



HAL
open science

**Place du médecin traitant dans la prise en charge du
mésusage de l'alcool. Point de vue de 81 patients suivis
en CSAPA**

Olivier Mouchet

► **To cite this version:**

Olivier Mouchet. Place du médecin traitant dans la prise en charge du mésusage de l'alcool. Point de vue de 81 patients suivis en CSAPA. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01624465

HAL Id: dumas-01624465

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01624465>

Submitted on 26 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.

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES
Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2016

N° 84

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

Place du médecin traitant dans la prise en charge du mésusage
de l'alcool. Point de vue de 81 patients suivis en CSAPA

Présentée et soutenue publiquement
le 21 juin 2016

Par

Olivier MOUCHET

Né le 1^{er} septembre 1983 à Paris (75)

Dirigée par M. Le Docteur Sylvain Emy, Médecin généraliste

Jury :

M. Le Professeur Vincent Mallet, PU-PH Président

M. Le Professeur Cyrille Feray, PU-PH

Mme Le Docteur Florence Vorspan MCU-PH

M. Le Docteur Éric Hispard, PH



Except where otherwise noted, this work is licensed under
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>

Remerciements

A Monsieur Le Professeur Vincent Mallet.

Merci de me faire l'honneur de présider ce jury de thèse. Veuillez trouver ici le témoignage de mon profond respect.

A Monsieur Le Professeur Cyrille Feray

Merci pour l'intérêt que vous portez à mon sujet de thèse. Veuillez trouver ici le témoignage de ma reconnaissance.

A Mme le Docteur Florence Vorspan.

Merci de me faire l'honneur de participer à ce jury et de juger mon travail. Je vous prie de croire à l'expression de mes sincères remerciements.

A Monsieur le Docteur Eric Hispard.

Merci d'avoir accepté de participer à ce jury et surtout de m'avoir permis de réaliser ce travail à Cap 14.

A Monsieur Le Docteur Sylvain Emy.

Merci d'avoir accepté de diriger ma thèse ainsi que d'avoir participé à ma formation de médecin généraliste.

Merci à l'équipe de Cap 14 pour votre accueil et pour vos remarques constructives.

A mes parents.

Merci à vous deux pour votre aide au quotidien depuis toutes ces années, votre soutien dans l'adversité et de m'avoir donné la passion de ce métier.

Sans vous je n'y serai jamais arrivé.

A ma sœur Emmanuelle, mes deux nièces Eve et Méline, mon neveu Mahé et mon beau frère Arnaud. Je vous souhaite le meilleur pour votre vie de famille présente et à venir.

A ma grand-mère.

A mes amis proches. Merci d'avoir été présents dans les bons comme dans les mauvais moments durant toutes ces années.

A Pierre-Guy. Un grand merci pour ton aide coté logistique. Merci pour ta patience et ta disponibilité.

A Nico. Merci pour ta présence et ton soutien dans la dernière ligne droite. Une pensée pour Jade et Florine.

A Julie...

Table des matières

INTRODUCTION	7
CHAPITRE 1. L'ALCOOL.....	8
1.1. Quelques chiffres importants.....	8
1.2. Les différents usages de l'alcool	9
1.3. Les outils de repérage des buveurs excessifs.....	11
1.3.1 Biologie.....	11
1.3.2 Consommation déclarée d'alcool (CDA)	11
1.3.3 Questionnaires standardisés.....	11
CHAPITRE 2. LES ORIENTATIONS POSSIBLES AMBULATOIRES	13
2.1. La place du médecin traitant.....	13
2.1.1 Le dépistage des comorbidités.....	13
2.1.2 Médecin généraliste versus hôpital	14
2.1.3 L'intervention brève.....	14
2.2. Présentation des CSAPA	15
MATERIELS ET METHODES	17
CHAPITRE 1. OBJECTIF DE L'ETUDE.....	17
CHAPITRE 2. DESCRIPTION DE L'ETUDE.....	18
2.1. Type d'étude.....	18
2.2. Population étudiée.....	18
2.3. Lieu et période de l'étude.....	18
CHAPITRE 3. L'ENQUETE	19
CHAPITRE 4. L'ANALYSE.....	20
RESULTATS	21
CHAPITRE 1. DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES	21
1.1. Sexe.....	21
1.2. Age.....	21
1.3. Suite description échantillon	22
1.4. Origine de l'orientation vers un centre spécialisé	23
1.5. Origine de la mise en avant de la surconsommation	23
1.6. Médecin traitant à l'écoute pour le problème alcool ?.....	24
1.7. La durée des consultations chez le médecin traitant était-elle adaptée selon les patients ?	24
1.8. Items spécifiques à la relation patient/médecin traitant.....	25

CHAPITRE 2. RESULTATS CROISES FONCTION DES CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION D'ETUDE	26
2.1. Origine orientation vers centre spécialisé et origine découverte de la surconsommation.....	26
2.2. Le patient a-t-il consulté son médecin traitant pour un motif lié à l'alcool ?	27
2.3. Difficulté à aborder le sujet avec le médecin traitant	27
2.4. Suivi par médecin traitant en plus du suivi spécialisé	27
2.5. Abord par le médecin traitant des risques encourus en cas de surconsommation ?	29
2.6. Le médecin traitant a-t-il établi une conduite à tenir claire avant de revoir le patient ?	29
2.7. La durée des consultations et l'écoute du médecin traitant étaient-elles satisfaisantes selon les patients ?	30
2.8. Le médecin traitant est-il un Interlocuteur adéquat ?	31
2.9. Moment(s) de la prise en charge par le médecin traitant désiré(s) par les patients	32
2.10. Peur d'un manque de confidentialité	33
2.11. ENTOURAGE SUIVI CONJOINTEMENT FREINE-T-IL LE SUIVI PAR LE MEDECIN TRAITANT ?	33
2.12. ASPECT FINANCIER DU SUIVI	34
DISCUSSION	35
CHAPITRE 1. RAPPEL SUR LES PRINCIPAUX RESULTATS DE L'ETUDE	35
1.1. Données sur population générale de notre étude.....	35
1.2. En terme de catégories socio-professionnelles	35
1.3. En terme d'antécédents familiaux.....	36
1.4. En terme d'âge	36
CHAPITRE 2. LIMITES ET BIAIS DE NOTRE ETUDE	36
CHAPITRE 3. ANALYSE ET DISCUSSION DES RESULTATS	37
3.1. Données épidémiologiques	37
3.1.1 Analyse des résultats du tableau comparatif.....	37
3.1.2. Attentes retrouvées via l'analyse des résultats dans la population générale d'étude	38
3.2. Inégalités d'accès aux soins.....	39
3.2.1. Inégalité socio-économique	40
3.2.2. Les antécédents familiaux de mésusage	45
3.2.3. Inégalités liées à l'âge.....	45
CONCLUSION	47
BIBLIOGRAPHIE.....	48
ANNEXE 1 :	52
ANNEXE 2 :	55
ANNEXE 3 :	56

ANNEXE 4 :58
ANNEXE 5 :61

Introduction

L'alcool demeure depuis de nombreuses années un problème majeur en santé publique.

En 2010, l'usage régulier de boissons alcoolisées concernait 19,9 % des adultes de 18 à 75 ans.

Du fait notamment de sa position de médecin de premier recours, le médecin généraliste a toute sa place dans la prise en charge du problème alcool, rôle que les pouvoirs publics veulent renforcer.

Celui-ci est également le pivot entre les médecins spécialistes de ville, les structures de soins et les réseaux sociaux.

Son rôle de coordinateur du parcours de soins fait de lui un acteur majeur du dépistage des comorbidités en lien avec l'alcool sur le plan physique comme psychiatrique.

