien que les mecs ils restaient 3 jours et puis ils foutaient le camp.

QUESTIONNAIRE 13 :

Durée d'entretien : 13 minutes 38

Sexe : féminin

Age : 27 ans

Type d'exercice : urbain

Nombre de consultations par jour : 20 à 30

Ancienneté d'installation au cabinet : depuis 6 mois

- ***Avez-vous déjà eu une formation spécifique en addictologie ?***

Non.

- ***Proportion de patients suivis pour un sevrage alcoolique ?***

Très peu.

- ***Quels mots vous évoque le thème « suivi du patient dépendant à l'alcool après le sevrage ? »***

Compliqué.

- ***Comment abordez-vous la question de la consommation d'alcool ? En fonction de son profil ou du bilan biologique ou plutôt à sa demande ?***

Plutôt, soit en fonction de son profil, soit du bilan biologique. Il peut y avoir les deux cas.

- ***Abordez-vous la question avec les femmes enceintes ?***

Non parce que j'ai très peu de suivi de femmes enceintes. J'en ai quasiment pas.

- ***Et avec les adolescents ?***

Euh, non, ça ne m'est pas encore arrivé.

- ***Quand proposez-vous un sevrage en alcool ?***

Je lui propose quand je vois qu'il y a des signes d'imprégnation, enfin je pense en tout cas parce que je n'ai pas beaucoup de patients. Mais je suis en train de réfléchir au peu de patients que j'ai. Il y en a un que je suis déjà, qui euh, qui est déjà en cours de suivi, l'autre à qui j'ai proposé mais qui avait pas envie. Mais je le propose systématiquement quand euh, quand le problème est reconnu et est avéré.

- ***Pensez-vous que l'entourage du patient puisse influencer la prise en charge d'un sevrage alcoolique ?***

Oui.

- ***De quelle manière ?***

Oui parce que l'entourage du patient peut être conscient du problème et peut l'inciter à poursuivre le sevrage ou au contraire, ne pas être impliqué dedans, donc je pense que l'entourage a son rôle également quoi. Je pense que plus le patient sera entouré et plus le sevrage sera efficace.

- ***Quel type de sevrage proposez-vous ? plutôt ambulatoire ou hospitalier ?***

Euh, moi généralement je les adresse d'abord à l'addictologue, et ensuite selon le degré d'intoxication et de dépendance, soit j'hospitalise ou commence un suivi en ambulatoire. Enfin, moi je n'ai pas eu encore à initier de sevrage, souvent j'adresse d'abord à un spécialiste.

- ***Et si vous deviez utiliser des médicaments, quels types de médicaments utiliseriez-vous ? les BZD, le baclofène, le nalméfène ?***

Non, non ,non.

- ***Etes-vous plutôt en faveur de l'abstinence ou de la consommation contrôlée d'alcool ?***

Chez les patients alcooliques ou en général ?

- ***Chez les patients alcooliques***

Euh, je dirais plutôt la consommation contrôlée.

- ***Pensez-vous que des consultations de médecine générale soient suffisantes pour le suivi d'un patient pendant et après le sevrage alcoolique ?***

Non. Non, parce que, voilà moi en tant que médecin généraliste j'ai plutôt euh, comment dire, je pense qu'il faut aussi un suivi psychologique. Une part psychologique dont il faut tenir compte. Après, si je me sens démunie, euh, face au patient, c'est pour ça que je l'adresse aussi au centre d'addicto. Enfin pour moi c'est aussi compliqué. C'est pas quelque chose que je fais fréquemment et justement, si je devais le faire, je voudrais bien le faire et je préférerais m'appuyer sur une autre personne, un psychologue, un psychiatre ou un addicto.

- ***Et justement, pensez-vous qu'une aide extérieure pourrait être bénéfique à ce type de suivi, tout en restant « le chef d'orchestre » ?***

Ben oui, une aide extérieure du coup (*elle sourit*).

- ***Pensez-vous que les connaissances que vous avez en matière de suivi de sevrage alcoolique sont plutôt liées à votre pratique ou à votre formation théorique ?***

Plutôt à la pratique.

- ***Vous sentez vous à l'aise face au sevrage alcoolique et son suivi ?***

Ben, non, (*elle sourit*) par rapport au manque d'expérience et de connaissance.

- ***Pensez-vous avoir le temps nécessaire à consacrer à ce type de consultation ?***

Euh, il faut le prendre. (*elle sourit*). En une consultation d'un quart d'heure je pense que c'est difficile, donc il faut une consultation dédiée à ça.

- ***Avez-vous eu des expériences difficiles qui modifient votre prise en charge ?***

Euh, non, pas pour le moment.

- ***Donc vous n'avez pas eu de rechute ou d'arrêt de suivi de certains patients ?***

Non, pas pour le moment.

- ***Est-ce que le fait de savoir que la rechute est fréquente modifie votre implication dans la prise en charge ?***

Non.

- ***Quels types d'aides extérieures vous viennent à l'esprit en matière de suivi de sevrage alcoolique ?***

Aucune, à part les spécialistes et chaque corps de métier on va dire. Les addictologues, les psychologues/psychiatres mais c'est tout.

- ***Pensez-vous qu'il est simple d'avoir recours aux structures d'addictologie hospitalière ?***

Non. Non, parce qu'il faut déjà le rendez vous avec l'addicto et puis après, tout dépend du délai. Du délai de rendez vous avec le spécialiste. Et puis les patients après... s'ils attendent trop longtemps le rendez vous avec le spécialiste, parfois ils se démotivent. C'est jamais évident d'avoir recours à une structure hospitalière, quelle qu'elle soit.

- ***Avez-vous connaissance de l'existence de réseaux en matière de suivi de sevrage alcoolique ?***

Euh, non, pas du tout.

- ***Et si vous pouviez avoir une aide extérieure à travers ces réseaux, est-ce que vous les utiliseriez ?***

Euh, oui.

- ***Et si oui, pourquoi ?***

Parce que justement, moi j'aurais recours à des aides extérieures si c'était plus facile d'accès. Si ça simplifie les contacts et les accès du patient à telle ou telle structure ou tel praticien ou tel psychologue, ben moi je pense que ce serait bénéfique pour lui quoi. Donc si ça simplifie la prise en charge, moi je les utiliserais.

QUESTIONNAIRE 14 :

Durée d'entretien : 13 minutes 44

Sexe : féminin

Age : 29 ans

Type d'exercice : semi-rural

Nombre de consultations par jour : 20 (à mi-temps)

Ancienneté d'installation au cabinet : depuis 1 an et demi

- ***Avez-vous déjà eu une formation spécifique en addictologie ?***

Non.

- ***Proportion de patients suivis pour un sevrage alcoolique ?***

Très peu, je dois en avoir 2-3 maximum.

- ***Quels mots vous évoque le thème « suivi du patient dépendant à l'alcool après le sevrage ? »***

Encadrement, soutien, rassurance. Essayer de les rassurer.

- ***Comment abordez-vous la question de la consommation d'alcool ? De manière systématique, selon son profil, après un bilan biologique ou à sa demande ?***

En fonction du profil, ou le plus souvent c'est à leur demande. Oui, oui oui.

- ***Abordez-vous la question avec les femmes enceintes ?***

J'en parle pas. Très sincèrement. Sauf si éventuellement il y avait une dame qui buvait avant et que je savais qu'elle tombait enceinte mais je n'ai pas eu ce cas donc c'est vrai que je n'en parle pas.

- ***Et de manière systématique ? Sur un « suivi de grossesse normal » on va dire ?***

Non. Non.

- ***Et avec les adolescents ?***

Non, j'en parle pas non plus.

- ***Quand proposez-vous un sevrage en alcool ? à sa demande ? Suite à un bilan biologique ?***

La plupart du temps, c'était à leur demande, ils venaient pour ça et c'est de là que c'est parti et donc c'était sur leur demande. Euh, je crois que ça m'est arrivé une ou deux fois d'entendre qu'ils avaient une surconsommation mais en fait ils n'étaient pas..., ils étaient dans le déni donc ils n'étaient pas du tout en demande donc je pense que j'avais dû

proposer « est ce que vous souhaitez diminuer », et si c'était non, j'insistais pas. J'en parlais pas plus. Donc souvent c'est à leur demande. Oui.

- ***Pensez-vous que l'entourage du patient puisse influencer la prise en charge d'un sevrage alcoolique ?***

Oui, oui. En positif ou en négatif oui c'est sûr.

- ***Quel type de sevrage proposez-vous ? ambulatoire, hospitalier ?***

J'essaye toujours ambulatoire en premier. Et si jamais ça ne marche pas, oui en hospitalier. J'ai travaillé pendant mon internat au Grau du Roi, où il y a un gros centre d'addictologie. Et c'est vrai que j'ai gardé des bons liens et qu'il y avait de très très bons médecins. Et par habitude je les appelle ou j'essaye de voir si eux peuvent les voir ou si je bloque et que je n'y arrive pas. Après il y en d'autres peut être de très bons ailleurs mais là par facilité parce que je les connais, du coup c'est vrai que ça facilite l'accès. Mais sinon toujours en premier ambulatoire et si je vois que ça coince et que je n'y arrive pas, je propose un spécialiste en hospitalier.

- ***Quels types de médicaments utilisez-vous si vous faites un sevrage en ambulatoire ?***

Euh, les classiques. Alors par contre je me suis rendu compte, alors c'est hors AMM, mais je me suis rendue compte que le baclofène fonctionnait quand même pas mal, et aidait beaucoup de gens, même à pas de grosses quantités, donc je me suis mise pas mal à traiter avec du baclofène. Très rapidement quand je voyais que ça échouait avec tout le reste. Bon après avec toujours l'hydratation, la vitamine, euh, et compagnie hein mais ... plutôt assez rapidement maintenant avec le baclofène. Mais c'est hors AMM.

- ***Etes-vous plutôt en faveur de l'abstinence ou de la consommation contrôlée d'alcool ?***

Il faut une abstinence complète. Ils n'y arrivent pas sinon. Enfin, vraiment. Même j'avais un patient il s'est arrêté de lui-même. Il s'était mis au panaché parce que lui c'était « la bière ». il s'était mis au panaché et même ça, de lui-même il se rendait compte que ... ça lui maintenait une forme d'addiction donc euh, il avait arrêté de lui-même.

- ***Pensez-vous que des consultations de médecine générale soient suffisantes pour le suivi d'un patient pendant et après le sevrage alcoolique ?***

Ça dépend du patient, ça dépend du profil. Il y en a qui sont très motivés, et qui s'en sortent avec juste un petit coup de pouce et on a pas besoin de faire grand chose finalement. Mais il y en a beaucoup pour qui à un moment donné il faut passer par des spécialistes. Mais ça dépend du profil et de la personne... et de l'entourage. S'ils sont bien entourés justement, c'est plus en faveur pour que le médecin généraliste y arrive tout seul. Quand ils sont esseulés, ils y arrivent pas ou il y a un entourage négatif là c'est sûr qu'il faut passer par une structure ou par un spécialiste.

- ***Pensez-vous que les connaissances que vous avez en matière de suivi de sevrage alcoolique sont plutôt liées à votre pratique ou à votre formation théorique ?***

Alors, pas du tout à notre formation théorique à la faculté. Mais pas du tout. (*elle rigole*) Alors je ne vais pas me faire des amis à la fac mais euh, non, non. C'est pas adapté, c'est pas... justement on ne nous avait jamais parlé du baclofène alors que ça marche bien, ça aide beaucoup de gens. Enfin, euh, non. La pratique. Un petit peu pendant mon internat, heureusement parce que sinon je serais complètement larguée mais sinon, à la pratique courante plus oui.

- ***Vous sentez vous à l'aise face au sevrage alcoolique et son suivi ?***

Non, c'est pas facile quand même. Enfin moi personnellement je ne suis pas très à l'aise, enfin j'essaie de gérer au mieux mais je pense que je pourrais faire beaucoup mieux si j'étais bien mieux formée peut être avec un DU ou un truc comme ça mais après il faudrait faire des DU pour tout. (*elle rit*) Mais euh, non je suis pas à l'aise.

- ***Pensez-vous avoir le temps nécessaire à consacrer à ce type de consultation ?***

Moi oui en tout cas pour l'instant parce que je prends le temps avec beaucoup de patients, je prends des consultations d'une demi heure quand je vois qu'il y en a besoin donc à force de les suivre, je prends des consultations beaucoup plus grosses et je pense prendre le temps quand il le faut, ça oui.