De plus, les dernières recommandations préconisent la prise en charge ambulatoire de patients ayant un mésusage pour l'alcool en dehors de quelques contre indications.

Des outils validés sont à la disposition des médecins de ville afin de repérer les buveurs excessifs comme les questionnaires standardisés, les examens biologiques, la consommation d'alcool déclarée... Cependant ces outils présentent des sensibilité et spécificité très variables.

Les pouvoirs publics mettent l'accent depuis plusieurs années sur l'efficacité du repérage précoce et de l'intervention brève comme outil applicable en médecine générale.

D'après l'étude RECAP 2013 résumant le profil des patients suivis en CSAPA (Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en addictologie) en France, le médecin de ville est à l'origine de la prise en charge du mésusage pour 11.8% des patients.

Le point de vue des patients sur la prise en charge du mésusage est assez peu exploré dans la littérature.

C'est pourquoi notre travail cherche à apprécier la place du médecin traitant dans la prise en charge du mésusage de l'alcool au travers du ressenti de patients suivis en CSAPA.

L'objectif est de rechercher d'éventuels freins et de proposer des moyens pour les contrer afin d'optimiser le suivi en médecine de ville.

Chapitre 1. L'alcool

1.1. Quelques chiffres importants

On estime la vente d'alcool à 12 Litres d'alcool pure par habitant âgé de 15 ans ou plus en 2011. Cette quantité équivaut à une moyenne d'un peu plus de 2,5 verres d'alcool par jour et par habitant [1]. La France reste un des pays les plus consommateurs au monde. [2]

Le total des recettes fiscales sur l'alcool avoisine les 6 milliards en 2011. [3] Les Français ont dépensé 16,7 milliards d'euros en 2011 pour leurs achats de boissons alcoolisées. [4]

On dénombre 49 000 décès par an attribuables à l'alcool. Ce nombre a été actualisé à partir des dernières données disponibles en 2009 sur la mortalité et sur l'augmentation des risques d'être touché par certaines pathologies (cancers, cirrhoses) suivant les quantités d'alcool consommées. [5]

1400 décès ont été dénombrés suite à un accident de la route lié à l'alcool en 2008. Avec une alcoolémie non nulle, le risque d'être responsable d'un accident mortel de la circulation est multiplié par 8,5. [6]

150 556 condamnations pour conduite en état alcoolique. Parmi elles, 2 348 ont été accompagnées d'atteintes involontaires à la personne (1 828 blessures involontaires par un conducteur en état alcoolique et 183 pour homicide involontaire). [7]

En 2011, près de 11,2 millions de contrôles de l'alcoolémie au volant : 3,5 % de ces contrôles se sont révélés positifs. [8] Chez les 18 -75 ans, en 2010, 36,7% ont déclaré avoir bu au moins 6 verres en une seule occasion au cours du mois écoulé [10].

Consommation régulière	Consommation à risque
En 2011, les jeunes Français âgés de 15-16 ans se situaient au 3e rang européen du point de vue de leur usage d'alcool dans le mois. [9] En 2010, l'usage régulier de boissons alcoolisées concerne 19,9 % des adultes de 18 à 75 ans (29,5 % des hommes et 10,6 % des femmes) [10]	En 2010, on comptait environ 3,8 millions de consommateurs à risque (dépendants ou non) de 18 à 75 ans au sens du test Audit-C (version courte du « Alcohol Use Disorder Identification Test »). [ANNEXES 1] [10] Cette consommation à risque croît considérablement avec l'âge et concerne principalement les hommes (3,2 millions vs 0,6 million de femmes).

1.2. Les différents usages de l'alcool

Il convient tout d'abord de rappeler quelques définitions importantes, notamment :

► La définition de verre standard

Un verre standard correspond à la quantité d'alcool contenue dans un verre d'alcool tel qu'il est servi dans un bar soit 10g d'alcool pur.

Par exemple, un verre de 10 cl de vin à 12° contient autant d'alcool qu'une bière de 25 cl à 5° ou qu'un verre de 3 cl de whisky à 45°.

En terme de quantité de verres, une bouteille de 75 cl de vin ou de champagne à 12° contient 7 verres, une bouteille de 70 cl de whisky à 40° contient 22 verres, une bouteille de 70 cl de pastis à 45° contient 25 verres. [11]



► Les seuils

Les seuils retenus par l'OMS pour un adulte en dehors de situations particulières, sont :

- Pas plus de 3 verres par jour soit 21 verres par semaine pour les hommes
- Pas plus de 2 verres par jour soit 14 verres par semaine pour les femmes
- Pas plus de 4 verres lors d'une occasion
- Au moins un jour par semaine sans consommer d'alcool
- Zéro alcool pendant la grossesse. [12]

► Les types de consommation

La Société Française d'Alcoologie (SFA) définit différents modes de consommation d'alcool [13]:

- Le Non usage caractérisé par une absence de consommation ;
- L'usage simple qui correspond à une consommation modérée, prise en dehors de toute situation de risque ;
- Le Mésusage qui regroupe l'« usage à risque», l'«usage nocif» et l'«usage avec dépendance» ; les deux premiers se caractérisant par l'absence de «dépendance à l'alcool».

- L'« usage à risque » se retrouve lors d'une consommation dans des conditions particulières qui la contre-indiquent (conduite automobile, activité nécessitant vigilance et concentration, grossesse, maladie ou traitement non compatible avec l'alcool, ancien alcoolodépendant).

Ce n'est pas la quantité d'alcool en elle-même qui induit le risque.

La consommation peut être inférieure, égale, ou même supérieure aux seuils définis par l'OMS.

Elle n'entraîne pas de dommage d'ordre médical, psychique ou social.

- L'« usage nocif » traduit une consommation répétée entraînant une alcoolopathie. Il y a des dommages somatiques, psychologiques ou sociaux.

La notion d'usage nocif ne fait pas intervenir de quantités d'alcool, mais les dommages et les répercussions qu'il provoque.

- L'« usage avec dépendance» correspond donc au mésusage de l'alcool qu'ont les malades dits« alcoolodépendants », malades chez qui il existe une perte de la maîtrise de la consommation. On distingue l'alcoolodépendance psychique et l'alcoolodépendance physique.

L'alcoolodépendance physique est inconstante et concerne environ la moitié des malades dépendants. Les troubles apparaissent à l'arrêt de la consommation. [14]

D'après les résultats de l'étude ENGAM, réalisée en France par des médecins généralistes en 1991, la prévalence totale des « malades de l'alcool» est de 19,5% chez les adultes consultant en médecine générale et l'alcoolodépendance concerne près de 13% des hommes et 2% des femmes [15].

1.3. Les outils de repérage des buveurs excessifs

Les outils suivants sont des aides au repérage du mésusage d'alcool.

1.3.1 Biologie

Les marqueurs suivants ne permettent pas de diagnostiquer un mésusage en l'absence d'éléments cliniques. Par contre il peut être évoqué en cas de valeur anormale.

L'absence d'anomalies ne permet pas d'éliminer un mésusage.

Leur dosage peut cependant être utile après l'arrêt des consommations pour contrôler leur normalisation.