- ***Avez-vous eu des expériences difficiles qui modifient votre prise en charge ?***

Euh, non, ça modifie pas ma prise en charge mais j'ai eu un cas difficile d'une jeune fille qui... qui... qui... c'était presque de l'autodestruction hein c'était du suicide par ce biais là, il a fallu passer par des structures mais elle y restait pas dans ces structures donc c'est plutôt difficile de la suivre hein. (*elle réfléchit*) Parce que ni moi, ni les spécialistes, ni les structures arrivaient à faire quoi que ce soit et on sentait bien qu'elle allait finir par se tuer, hein, réellement. Donc je ne sais si ça rentre dans la question mais ...

- ***Et justement, comment vivez-vous la rechute ou l'arrêt de suivi de certains patients ?***

Et ben ça n'a pas modifié quelque chose à part le fait que je me sente plus mal à l'aise encore dans ce suivi là puisque moi je ne l'ai pas aidé, je n'y suis pas arrivée. Mais visiblement je n'étais pas la seule hein puisque même les spécialistes n'y sont pas arrivés. Puisque justement cette fille je l'avais envoyée au Grau Du Roi. C'est plus que ça, ça me montre la difficulté qu'on a et la difficulté qu'eux ont et c'est vraiment pas facile pour eux et qu'on est en échec très très souvent. Dans 70 % des cas je dirais, on est en échec avec ce profil là. J'y arrive avec certains mais ça montre l'échec et la difficulté.

- ***Est-ce que le fait de savoir que la rechute est fréquente modifie votre implication dans la prise en charge ?***

Non, en plus je suis en début de carrière donc pour l'instant je suis toujours optimiste. (*elle rigole*) donc non, pour l'instant je suis toujours aussi motivée pour essayer de les faire arrêter mais euh, mais c'est sûr qu'il y a des profils où on sait qu'ils vont rechuter. Après il y en a, il faut qu'ils rechutent plusieurs fois pour qu'ils se rendent compte que ...,

ils avaient besoin de ces rechutes là pour voir qu'il faut vraiment faire une abstinence complète et qu'il faut écouter l'entourage et le médecin finalement. Donc ce n'est pas que du négatif de rechuter mais euh, ça fait partie de l'histoire du sevrage. Ce n'est pas que du négatif de rechuter. Ça démoralise pas tout le temps.

- ***Pensez-vous qu'une aide extérieure pourrait être bénéfique à ce type de suivi, tout en restant « le chef d'orchestre » ?***

Oui. Oui il en faut ne serait ce qu'au niveau psychologique, s'ils arrivent à parler à quelqu'un ou un addictologue qu'ils voient peut être un peu moins régulièrement que nous mais qu'ils arrivent à discuter, oui. Avec plein d'autres personnes, dès qu'ils trouvent quelqu'un avec qui ils peuvent discuter et peu importe qui, pourquoi pas. Ça c'est sûr. Mais souvent ils ne sont pas dans cette démarche là. Ils veulent pas en parler et ils veulent pas ... à chaque fois moi, euh, les suivis psy, psychiatre ou psychologique, j'y suis jamais arrivée à les mettre en place. Ils veulent pas, ils refusent ou ils y vont une fois et ils se découragent. Ils arrivent plus à discuter soit avec les médecins généralistes soit des fois avec les addictologues. Il y a des addictologues qui sont vraiment à l'écoute et quelquefois ça suffit. Et euh, il faut, mais souvent ça ne marche pas.

- ***Quels types d'aides extérieures vous viennent à l'esprit ?***

Psychologue, psychiatre, addicto, euh, pff. C'est tout.

- ***Pensez-vous qu'il est simple d'avoir recours aux structures d'addictologie hospitalières ?***

Oui, je pense qu'il faut y avoir recours surtout quand on est en échec sur plusieurs fois, oui. Là c'est un petit peu biaisé parce que je connais au Grau Du Roi mais sinon ils sont quand même assez à l'écoute. La seule chose qu'il y a c'est qu'il y a des secteurs. Et que bon encore là comme je les connais, même si je ne suis pas du secteur ça fonctionne encore mais ça, enfin de ce que j'avais compris c'est que ça marche pas mal par secteur et que par exemple le Grau Du Roi ne doit pas recevoir certaines personnes de euh, voilà. Donc c'est ça qui bloque un petit peu surtout quand on a une facilité avec une structure mais euh, globalement ils étaient quand même à l'écoute et au moins ils passent par une consultation avant. Ils hospitalisent pas forcément systématiquement, mais par une consultation, et assez rapide donc euh, oui.

- ***Avez-vous connaissance de l'existence de réseaux en matière de suivi de sevrage alcoolique ?***

Non. Pas du tout au courant. Mais visiblement les patients ne m'en parlent pas non plus donc je ne sais pas s'ils sont au courant mais...

- ***Et si vous les connaissiez, les utiliseriez vous ?***

Ah oui. Ça pourrait peut être plus aider à ouvrir les gens alors qu'ils parlent rarement à des personnes extérieures. Oui oui, complètement.

QUESTIONNAIRE 15:

Durée d'entretien : 11 min 46

Sexe : Masculin

Age : 64 ans

Type d'exercice : Semi-rural

Nombre de consultations par jour : plus de 30

Ancienneté d'installation au cabinet : 37 ans (depuis 78)

- ***Avez-vous déjà eu une formation spécifique en addictologie ? (DU, ...)***

Non.

- ***Proportion/pourcentage de patients suivis pour un sevrage alcoolique ?***

C'est compliqué ça. C'est ponctuel quoi, c'est la loi des séries. Des fois il va en venir trois et puis il y en a pas. Pfff disons que sur l'année euh, pfff je sais pas par quel bout l'attraper ça. Il y en a très peu sur l'année. C'est 1 % quoi.

- ***Quels mots vous évoque le thème « suivi du patient dépendant à l'alcool après le sevrage ? »***

Compliqué, aléatoire.