	Nom développé	Sensibilité	Spécificité	Augmentation si consommation alcool excessive	Normalisation après sevrage	Prix
GammaGT	Gamma Glutamyl Transferase ou Gamma Glutamyl Transpeptidase	34 à 84%	11 à 85%	2 semaines	2 mois	2,16 €
CDT	carbohydate ou Carboxy Deficient Transferrin	82%	96%	1 semaine	2 à 4 semaines	13,50 €
VGM	Macrocytose mesurée par le Volume Globulaire moyen dans le cadre d'une NFS	15 à 69%	26 à 91%	2 mois	3 mois	9,45 €

Marqueurs biologiques de la consommation importante d'alcool (d'après Allen et Litten, 2001)

1.3.2 Consommation déclarée d'alcool (CDA)

La CDA est évaluée en nombre de verres standards. (cf. 2). Dans le cas d'une consommation régulière, elle sera évaluée en fonction du nombre de verres consommés la semaine précédente. Pour une consommation occasionnelle ou irrégulière, il faut évaluer le nombre de verres consommés par occasion et le nombre d'occasions par semaine ou par mois selon les cas.

La CDA est souvent sous-estimée, de façon consciente ou non. [16]

1.3.3 Questionnaires standardisés

Ces questionnaires sont des outils de repérage et non de diagnostic. Un résultat positif oriente vers un mésusage. A contrario, un résultat négatif ne l'élimine pas.

► CAGE (version française, DETA) [Annexe 2]

Cet hétéro-questionnaire a été développé afin de différencier à l'hôpital les patients alcoolodépendants des buveurs modérés.

Il est peu efficace pour le repérage des consommateurs excessifs non dépendants. Sa brièveté permet une utilisation simple en médecine générale.

Sa sensibilité varie de 60 à 95% et sa spécificité de 50 à 95%. [17 ; 18]

▶ AUDIT et dérivés (annexe 1)

Ce questionnaire a été développé par l'OMS en 1993 afin de repérer des patients ayant un mésusage en population générale.

Il porte sur les 12 mois précédents et explore la quantité consommée, la dépendance et les problèmes rencontrés en raison des consommations.

Une version courte, AUDIT-C, reprenant les trois premières questions permet un repérage du mésusage avec de meilleures sensibilité et spécificité que le CAGE en médecine générale.

▶ FACE (annexe 3)

Ce questionnaire a été développé en 2002 par l'Association nationale de prévention en alcoologie et en addictologie (ANPAA) dans le cadre du programme « Boire moins c'est mieux » pour répondre à la demande des médecins généralistes.

Il contient 5 questions.

Selon une étude réalisée en Ile-de-France, en Belgique et à Genève, ce questionnaire a été désigné par les médecins généralistes comme le plus approprié à leur pratique en comparaison à l'AUDIT réalisé seul. [19]

Sa sensibilité varie de 75 à 87% et sa spécificité de 74 à 95%.

▶ MAST (annexe 4)

Ce questionnaire comprend 25 questions portant sur la vie entière et met l'accent particulièrement sur les effets tardifs d'une consommation chronique excessive d'alcool.

Cet outil est surtout sensible et spécifique pour détecter les alcoolo-dépendants, par contre il n'est pas vraiment adapté en médecine générale du fait de sa spécificité et de sa longueur.

Il existe une forme abrégée (shortMAST) également validée et comprenant 13 questions.

Chapitre 2. Les orientations possibles ambulatoires

2.1. La place du médecin traitant

En 2008, chaque personne en France, quel que soit son âge, a consulté un médecin généraliste avec une moyenne de 4,4 consultations ou visites. [20]

Les médecins de ville voient environ 50 000 patients en une semaine pour un sevrage [21].

Ce dernier a donc l'opportunité d'évoquer avec le patient sa consommation d'alcool et surtout de repérer les « consommateurs à risque » nécessitant ou non une prise en charge particulière.

2.1.1 Le dépistage des comorbidités

En plus d'entraîner une dépendance, l'alcool est responsable d'une soixantaine de pathologies et de traumatismes : blessures, troubles mentaux et comportementaux, troubles gastro-intestinaux, cancers, pathologies cardiovasculaires, et ce de manière dose-dépendante. [22]

La rapidité nécessaire parfois du dépistage des comorbidités peut imposer que le médecin traitant soit la seule alternative aux diagnostics initiaux des comorbidités. [23]

Chez des patients atteints d'une pathologie psychiatrique, 22.3% présente un abus et/ou une dépendance à l'alcool.

37% de patients alcoolodépendants présentent des comorbidités psychiatriques. [24]

La plupart des troubles psychiatriques chez les patients dépendants sont secondaires d'où l'importance du dépistage. [25]

De ce fait, ces comorbidités doivent être dépistées systématiquement et distinguées des troubles psychiatriques induits. [26]

Il a également été reconnu un rôle essentiel du médecin traitant dans le diagnostic de la cirrhose non compliquée dans la population ayant une consommation excessive d'alcool.[27]

Ainsi, l'alcool étant impliqué dans une grande variété de troubles physiques et psychologiques, c'est aux médecins généralistes de saisir l'opportunité des consultations pour repérer les patients adultes ayant une consommation dangereuse et problématique d'alcool.

2.1.2 Médecin généraliste versus hôpital

Plusieurs études et notamment la conférence de consensus éditée par l'HAS en 1999 préconise une prise en charge ambulatoire en l'absence de contre-indication.

Les patients dont la prise en charge ambulatoire est contre indiquée représente uniquement environ 10 à 30% des patients.

TABLEAU 3 Les contre-indications au sevrage ambulatoire			
Somatiques	Psychiatriques	Sociales	Alcoologiques
Traitement en cours d'une affection somatique	Idéations suicidaires	Entourage absent ou non coopératif	Antécédents de <i>delirium tremens</i> ou de crise comitiale généralisée
	Ivresses fréquentes avec troubles du comportement	Désocialisation, absence de domicile	Antécédents de rechutes fréquentes lors de tentatives de sevrage ambulatoire
	Autres dépendances associées (sauf tabac)		Incapacité absolue à se servir en ambulatoire selon le patient

Selon : Anaes, Société française d'alcoologie. Objectifs, indications et modalités du sevrage du patient alcoolodépendant. Conférence de consensus, 1999. www.has-sante.fr

Ces chiffres ne portent que sur le sevrage, il reste donc une grande proportion de patients ayant uniquement un mésusage sans dépendance pour l'alcool et donc pouvant être suivis par leur médecin traitant.

De plus, des études ont prouvé que le suivi sur le long terme permet une réduction du risque de rechute. [28] L'intervention du médecin traitant peut donc s'opérer à plusieurs niveaux de la prise en charge.

2.1.3 L'intervention brève

Une stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif d'alcool a été adoptée par l'OMS en 2010. Ce plan insiste sur le développement de programmes d'actions de prévention en santé scolaire, en santé au travail et en santé communautaire. Les stratégies énoncées sont notamment la promotion de stratégies de repérage précoce et d'interventions brèves.

Ce repérage des problèmes avec l'alcool peut se faire précocement tant sur le plan clinique, biologique que social. Le conseil minimal semble efficace à un stade précoce de l'usage problématique d'alcool.

Tous les consommateurs d'alcool sont concernés par une intervention brève, notamment :

- Les consommateurs à risques, pour les inciter à réduire leur consommation et surtout éviter le passage à la consommation nocive ;
- Les adolescents notamment sur les risques de la consommation épisodique massive ;
- Les femmes, rappel de « consommation zéro » pendant la grossesse, repérage des consommatrices à risques au cours du suivi de la contraception et de la ménopause. [29]

2.2. Présentation des CSAPA

Les Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie en ambulatoire (CSAPA) sont des structures résultant du regroupement des lieux d'accueil spécialisés pour l'alcool (Centre de Cure en Ambulatoire en Alcoologie) et les drogues illicites (Centre de Soins Spécialisés aux Toxicomanes), ayant été prévu par le plan gouvernemental 2007-2011, de prise en charge et de prévention des addictions.

Le CSAPA a la vocation d'apporter une prise en charge pluridisciplinaire et conceptuelle sur les conduites addictives, quel qu'en soit l'objet.

Ce sont des centres médico-sociaux, qui peuvent être gérés par des établissements publics de santé (hôpitaux) ou par des associations régies par la loi du 1er Juillet 1901, sous condition de l'obtention d'un conventionnement du ministère de la santé.

Les personnes confrontées à une addiction à l'égard des drogues illicites, de l'alcool, des médicaments ou d'une pratique (jeux, sexualité, anorexie/boulimie...) ont vocation à être reçues dans les CSAPA. Ceux-ci accueillent également l'entourage (parents, conjoints, famille, amis). Par ailleurs, peuvent s'y présenter des personnes se questionnant sur leur consommation ou une conduite à risque, afin de faire un bilan avec un professionnel.

Les différentes missions des CSAPA sont :

- L'accueil, l'information, l'évaluation médicale, psychologique et sociale et l'orientation de la personne concernée ou de son entourage. L'équipe peut également aider au repérage des usages nocifs.
- La réduction des risques liés à la consommation ou au comportement en cause
- La prise en charge médicale (bilan de santé, sevrage) et psychologique (soutien, psychothérapie individuelle ou familiale, groupes de parole)
- La prescription et le suivi de traitements médicamenteux, dont les traitements de substitution aux opiacés,

- La prise en charge sociale et éducative, qui comprend l'accès aux droits sociaux et l'aide à l'insertion ou à la réinsertion.
- L'accueil des jeunes et de leur entourage dans le cadre de Consultations Jeunes Consommateurs est une mission non obligatoire du CSAPA. Cela est possible dans les locaux ou dans les antennes délocalisées de certains CSAPA.

Les centres assurent des soins ambulatoires, et peuvent également gérer des services de soins résidentiels dans un cadre individuel ou collectif tels les réseaux d'appartements thérapeutiques, les centres thérapeutiques résidentiels, les réseaux de famille d'accueil.

Ils accueillent, de façon gratuite, et anonyme sur demande, toute personne qui souhaite être aidée et en fait la démarche. L'accueil est donc basé sur le volontariat des personnes, mais celles-ci peuvent également être orientées suite à une mesure judiciaire (injonction de soins par exemple).

Les CSAPA sont implantés dans tous les départements français. Les deux tiers d'entre eux sont gérés par le secteur associatif. Si quelques rares structures sont encore référencées en tant que CSST ou CCAA, elles ont vocation, à terme, à être labellisées CSAPA. [30]

Matériels et méthodes

Chapitre 1. Objectif de l'étude

Question principale :

Quels sont les éventuels freins à la prise en charge du mésusage de l'alcool par le médecin traitant notamment en termes de dépistage et d'orientation en médecine de ville ?

Etude du ressenti de patients suivis en CSAPA.

Objectif secondaire :

Essayer de savoir pourquoi des patients suivis en alcoologie (CSAPA) échappent au suivi conjoint par leur médecin généraliste traitant.

Hypothèse :

Le mésusage de l'alcool concerne une proportion importante de la population générale en France. En 2010, on estimait à 3.8 millions, le nombre de consommateurs à risque.

20% des consultations en médecine générale seraient en rapport direct ou indirect avec l'alcool.

Les pouvoirs publics ont tendance depuis plusieurs années à promouvoir la place centrale du médecin traitant en précisant qu'il peut agir à tous les stades.

La prise en charge ambulatoire est contre indiquée uniquement dans 10 à 30% des cas. En dehors de ces cas, les résultats ne sont pas meilleurs en hospitalier.

Le médecin traitant n'est que peu fréquemment à l'origine de la prise en charge pour les patients suivis en CSAPA. Un nombre non négligeable de patients ayant un mésusage de l'alcool échappent au suivi par les médecins généralistes traitants.

L'étude des attentes du patient concernant la place du médecin traitant dans la prise en charge de leur mésusage paraît indispensable dans le but d'optimiser le suivi.

Chapitre 2. Description de l'étude

2.1. Type d'étude

Le travail a porté sur une étude quantitative via le recueil statistique des réponses d'un auto-questionnaire créé de novo.

2.2. Population étudiée

Des patients ayant un mésusage de l'alcool déjà suivis en CSAPA (centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie).

2.3. Lieu et période de l'étude

Centre parisien Cap 14 où les questionnaires ont été remplis par les patients en salle d'attente. L'étude s'est déroulée de février à Juin 2015.

L'intérêt du CSAPA réside surtout dans le recrutement de la population d'étude. C'est-à-dire de patients ayant un mésusage de l'alcool déjà suivis en ambulatoire conjointement ou non avec leur médecin généraliste traitant.

Le questionnaire a été établi à l'aide de la bibliographie disponible sur le sujet ainsi que grâce à l'aide d'un groupe d'experts composé de médecins addictologues, psychologues, assistantes sociale, exerçant à Cap 14.

Nous avons réalisé un pré-test auprès de patients afin de s'assurer de la compréhension des questions de notre étude.

La distribution de l'étude au sein du centre n'a pu se faire qu'une fois l'accord de l'ARS 75(Agence Régionale de Santé) obtenu auprès de Mme Maicha Myriem.

Le recueil des questionnaires déjà remplis ainsi que l'approvisionnement en questionnaires vierges se sont opérés tous les 15 jours, 3 semaines environ jusqu'à la fin de l'étude.

Ceci a permis de faire le point avec l'équipe sur l'avancée du travail et sur d'éventuels points à améliorer. L'avantage également de ces visites répétées a permis de discuter avec des patients en salle d'attente afin de connaître leur ressenti sur la lisibilité et la compréhension des questions. Aucun ajustement du questionnaire n'a été nécessaire après ces différents passages.

Chapitre 3. L'enquête

Le questionnaire est composé de 2 parties. [Annexe 5]

Sur le plan éthique, il était spécifié aux patients participants à notre étude que ce travail serait anonyme, confidentiel et que les résultats seraient utilisés uniquement dans le cadre d'une thèse en médecine générale.

- ▶ La première partie porte sur les données personnelles des patients notamment sur l'âge, le sexe, les catégories socioprofessionnelles, la situation de famille. [5]

En France, le risque d'alcoolisation excessive, ponctuel ou chronique, concerne surtout les hommes : plus de quatre hommes sur dix et plus d'une femme sur dix.

Entre 25 et 64 ans, il touche un homme sur deux.

Ces comportements sont moins fréquents chez les personnes vivant au sein d'une famille, sauf lorsque l'un des membres présente un usage à risque.

Les liens entre le risque d'alcoolisation excessive et les catégories socioéconomiques sont contrastés. Chez les femmes, le risque n'est patent que pour les cadres alors que chez les hommes, il touche aussi bien les ouvriers que les cadres, mais moins fréquemment les employés.

Le risque est plus souvent chronique que ponctuel chez les personnes ayant connu des épisodes de précarité au cours de leur vie, chez les hommes exerçant une profession intermédiaire, chez les artisans, commerçants ou chefs d'entreprise, ainsi que chez les hommes ayant des revenus faibles.

La non-consommation, quant à elle, se concentre dans les catégories les moins aisées. [31]

- ▶ La seconde partie porte elle sur la relation patient/médecin généraliste traitant

Questions 12, 13 et 14 : Avant de pouvoir parler éventuellement du suivi, il est nécessaire que le dialogue soit établi entre le patient et son médecin généraliste. D'une façon générale, les représentations autour de l'alcool sont très contrastées. L'alcool peut être un « sujet tabou », et un interdit d'autant plus quand on parle de l'alcool chez la femme, aborder la question de l'alcool c'est s'immiscer dans le privé de la personne. [33]

Question 15 : Le médecin généraliste a-t-il eu un rôle dans le dépistage du mésusage de l'alcool ? Quels sont les acteurs mis en jeu dans la découverte du « problème alcool » ?