- ***Comment abordez-vous la question de la consommation d'alcool ?***

Quand, surtout chez les femmes, on pose la question surtout quand elles ont un bilan biologique perturbé, et qui correspond à un faciès caractéristique quoi. Voilà. Chez les hommes euh pff c'est plus le faciès et ils en parlent plus facilement. C'est surtout chez les femmes. Donc c'est plutôt en fonction du faciès et on essaie d'étayer avec un bilan biologique pour les coincer.

- ***Comment abordez-vous la question avec les femmes enceintes ?***

Pas vraiment, non, non, pas vraiment. Disons que c'est dans les recommandations qu'on leur dit quand elles sont enceintes, on leur dit de pas fumer, de pas boire, de pas faire çà de pas faire ça, c'est un « package » quoi. Mais je n'insiste pas particulièrement sur la question de l'alcool. Il y a une recommandation succincte qui fait partie du package des recommandations des femmes enceintes.

- ***Avec les adolescents ?***

Suivant le profil quand même oui, on peut l'aborder.

- ***Quand proposez-vous un sevrage en alcool ?***

En fonction des bilans biologiques.

- ***Pensez-vous que l'entourage du patient puisse influencer la prise en charge d'un sevrage alcoolique ?***

Oui, oui. Dans les deux sens.

- ***Quel type de sevrage proposez-vous ?***

Si l'alcoolisme est réactionnel à une situation et donc relativement ponctuel, plutôt ambulatoire, pour les autres, hospitalisation.

- ***Quels types de médicaments utilisez-vous lors des sevrages ambulatoires ?***

Et ben, jusqu'à présent c'était un peu l'Aotal®, voilà c'est tout, voilà. Et puis il en sort des nouveaux hein, le Selincro®, je n'ai pas d'expérience quoi. Donc je ne l'ai pas encore utilisé.

- ***Etes-vous plutôt pour l'abstinence ou la consommation contrôlée d'alcool ?***

Je pense que ça dépend, toujours pareil, moi je fais toujours cette différence du problème ponctuel réactionnel à une angoisse et à un problème et qui est facilement réversible à un alcoolisme chronique qui là, voilà, qui est ancré et mes choix se font surtout par rapport à ça quoi.

- ***Pensez-vous que des consultations de médecine générale soient suffisantes pour le suivi d'un patient pendant et après le sevrage alcoolique ?***

Si le médecin aime ça oui. Voilà, bon moi ça ne m'intéresse pas, mais il y en a que ça peut intéresser et je pense que l'on est fort capable de le faire quoi. Mais ça demande quand même du temps et de l'implication. Bon ben moi j'ai toujours cette grosse différence, les gens que je suis arrivé à sevrer, à guérir, c'est des gens qui avaient un alcoolisme réactionnel, les autres, j'y suis jamais arrivé hein. Hein, j'ai jamais vu quelqu'un où, pff, non voilà, ça dure 3 ans, 5 ans, 10 ans, mais ils rechutent toujours quoi. Ceux-là, j'avoue que, ... j'ai du mal quoi.

- ***Pensez-vous que les connaissances que vous avez en matière de suivi de sevrage alcoolique sont plutôt liées à votre pratique ou à votre formation théorique ?***

A ma pratique.

- ***Vous sentez vous à l'aise face au sevrage alcoolique et son suivi ?***

Non.

- ***Pensez-vous avoir le temps nécessaire à consacrer à ce type de consultation ?***

Non.

- ***Avez-vous eu des expériences difficiles qui modifient votre prise en charge ?***

Oui, les alcooliques invétérés euh, pff, je suis pas trop, je me sens pas compétent pour les traiter quoi, hein. Je pense qu'il faut un suivi par des services et des gens plus spécialisés, voilà, euh, comme en psychiatrie, pareil quoi. Où ils ont un suivi psychiatrique, là il faut

qu'ils aient un suivi spécialisé par des gens qui sont spécialistes de ça quoi, les addictologues, comme on dit.

- ***Comment vivez-vous la rechute ou l'arrêt de suivi de certains patients ?***

Pff, j'en ai rien à foutre. Je réponds comme ça parfois à certaines questions parce que voilà, ça fait 30-40 ans que je fais de la médecine quoi. *(il rigole)*

- ***Est-ce que le fait de savoir que la rechute est fréquente modifie votre implication dans la prise en charge ?***

Oui quand même, oui.

- ***Pensez-vous qu'une aide extérieure pourrait être bénéfique à ce type de suivi, tout en restant « le chef d'orchestre » ?***

Oui, oui oui, oui.

- ***Quels types d'aides extérieures vous viennent à l'esprit ?***

Oui, il y a un gars qui s'appelle comme moi là A... qui est psychologue ou je sais pas quoi là, à l'hôpital qui est un mec qui est bien quoi, il suit les gens, il les aide, il est bien quoi, c'est une très bonne aide quoi, même je le conseille quoi. Les psychologues, les addicto...

- ***Pensez vous qu'il est simple d'avoir recours aux structures d'addictologie hospitalières ?***

Non. C'est l'horreur. Il y en a qu'une qui marche bien, qui est très bien. Et vraiment à chaque fois que j'essaie de cibler les gens à fort potentiel de pouvoir guérir, c'est à Lodève. Lodève ils ont une structure alors, super. Sinon après Sète tout ça là, pff.

- ***Avez-vous connaissance de l'existence de réseaux en matière de suivi du sevrage alcoolique ?***

Comme les alcooliques anonymes tout ça là ? oui oui bien sûr. Oui mais je les connais très peu et je les utilise très peu.

- ***Et le peu que vous avez pu utiliser vous avez eu un retour des patients ?***

Non, ça sert à rien. Enfin sur mon expérience, non, ça m'a jamais aidé et ça n'a jamais aidé le patient quoi. Qui sont allés aux alcooliques anonymes ou des trucs comme ça quoi.

- ***Et les réseaux qui regroupent des psychologues, des addictologues, des infirmiers ... ?***

Voilà, mais je pense que quand quelqu'un est pris en charge par ce réseau moi je n'ai plus mon utilité quoi. Je vais pas en plus euh, voilà. Après le réseau s'occupe de la partie maladie alcoolique et moi je m'occupe de la partie somatique pure et dure quoi.

QUESTIONNAIRE 16:

Durée d'entretien : 31 minutes 25

Sexe : homme

Age : 61 ans

Type d'exercice : urbain, complètement, je ne fais que de la ville ici à S.