Le problème alcool est généralement dépister suite à des signes cliniques évocateurs, suite à un questionnement du mode de vie, ou signalé par le patient lui-même ou un membre de son entourage.

Il apparaît que 62% des médecins généralistes disent délivrer des messages de prévention auprès des patients qui présentent des signes évocateurs et 23% de façon systématique à tous les patients. Ce qui suggère plutôt une prévention ciblée secondaire qu'une prévention primaire. [34]

Questions 22, 23 : La peur d'un manque de confidentialité peut-il être un frein au suivi par le médecin traitant ?

On essaye ici de savoir si le rôle de médecin de famille ne peut pas éventuellement desservir ce dernier.

On regroupe les questions de confidentialité et de tabou social du mésusage de l'alcool.

Question 24 : L'aspect financier peut-il être un frein dans le suivi au long court au cabinet de ville ? Comme décrit dans l'introduction, l'accueil en CSAPA est gratuit. [30]

Chapitre 4. L'analyse

Tous les questionnaires remplis ont été enregistrés dans une base de données « EXCEL ».

Les informations ainsi compilées ont pu être analysées. Pour les tests statistiques, nous avons principalement utilisé le test du Khi carré, parfois complété par un test exact de Fischer lorsque les effectifs théoriques étaient insuffisants.

Devant les faibles effectifs de certaines populations, (classes d'âge extrêmes, niveau socio-économique aisé) des regroupements de classes ont été opérés.

Les tests croisés à la recherche d'une significativité statistique ont été opérés entre les résultats de la première partie croisés à ceux de la seconde.

Résultats

Un total de 81 questionnaires sur 102 étaient exploitables pour l'analyse statistique. (Taux de réponse de 79%).

Les questionnaires écartés l'ont été en raison d'un mauvais remplissage.

L'analyse de l'ensemble des réponses s'est faite sur les 81 questionnaires (N : 81) hormis pour les questions 13 et 14 portant sur les éventuelles difficultés à aborder le sujet avec le médecin traitant et sur le fait d'être toujours suivi par le médecin traitant en plus du centre où l'effectif total était de 45. (N' : 45)

Chapitre 1. Données épidémiologiques

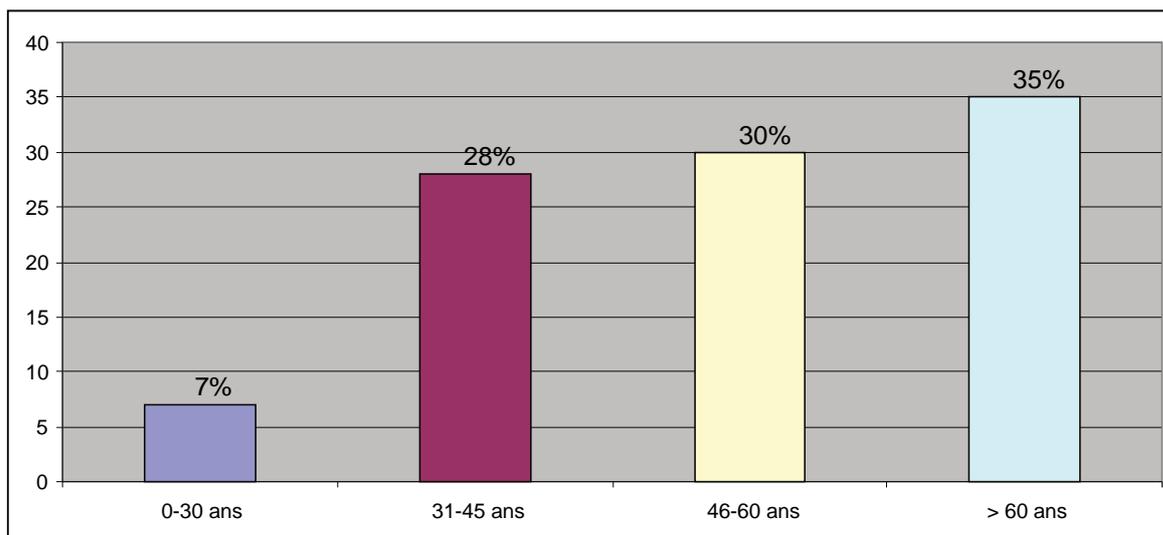
1.1. Sexe

La population se composait de 57% d'hommes et 43% de femmes (sexe ratio H/F : 1.3)

1.2. Age

La moyenne d'âge était de 50.1 ans. La médiane se situait à 52 ans pour un écart type de 11.9 ans.

Répartition selon l'âge



1.3. Suite description échantillon

Variable	Modalités	N	n (%)
Logement	Log 1	81	55 (68%)
	Log 2		26 (32%)
Profession	CSP 1	81	56 (69%)
	CSP 2		25 (31%)
Couverture sociale	CMU	81	6 (7%)
	Régime de base		75 (93%)
Situation maritale	En couple	81	34 (42%)
	Célibataires		47 (58%)
Enfant(s)	Aucun	81	33 (41%)
	Au moins 1		48 (59%)
Médecin généraliste traitant déclaré	Oui	81	74 (91%)
	Non		7 (9%)
ATCD familiaux de consommation excessive	Oui	81	50 (62%)
	Non		31 (38%)
Soutien de l'entourage ?	Oui	81	57 (70%)
	Non		24 (30%)

CSP 1 : catégorie socioprofessionnelle élevée ou moyenne

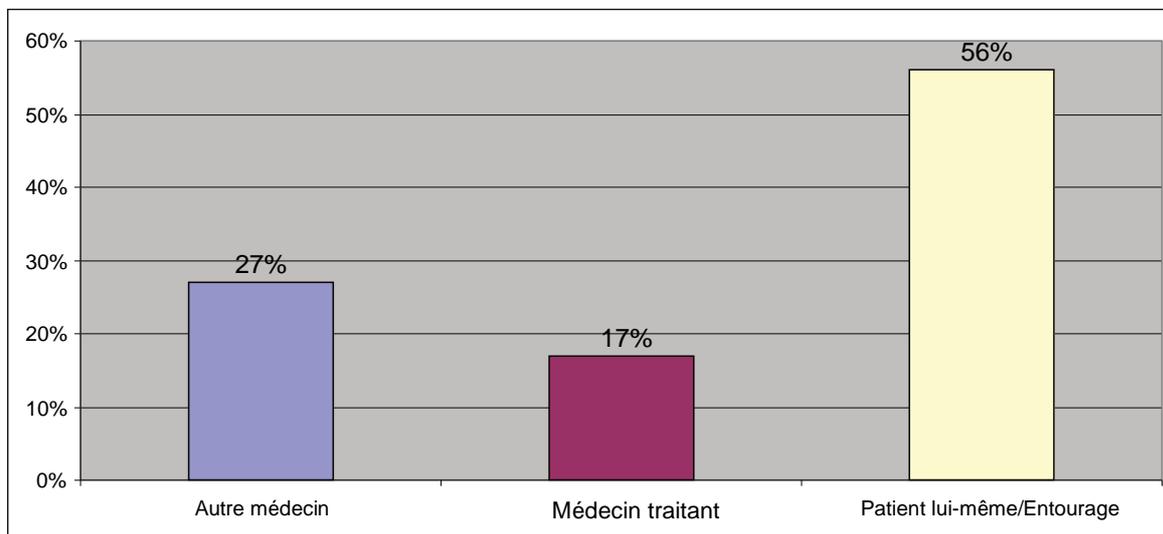
CSP 2 : catégorie socioprofessionnelle plus faible

Log 1 : patients vivants en appartement/pavillon

Log 2 : patients vivants en HLM, en logement type ADOMA et/ou hébergés par un tiers

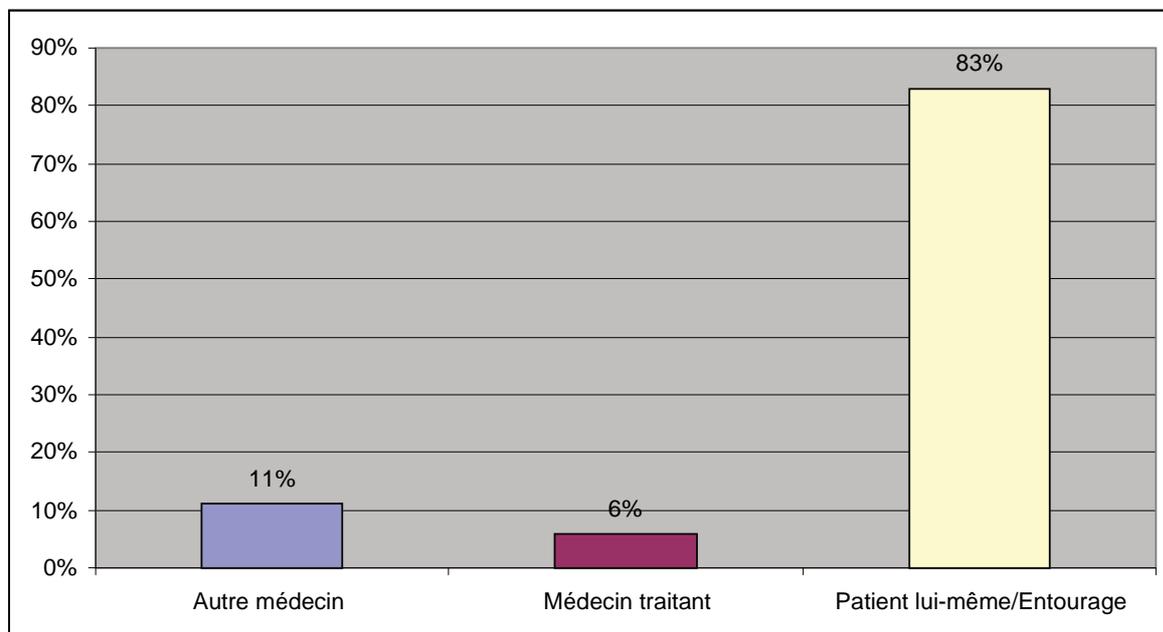
1.4. Origine de l'orientation vers un centre spécialisé

Origine orientation vers centre spécialisé

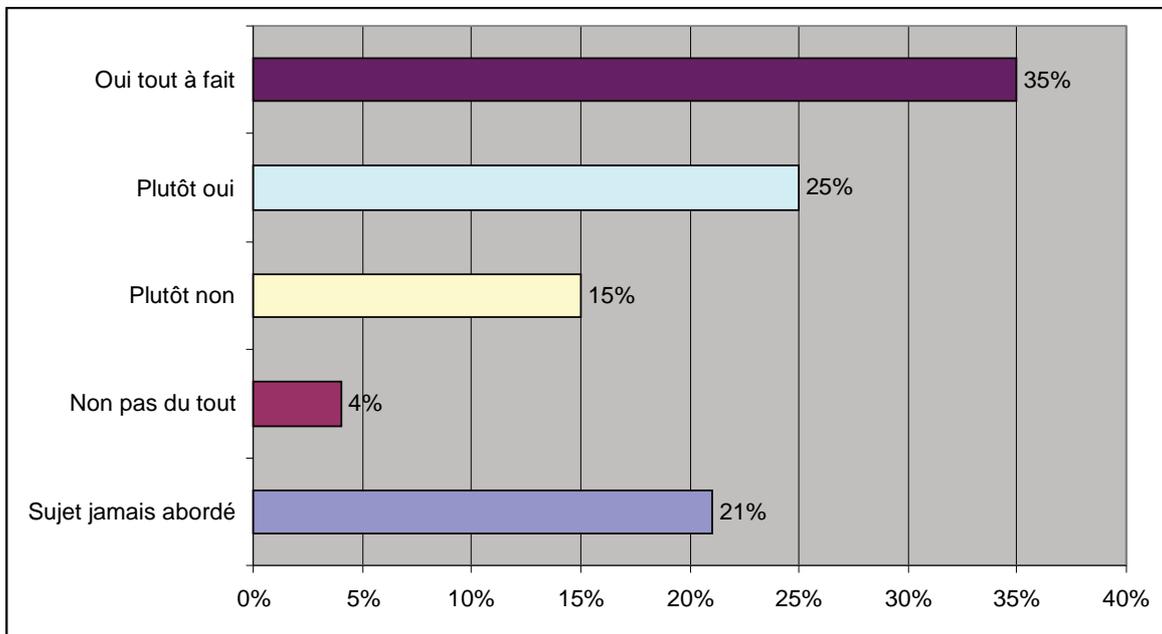


1.5. Origine de la mise en avant de la surconsommation

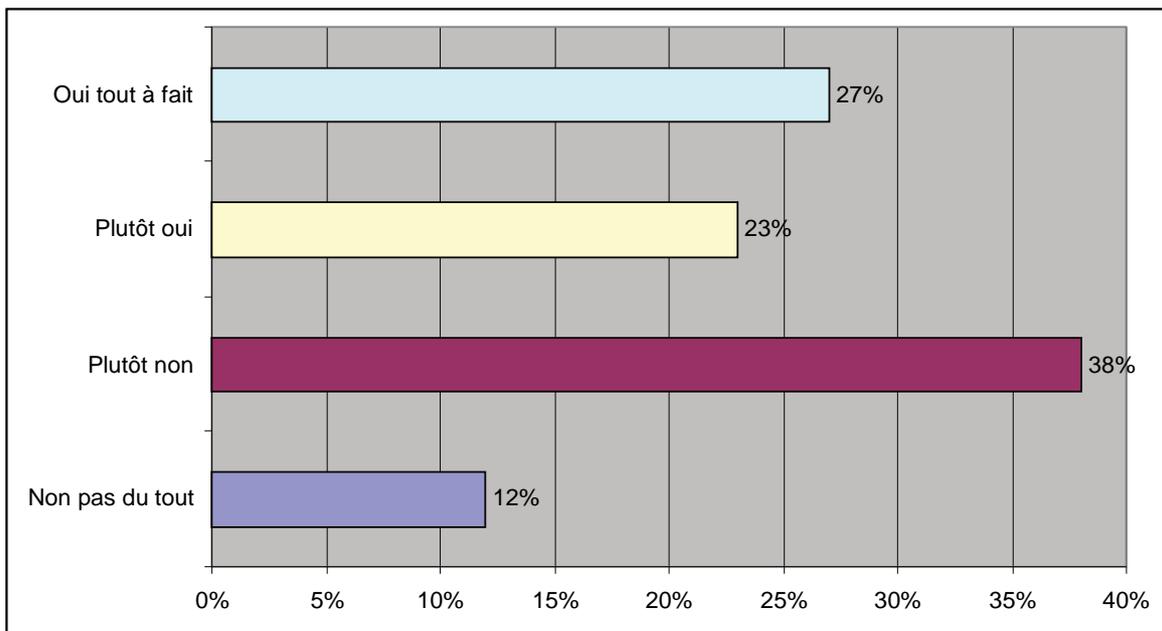
Origine découverte de la surconsommation