Nombre de consultations par jour : alors, euh, entre 20 et 30. Ça tourne disons autour de 25 en moyenne. 25 et 30 en moyenne. Le lundi un peu plus mais sinon c'est ça.

Ancienneté d'installation au cabinet : depuis novembre 1981.

- ***Avez-vous déjà eu une formation spécifique en addictologie ?***

Alors, j'ai pas fait de DU ou des choses comme ça mais j'ai fait des FMC (Formations Médicales Continues), là-dessus, quoi, hein, voilà. Et puis j'ai beaucoup travaillé sur les thérapies cognitivo-comportementales, j'ai fait aussi des formations là-dessus, et donc je travaille essentiellement en addictologie avec ça.

- ***Pourcentage/ proportion de patients suivis pour un sevrage alcoolique ?***

Je suis incapable de répondre à cette question parce que c'est très variable. Euh, actuellement, j'en ai un certain nombre qui sont malades de l'alcool, euh, mais que je suis vraiment pour ce problème spécifiquement, en entretiens réguliers, par semaine, (*il hésite*) on va dire 3 ou 4. Alors plutôt peu, au sens où ce n'est pas mon activité essentielle, bien sûr, mais j'ai une activité en addictologie qui est importante hein par contre, je vois pas mal de toxicomanes, euh, de tout type hein, que ce soit les drogues légales ou illégales, dont tabac, et autres toxiques. On a beaucoup de patients en substitution ici aussi.

- ***Quels mots vous évoque le thème « suivi du patient dépendant à l'alcool après le sevrage ? »***

Après le sevrage ? Vous voulez que je vous sorte des mots ... euh, alors... quand vous parlez du sevrage c'est en stade de résolution, en stade de maintien, c'est-à-dire dans les premières semaines, les premiers mois ? Parce que ce n'est pas pareil pour moi.

- ***Après la phase aigüe de sevrage.***

Donc pour moi les mots, c'est stratégie, c'est suivi, c'est rechute bien sûr, c'est euh, psychothérapie, euh qu'est ce que je pourrais dire encore, après le sevrage, oui pour moi le mot le plus important c'est le suivi, voilà.

- ***Comment abordez-vous la question de la consommation d'alcool lors d'une consultation ? en fonction du profil, de ses analyses biologiques, systématiquement, à sa demande ?***

Alors, les analyses biologiques non. C'est fait lors de l'interrogatoire sur les antécédents, bien sûr, où je parle « des consommations », avec depuis quelques années la question qui

vient plus souvent sur le cannabis puisqu'on a de plus en plus de consommateurs de cannabis donc je pose la question de la consommation de tabac et de la consommation d'alcool, plutôt systématique lors de la première consultation. Après quand ce sont des patients qui viennent me voir spécifiquement pour ça ou chez qui je décèle un problème alors que ce n'était pas le motif de consultation, je leur pose la question mais comme je dirais, une bonne fois pour toute. Puisque ce qui m'intéresse, c'est sur le plan médical c'est la quantité, et puis après c'est surtout en ce qui concerne le suivi, les problématiques qui tournent autour de l'alcool parce que, d'une façon ou d'une autre, l'alcool est une mauvaise solution pour de vrais problèmes. Donc ce qui m'intéresse c'est d'aborder les vrais problèmes avec les patients. Une fois qu'on a parlé de l'alcool une fois, ça va, on va parler de l'essentiel et plus parler de l'alcool. Voilà. Il y a beaucoup de problème socio-économiques, et beaucoup beaucoup de problèmes psychoaffectifs, etc.

- ***Abordez-vous la question avec les femmes enceintes ?***

Je suis très peu de femmes enceintes. Donc comme ça là, j'ai pas souvenir d'avoir eu euh, alors avec le tabac, oui parce que c'est beaucoup plus évident, euh, sur l'alcool, femmes enceintes comme ça, dans les règles hygiéno-diététique oui parce qu'on leur parle toujours de leur alimentation, de leur activité physique, au quotidien etc., mais c'est pas quelque chose qui me préoccupe comme ça voilà.

- ***Et avec les adolescents ?***

Alors avec les adolescents beaucoup hein, la question des consommations elle est systématique voilà. Systématiquement avec les adolescents oui. Parce qu'il y a des phénomènes qui sont maintenant très fréquents chez les adolescents, comme le binge drinking, qui nous pose de gros problèmes, et puis, euh, les consommations festives qui se répètent très souvent deux, trois fois par semaine, et on a les consommateurs de sodas alcoolisés là, ces nouvelles boissons qui posent vraiment de gros problèmes, avec le cannabis hein. Puisqu'on a une consommation, très souvent une poly-consommation alcool-cannabis, et puis un petit peu l'ecstasy, et puis on voit apparaître maintenant de plus en plus la cocaïne, voilà. Et dans l'Hérault on est très mauvais là-dessus, donc euh je dois dire on est très mauvais ou très bon, c'est à dire, on est l'un des départements qui a, le Languedoc -Roussillon mais l'Hérault particulièrement, une des plus fortes consommation de cannabis, de toxiques, d'ecstasy, de choses comme ça chez les jeunes.

- ***Quand proposez-vous un sevrage en alcool ?***

C'est systématique, je leur propose un sevrage, alors en fonction de ce qui se passe, soit avec le service d'addictologie ici, en hospitalisation, soit parce que je m'occupe d'une structure de précarité ici et avec des lits halte soins santé en CHRS : centre d'hébergement et de réorientation sociale, donc avec mes travailleurs sociaux et avec mon équipe sur place, on leur propose un suivi, euh, comme ça. Mais ça c'est souvent difficile avec les SDF, voilà. Mais bon, je propose toujours, et puis c'est après en fonction de mes disponibilités, bien sûr, parce qu'en médecine générale malheureusement, pour faire du sevrage, et donc de l'addicto, il faut du temps, et du temps, on en a pas, ou alors on en a mais comme il est pas payé euh, on peut pas non plus faire n'importe quoi.

- ***Pensez-vous que l'entourage du patient puisse influencer la prise en charge d'un sevrage alcoolique ?***

Alors, il peut influencer dans les deux sens l'entourage, dans les deux sens oui. L'entourage peut être particulièrement délétère, comme il peut être un grand soutien. Tout à fait, je pose toujours la question de l'environnement, parce que je suis médecin de famille aussi. Et que je sais que certains sevrages ne seront pas possibles avec certains entourages familiaux et donc là je propose cure et post-cure.