1.6. Médecin traitant à l'écoute pour le problème alcool ?



1.7. La durée des consultations chez le médecin traitant était-elle adaptée selon les patients ?



1.8. Items spécifiques à la relation patient/médecin traitant

Variable	Modalités	N	n (%)
Consultation du médecin traitant pour ce motif	Oui	81	45 (56%)
	Non		36 (44%)
Difficulté à aborder sujet	Oui	45	13 (29%)
	Non		32 (71%)
Suivi par médecin traitant en plus du centre spécialisé	Oui	45	22 (49%)
	Non		23 (51%)
Abord des risques liés à surconsommation	Oui	81	33 (41%)
	Non		48 (59%)
Conduite à tenir fixée par médecin traitant	Oui	81	17 (21%)
	Non		64 (79%)
Médecin traitant est-il un interlocuteur adéquat ?	Oui	81	31 (38%)
	Non		50 (62%)
A quel(s) moment les patients attendent-ils l'appui de leur médecin traitant ?	En amont	81	28 (35%)
	Diagnostic		22 (27%)
	Durant la prise en charge		20 (25%)
	Au long terme		44 (54%)
	Jamais		13 (16%)
Peur d'un manque de confidentialité ?	Oui	81	14 (17%)
	Non		67 (83%)
Suivi entourage par le même médecin gêne-t-il les patients ?	Oui	81	8 (10%)
	Non		73 (90%)
Aspect financier est-il un frein au suivi?	Oui	81	72 (11%)
	Non		9 (89%)

Chapitre 2. Résultats croisés fonction des caractéristiques de la population d'étude

2.1. Origine orientation vers centre spécialisé et origine découverte de la surconsommation

Variable	Modalités	Origine orientation vers centre spécialisé					Origine découverte surconsommation			
		N	Patient/ Entourage	Médecin traitant	Autre médecin	p-chi2	Patient/ Entourage	Médecin traitant	Autre médecin	p-chi2
			n (%)	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)		
Sexe	F	81	57%	23%	20%	0.25	86%	6%	8%	
	H		54%	13%	33%		80%	7%	13%	
Age	[0-45]	81	62%	17%	21%	0.59	97%	3%	0%	0.03
	>45		52%	17%	31%		75%	17%	8%	
Situation maritale	Célibataires	81	55%	17%	28%		79%	4%	17%	0.11
	En couple		56%	18%	26%		88%	9%	3%	
ATCD familiaux	Oui	81	60%	12%	28%	0.21	82%	6%	12%	
	Non		48%	26%	26%		84%	6%	10%	
Soutien entourage	Oui	81	63%	11%	26%	0.028	89%	2%	9%	0.01
	Non		38%	33%	29%		66%	17%	17%	
Profession	CSP 1	81	54%	20%	26%		86%	7%	7%	0.21
	CSP 2		60%	12%	28%		76%	4%	20%	

2.2. Le patient a-t-il consulté son médecin traitant pour un motif lié à l'alcool ?

2.2.1 Selon le sexe

Abord du sujet chez les femmes à hauteur de 54% et chez les hommes à hauteur de 57%.

2.2.2 Selon l'âge

Chez les moins de 45 ans, un taux d'abord du sujet avec le médecin traitant de 45% contre 62% chez les plus de 45ans. **Khi2 : 2.10<3.84.**

2.3. Difficulté à aborder le sujet avec le médecin traitant

2.3.1 Selon le sexe

Parmi les femmes ayant abordé le sujet avec leur médecin traitant, 26% ont éprouvé des difficultés pour en parler et 13% chez les hommes. **Khi2 : 1.78<3.84 p : 0.18**

2.3.2 Selon l'âge

Difficulté pour aborder le sujet chez 24% des moins de 45 ans et chez 16% des plus âgés.

2.3.3 Selon la profession

Dans la CSP 1, 24% avaient des difficultés pour aborder le sujet contre 9% dans la CSP 2.

Selon test exact de Fisher p : 0.19

2.4. Suivi par médecin traitant en plus du suivi spécialisé

2.4.1 Selon le sexe

Parmi les patients ayant abordé le sujet avec leur médecin traitant, 29% des hommes sont toujours suivis par lui et 35% des femmes.

2.4.2 Selon l'âge

28% chez les plus jeunes et 34% dans la catégorie plus âgée sont toujours suivis par leur médecin traitant.

2.4.3 Selon la situation de famille

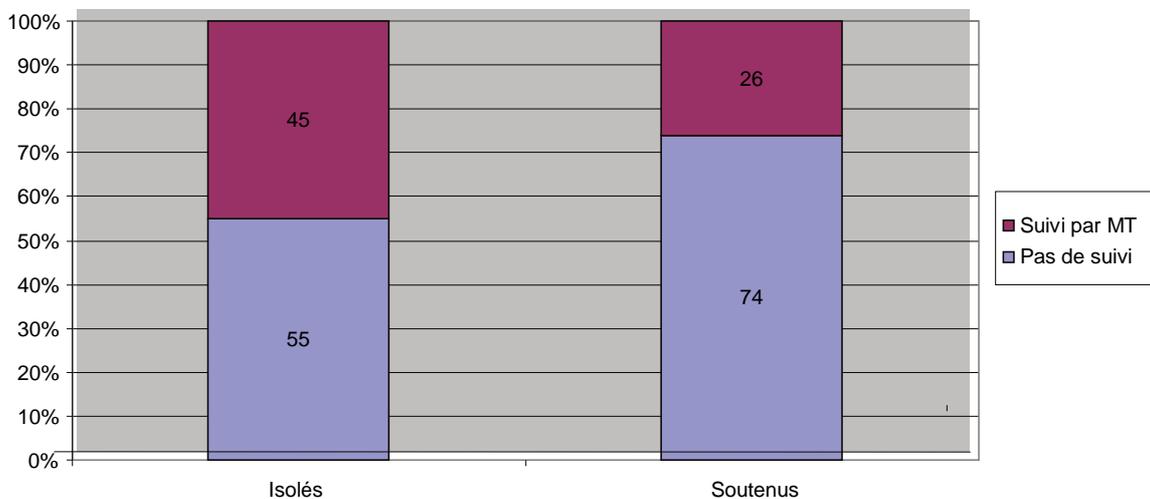
29% des patients célibataires sont toujours suivis par leur médecin traitant contre 37% chez les patients en couple.

2.4.4 Selon les antécédents familiaux

40% des patients sans antécédents et 27% des patients avec antécédents sont suivis conjointement par leur médecin traitant.

2.4.5 Selon soutien

Différence statistiquement significative $\text{Khi}^2 : 4.14 > 3.84$ p : 0.04.



Suivi par médecin traitant en plus du centre fonction du soutien de l'entourage

2.5. Abord par le médecin traitant des risques encourus en cas de surconsommation ?

		Abord par médecin traitant des risques encourus liés à une surconsommation			
Variable	Modalités	N	n (%)	Khi2	p
Sexe	F	81	31%	2.2	0.13
	H		50%		
Age	[0-45ans]	81	45%		
	>45 ans		39%		
Profession	CSP 1	81	48%	4.19	0.04
	CSP 2		24%		
Logement	Log 1	81	50%	1.57	0.2
	Log 2		31%		
ATCD familiaux	Oui	81	32%	4.13	0.04
	Non		55%		
Couverture sociale	CMU	81	33%		
	Régime de base		41%		
Situation maritale	Célibataire	81	34%	2.08	0.14
	En couple		50%		

2.6. Le médecin traitant a-t-il établi une conduite à tenir claire avant de revoir le patient ?

2.6.1 Selon l'âge

Dans la catégorie d'âge inférieure à 45ans, pas de conduite à tenir établie pour 69% et chez les plus âgés 85%.