- ***Quel type de sevrage proposez-vous ?***

C'est en fonction du patient. Je n'ai rien contre le sevrage hospitalier, euh, parce que ça peut donner de très bons résultats, euh, mais c'est difficile à organiser parce que ça prend beaucoup de temps. Ça prend du temps déjà pour les avoir au téléphone, ça prend du temps pour avoir une première consultation, ensuite ça prend du temps pour avoir la cure puisque elle ne peut être faite qu'en fonction de la post-cure, de la date de post-cure pour ne pas qu'il y ait de hiatus entre la sortie de l'hospitalisation et l'entrée en post-cure, parce que s'il y a un truc, ils vont fêter la sortie de l'hôpital hein bon. Et puis ensuite ça dépend du stade motivationnel du patient, parce que s'il a un stade de précontemplation ou de contemplation qui n'est pas encore un stade de détermination, je pense que la cure, euh, elle sera vouée à l'échec. Donc il y a un travail préparatoire à faire avant de proposer une cure sinon, euh, ça ne fonctionne pas. Mais j'ai fait faire une thèse à un interne du Grau Du Roi, qui était de voir si on avait autant d'échecs ou autant de réussite au bout de 4, 5, 8, 10 cures, hein, est-ce que ça vaut le coup de s'acharner ou bien est-ce qu'au bout de 4 ou 5 cures ce n'est pas la peine d'en proposer parce qu'il n'y aura rien. Et sa thèse avait démontré sur un petit nombre de patients, ça demanderait à faire plus mais qu'au bout de la 8^e ou 9^e cure on avait autant de pourcentages de sortie de l'alcool qu'à la 2^e ou à la 3^e, donc, ça vaut le coup de s'acharner.

- ***Quels types de médicaments utilisez-vous lors du sevrage en ambulatoire?***

Alors, j'ai utilisé le baclofène, bien sûr. Hein, ce n'est pas un médicament très facile à manipuler, hein. Parce qu'il demande un suivi très rigoureux au début hein et très organisé. Et que quelquefois je n'arrive pas à faire ce suivi par manque de temps, parce que là mes consultations elle sont bloquées au 6 mai, vous avez vu on a trouvé une consultation pour cette dame, mais je n'ai rien avant. Donc en médecine générale, ça devient débile, complet. Comme je fais aussi beaucoup d'autres psychothérapies d'entretien, dans le cadre d'autres pathologies anxieuses ou dépressives, euh, ça devient compliqué (*il rit jaune*) donc mais bon, dans la mesure du possible si je pense que la personne va répondre correctement, si j'ai le temps et si elle accepte de venir le matin, euh, sur des rendez vous qui soient plus courts euh, je propose, oui le baclofène. Tout à fait, voilà.

- ***Et le nalméfène ?***

Pour l'instant je ne l'ai pas utilisé, non.

- ***Etes-vous plutôt en faveur de l'abstinence ou de la consommation contrôlée d'alcool ?***

Alors, depuis que je suis médecin généraliste, j'ai très très vite compris, tout de suite, qu'en matière d'alcool, en matière d'addiction en général euh, parce que moi c'est ce que j'ai appris, c'était la « loi du tout ou rien », elle était totalement irréaliste en ville, c'est pas possible hein. On est, j'utilise toujours une phrase hein, « la caravane avance toujours à la vitesse du plus lent ». Donc, on doit avancer à la vitesse du patient. C'est pas le médecin qui décide, c'est une décision partagée. Donc si le patient sent qu'effectivement une abstinence, c'est euh, c'est possible, on prend les rendez-vous nécessaires pour l'organiser. Si pour moi il passe de ce stade motivationnel de la détermination « je vais faire quelque chose » à une action « je ne bois plus que 2 ou 3 bières par jour », j'ai un patient là actuellement qui en est là, il en buvait une trentaine par jour. Alors il dit « une trentaine de demi », en fait c'est, euh (*il rigole*), il en avait une avec lui, je lui fais « mais c'est pas des demi que vous buvez, c'est des 25 cl ». Euh donc ça faisait quand même euh (*il réfléchit*) 7,5 à 8 L de bière par jour. Il est passé à 3 bières par jour, il veut pas descendre en dessous parce qu'il me dit « avec ça je suis bien ». Il est toujours sous baclofène en même temps. Pour moi, ce type, il a changé de comportement. Il est dans l'action. Donc il mérite que je ne sois pas là à lui dire « ouais vos 3 bières euh quand est ce que vous les arrêtez ! ». Donc, au début oui j'étais sur l'abstinence parce que c'est ce qu'on m'avait appris, et je me suis cassé le nez. Parce que on avait pas les traitements de substitution pour l'héroïne, on avait pas les traitements de substitution pour le tabac, on avait rien (*il insiste*), rien du tout. Et donc l'abstinence c'était ce que j'avais appris et c'était sauvage. On mettait nos héroïnomanes avec du Catapressan® et une tension à 6. Bon, et puis j'ai vite compris que c'était pas possible. Donc je ne suis pas, euh, je suis très libre, non l'abstinence pour moi est un objectif à TRES long terme, et j'ai besoin d'établir avec mon patient dans l'alliance thérapeutique, des objectifs qui sont réalisables pour lui. Et c'est pas mes objectifs, ce sont les siens.

- ***Pensez-vous que des consultations de médecine générale soient suffisantes pour le suivi d'un patient pendant et après le sevrage alcoolique ?***

Là encore ça dépend du profil du patient. Moi j'ai besoin pour ceux qui le peuvent, d'avoir des compléments, par exemple euh un psychologue clinicien, un truc comme ça. J'ai besoin quelquefois qu'il soit suivi par d'autres personnes en addictologie, on fait un suivi conjoint. Euh, j'ai parfois, je continue de les suivre, euh, moi ce qui me gêne là, c'est euh, on va sortir un petit peu du champ strict de l'alcool, c'est euh, la consultation et le paiement à l'acte qui est inadapté en ce type de consultation en addictologie. L'addictologie ça demande des consultations longues, de 30 à 40 minutes, à 23 euros, c'est pas possible. On a choisi nous, un confort de travail avec un secrétariat qui est là tous les jours de 8h30 à 12h30 et de 14h à 19h, ça nous coûte une fortune, on a choisi un confort de travail à tout point de vue, ça nous coûte très cher. A 23 euros les consultations d'addicto euh voilà. Donc actuellement je suis limité par le paiement à l'acte, et je sais que je pourrais faire beaucoup mieux, beaucoup plus si j'étais rémunéré correctement pour ce travail. En fonction du temps passé, des qualifications que j'ai là-dessus et de mon expérience je pense que je ne suis pas rémunéré à mon juste niveau.

- ***Pensez-vous avoir le temps nécessaire à consacrer à ce type de consultation ?***

Et bien, à toutes, je ne peux pas. Donc je suis obligé de faire des choix. Et choisir c'est éliminer donc il y a un certain nombre de patients que je ne suivrais pas pour le sevrage parce que je n'ai pas le temps. Plutôt que de le faire mal, parce que ça c'est insupportable.

- ***Pensez-vous que les connaissances que vous avez en matière de suivi de sevrage alcoolique sont plutôt liées à votre pratique ou à votre formation théorique ?***

Moi je dirais que ce qui m'a incité à aller me former c'est justement le fait que je me rendais compte que les compétences que j'avais pu acquérir pendant ma formation étaient largement insuffisantes pour l'exercice de la médecine générale. D'ailleurs je m'en suis tout de suite rendu compte. Les premiers patients que j'ai vu, je me suis dit « attends tu as jamais vu ça, t'as jamais vu ça à l'hôpital, t'as jamais vu ça dans ta vie, euh, comment tu vas faire pour faire face à tout ça ». Et donc, c'est à partir de là que je me suis formé et que j'ai été plus loin, voilà. Donc je dirais que c'est par l'intermédiaire de ma pratique que je me suis rendu compte qu'il fallait aller beaucoup plus loin, et c'est par l'intermédiaire de ce « il faut aller beaucoup plus loin » que je me suis rendu compte qu'il fallait que je fasse de l'enseignement et que j'ai petit à petit évolué dans cette branche là. C'est un mélange des deux.

- ***Vous sentez vous à l'aise face au sevrage alcoolique et son suivi ?***

Complètement, ça me pose aucun problème. De poser la question « est ce que vous buvez, qu'est ce que vous buvez » et de dire quand je vois un patient, « bon écoutez, vous avez quand même une parotidose assez importante, vous avez un VGM à 107, vous avez les transaminases au plafond, je suis désolé, n'ayez pas peur, de toute façon ça ne sortira pas d'ici mais moi j'ai besoin de savoir pour pouvoir vous aider. » Voilà donc ça me dérange absolument pas, je suis pas gêné sur cette question. Je ne suis plus gêné sur cette question.

- ***Avez-vous eu des expériences difficiles qui modifient votre prise en charge ?***

Alors au tout début de ma carrière oui c'est là que je me suis rendu compte que j'étais absolument pas formé à ça. On était centré sur le produit et pas sur la personne, or en addictologie, si tu es centré sur le produit, ça ne peut pas avancer, c'est impossible. C'est le patient, alors l'alcool est un problème complémentaire qui vient compliquer les choses, à la différence du tabac ou des trucs comme ça en addicto mais euh voilà ben au début oui je comprenais pas pourquoi ça marchait pas. Pourquoi il voulait pas arrêter de boire.

- ***Comment vivez-vous la rechute ou l'arrêt de suivi de certains patients ?***

Exactement comme je vis leur sevrage et leur réussite, c'est pas la mienne, c'est la leur. Par contre, j'envisage toujours la rechute, euh puisque ... je travaille beaucoup avec des diapositives hein et je leur montre exactement ce que c'est que les stades motivationnels de Prochaska et Di Clemente et je leur explique exactement le processus et je leur demande où est ce qu'ils en sont. Et donc forcément on établit ensemble nos objectifs, nos stratégies et on choisit les outils que l'on va utiliser pour les accompagner là dedans. Donc évidemment à chacune des étapes j'envisage la rechute avec eux. Et quand ils sont

au stade de d'action ou au stade de maintien de leur sevrage euh, j'envisage toujours, puisque ça fait partie des stratégies à utiliser et des objectifs à fixer avec eux, j'envisage toujours la rechute. Comme ça je leur explique qu'il y a pas d'échec puisqu'ils ont déjà fait tout un parcours mais qu'on est dans un cadre de rechute et on travaille beaucoup là-dessus justement. Ça fait partie de leur histoire parce que quand on les voit en général, ils ont déjà fait des tentatives.

- ***Est-ce que le fait de savoir que la rechute est fréquente modifie votre implication dans la prise en charge ?***

Non parce que c'est le médecin qui fait face au patient c'est pas moi en tant que personne. Moi je suis congruent, j'accueille mon patient de manière positive et inconditionnelle, et je ne me laisse pas embarquer sur le plan affectif et émotionnel, je sais qu'il y a un contre transfert je suis pas innocent mais au moins ça ne me dérange pas. Ça ne modifie pas ma prise en charge puisqu'elle a été anticipée.

- ***Pensez-vous qu'une aide extérieure pourrait être bénéfique à ce type de suivi, tout en restant « le chef d'orchestre » ?***

Indispensable oui.

- ***Quels types d'aides extérieures vous viennent à l'esprit ?***

Alors il y a des associations hein, il y a l'ANPAA, chez les adolescents il y a des points écoute jeunes, pour des gens qui sont profondément atteints comme les SDF et tout ça il y a des structures d'accueil dont je m'occupe donc je connais bien le circuit. Il y a les services d'addictologie bien sûr, les CMP bien sûr parce que quelquefois il existe des problèmes psychiatriques et pour pouvoir bénéficier de prise en charge par des psychologues, il faut passer par les services médico-psychologiques pour que les patients puissent aller dans les centres médico-psychologiques bénéficier de consultations de psy. Voilà, mais je pense que c'est indispensable, c'est indispensable. Il faut absolument s'entourer de gens qui vont nous aider. C'est une prise en charge globale c'est-à-dire que l'assistante sociale en fait partie. Parce qu'une personne qui est déstabilisée sur le plan familial ou sur le plan professionnel ou sur le plan social ou sur le plan affectif etc., ben euh, si on ne s'occupe pas de tout ça, on a aucune chance d'y arriver. Donc je veux dire même à la limite parfois, même le pôle emploi peut nous aider. Et puis il y a des associations qui s'occupent de ça très très très bien. On a une ou deux réunions par an. Je m'occupe d'une assistante sociale qui a trouvé avec sa collègue infirmière qu'il fallait faire des groupes d'échange de pratique sur la ville de S. Elles m'ont demandé d'y participer, il y a un ou deux médecins à y participer sur le tas et il y a toutes les associations qui interviennent et c'est centré sur l'addicto hein, donc alcool, cannabis ou autre.

- ***Pensez-vous qu'il est simple d'avoir recours aux structures d'addictologie hospitalières ?***

Non c'est difficile parce qu'ils n'ont pas beaucoup de temps mais du fait que je suis un vieux médecin j'ai la chance de connaître les gens depuis longtemps et EUX me connaissent et donc les relations interpersonnelles améliorent et mettent de l'huile dans les rouages. Voilà, c'est clair. J'ai une des mes anciennes stagiaires ici qui est PH au Grau du Roi, euh ça m'est arrivé dans des situations un petit peu compliquées de lui passer un

petit coup de fil et de dire, « euh S., voilà ». « Oh mais c'est pas le même département ! » Je lui dis « oui mais c'est moi ! » (*il rigole*) je connais très très bien ici l'addicto, j'ai beaucoup travaillé avec le réseau 34, l'addictologie à Montpellier, donc en fait voilà, les circuits se sont créés comme ça. Mais je sais que pour les jeunes médecins ça doit pas être évident hein.

- ***Avez-vous connaissance de l'existence de réseaux en matière de suivi de sevrage alcoolique ?***

Oui, on en a cité quelques uns.

- ***comment les avez-vous connus de manière générale ?***

Alors il y a quelques années le conseil général éditait une espèce de plaquette sur laquelle il y avait tout ce qui était les réseaux, des trucs comme ça, gériatrie, précarité, accès aux soins, étrangers, aide médicale, alcoologie, sida, ...

- ***Retour des patients ?***

Extrêmement variable. Les retours par les soignants de manière générale sont satisfaisants. On reçoit peut être pas les lettres tout de suite mais la plupart du temps, là encore par des relations interpersonnelles, ça va bien.

Les patients eux, ce sont des patients qui sont pas faciles et souvent quand ils sont en difficulté et autre ils osent pas venir consulter tout de suite avec un sentiment de honte et culpabilité et donc c'est difficile des fois d'avoir des retours quand ça va mal. Quand ça va bien, ça va bien, on a de bons retours.

- ***Conseilleriez vous les réseaux à vos confrères?***

Oui. D'ailleurs il y a même des petits circuits qui sont organisés puisqu'il y a même des médecins de S. qui sont installés depuis peu, qui m'adressent des patients pour de l'addicto, pas forcément pour l'alcool d'ailleurs mais pour tout le reste oui. Et puis pour les syndromes, pour des entretiens, des trucs comme ça. J'ai une espèce d'image comme ça voilà donc il y en a quelques uns qui me les adressent.

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figures :

Figure 1 : Genre des médecins généralistes interrogés	31
Figure 2 : Milieu d'exercice des médecins interrogés	31
Figure 3 : Durée d'installation des médecins généralistes interrogés	32
Figure 4 : Nombre de consultations par jour en fonction du milieu d'exercice	32
Figure 5 : Nombre de consultations par jour en fonction de l'ancienneté d'installation ..	33

Tableaux :

Tableau 1 : Consommation d'alcool et niveau de risques selon l'OMS	17
Tableau 2 : Prise en charge alcoologique des médecins interrogés	66
Tableau 3 : Freins à la prise en charge du sevrage alcoologique par le médecin généraliste	67

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, en présence des maîtres de cette école et de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité qui la régissent.

Mon premier souci sera, de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous les éléments physiques et mentaux, individuels collectifs 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 dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients de 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 leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai influencer ni par la recherche du gain ni par la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés.

Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers.

Et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances, sans acharnement.

Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Que je sois modéré en tout, mais insatiable de mon amour de la science.

Je n'entreprendrai rien qui ne dépasse mes compétences ; je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses,

Que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

MICHEL

MARIELLE

Etude qualitative sur le vécu des médecins généralistes de l'Hérault face au sevrage en alcool.

Thèse : Médecine Générale - Université des Antilles et de la Guyane Année 2016

Numéro d'identification : 2016ANTI0108

MOTS-CLES : Médecine générale, sevrage, alcool, vécu.

Les médecins généralistes sont en première ligne pour le repérage et la prise en charge des patients malades d'alcool.

OBJECTIF : L'objectif principal était d'évaluer le vécu des médecins généralistes de l'Hérault face au sevrage en alcool.

METHODE : Il s'agit d'une étude qualitative basée sur l'analyse d'un questionnaire passé au cours d'un entretien individuel auprès de médecins généralistes installés dans l'Hérault. Le recrutement a été arrêté à saturation des données.

RESULTATS : La plupart des médecins n'ont pas de formation spécifique en addictologie. La consommation d'alcool est rarement abordée de manière systématique mais le plus souvent selon le profil du patient. La rechute est intégrée comme faisant partie de l'histoire du sevrage. Les avis divergent en ce qui concerne l'abstinence totale ou la consommation contrôlée d'alcool. La moitié des médecins n'est pas à l'aise avec ce type de prise en charge. La plupart des médecins préfèrent une hospitalisation à la phase aiguë du sevrage. Les consultations de médecine générale sont jugées insuffisantes par manque de temps et de formation en addictologie. La majorité pense qu'une aide extérieure serait nécessaire. Peu de médecins connaissent les réseaux d'addictologie.

CONCLUSION : Les médecins se sentent la plupart du temps isolés et démunis face à leur patient malade d'alcool, d'autant plus que l'accès en temps voulu aux structures hospitalières leur paraît difficile.

JURY :

Président : Pr Philippe LAMBERT

Juges : Pr Pascal PERNEY

Dr David COSTA

Directeur de Thèse : Dr Hélène DONNADIEU RIGOLE