Khi2 : 2.74 < 3.81, p : 0.09

2.6.2 Selon la profession

Pour la CSP 1, pas de conduite à tenir établie pour 75% et 88% pour la CSP 2.

2.6.3 Selon les antécédents familiaux

Avec antécédents, 78% des patients n'ont pas reçu de conduite à tenir et 81% en l'absence d'antécédents.

2.7. La durée des consultations et l'écoute du médecin traitant étaient-elles satisfaisantes selon les patients ?

Variable	Modalités	N	Durée des consultations adaptée			Médecin traitant à l'écoute			p-chi2
			Avis positifs n (%)	Avis négatifs n (%)	p-chi2	Avis positifs n (%)	Avis négatifs n (%)	Sujet jamais abordé n (%)	
Sexe	F	81	54%	46%	0.52	65%	13%	22%	
	H		46%	54%		54%	26%	20%	
Age	[0-45]	81	59%	41%		55%	17%	28%	
	>45		46%	54%		64%	19%	17%	
Logement	Log 1	81	56%	44%	0.13	62%	16%	22%	
	Log 2		38%	62%		58%	23%	19%	
ATCD familiaux	Oui	81	44%	56%	0.13	52%	30%	18%	0.003
	Non		61%	39%		74%	26%	0	
Couverture sociale	CMU	81	50%	50%		83%	17%	0	
	Régime de base		49%	51%		58%	19%	23%	
Profession	CSP 1	81	59%	41%	0.048	61%	16%	23%	
	CSP 2		36%	64%		60%	24%	16%	

2.8. Le médecin traitant est-il un Interlocuteur adéquat ?

2.8.1 Selon l'âge

Résultats Identiques dans les 2 populations d'âge. 60% estiment que le médecin traitant n'est pas un interlocuteur adéquat.

2.8.2 Selon la couverture sociale

En régime de base, pour 60% des patients, le médecin traitant n'est pas un interlocuteur adéquat contre 70% des patients en CMU.

2.8.3 Selon les antécédents familiaux

Parmi les patients sans antécédents, 55% estime que le médecin traitant n'est pas un interlocuteur adéquat contre 65% des patients avec antécédents familiaux de mésusage.

2.8.4 Selon le soutien de l'entourage

50% des patients isolés contre 67% pour les patients soutenus par leur entourage ne voient pas leur médecin traitant comme un interlocuteur adéquat. **Khi2 :1.98<3.84 p : 0.15**

2.9. Moment(s) de la prise en charge par le médecin traitant désiré(s) par les patients

Variable	Modalités	N	Moments de la prise en charge									
			En amont		Diagnostic / dépistage		Pendant la prise en charge		Suivi à long terme		Jamais	
			n (%)	p- chi2	n (%)	p- chi2	n (%)	p- chi2	n (%)	p- chi2	n (%)	p- chi2
Sexe	F	81	26%	0,14	39%	0,06	31%		60%		20%	
	H		41%		29%		20%		52%		13%	
Age	[0-45]	81	35%		31%		25%		45%		15%	
	>45		35%		25%		25%		62%		15%	
Situation maritale	Célibataires	81	30%	0.28	30%		18%	0.04	53%		21%	0.14
	En couple		41%		23%		38%		59%		9%	
ATCD Familiaux	Oui	81	36%		30%		18%		50%	0.14	19%	
	Non		32%		23%		19%		65%		13%	
Soutien entourage	Oui	81	29%		29%		21%		65%	0.60	17%	
	Non		37%		26%		26%		53%		16%	

2.10. Peur d'un manque de confidentialité

		Peur d'un manque de confidentialité					
Variable	Modalités	N	n (%)	Khi2	OR	IC à 95%	p
Sexe	F	81	14%	0.38			0.53
	H		20%				
Age	[0-45]	81	31%	4.68			0.03
	>45 ans		12%				
Profession	CSP 1	81	18%				
	CSP 2		16%				
ATCD familiaux	Oui	81	20%	2.03			0.14
	Non		10%				
Logement	Log 1	81	13%		2.49	[0.65 ; 9.63]	0.12
	Log 2		27%				
Couverture sociale	CMU	81	50%		0.17	[0.02 ; 1.49]	0.06
	Régime de base		15%				
Situation maritale	Célibataire	81	15%				
	En couple		15%				

2.11. Entourage suivi conjointement freine-t-il le suivi par le médecin traitant ?

2.11.1 Selon le sexe

Pas de différence entre les 2 groupes, 90% des patients n'éprouvent pas de gêne.

2.11.2 Selon l'âge

Du côté des patients plus jeune, 83% ne ressentent pas de gêne contre 94% chez les plus âgés.

Odds Ratio : 0.2988 IC à 95% [0.0428 ; 1.6816] p : 0.12

2.11.3 Selon les antécédents familiaux

Pas de différence entre les 2 catégories, 90% des patients n'éprouvent pas de gêne.

2.11.4 Selon le soutien de l'entourage

Aucune gêne retrouvée chez les patients isolés. 86% des patients soutenus par l'entourage ressentent une gêne. **p : 0.09** selon test exact de Fisher.

2.12. Aspect financier du suivi

2.12.1 Selon la profession

Pas de différence entre les CSP. Pour 90%, l'aspect financier ne représente pas un frein.

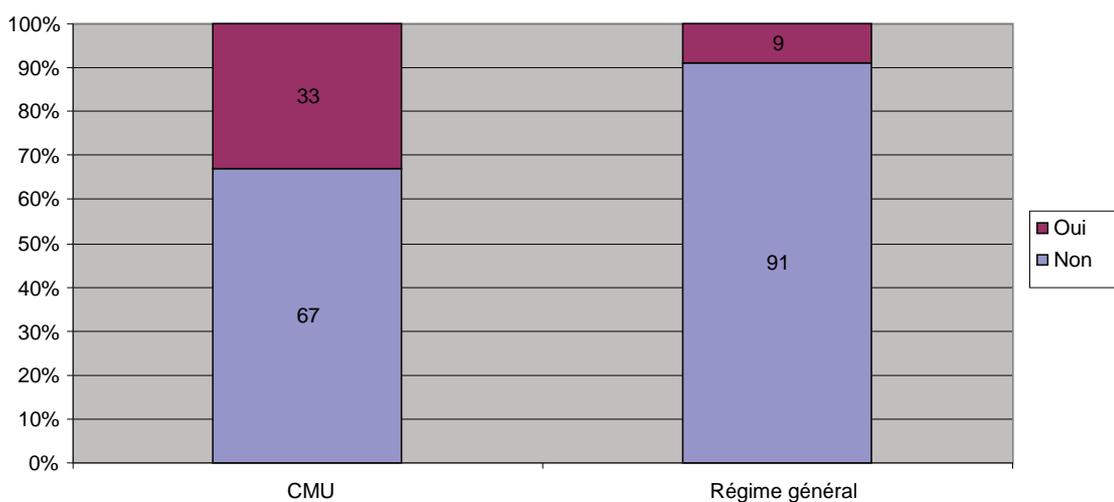
2.12.2 Selon le logement

Pour la catégorie Log 1, 90% contre 80% pour la catégorie Log 2, ne considèrent pas l'aspect financier comme un frein au suivi.

Odds Ratio : 2.989 IC 95% [0.5806 ; 16.6471], p : 0.13

2.12.3 Selon la couverture sociale

Odds Ratio : 0.2124 IC 95% [0.0246 ; 2.7394], p : 0.13



Existe-t-il un frein financier ? Fonction de la couverture sociale

Discussion

Chapitre 1. Rappel sur les principaux résultats de l'étude

1.1. Données sur population générale de notre étude

81 patients ont été inclus dans notre étude menée au sein de Cap 14 (CSAPA, Paris 14).

La proportion de patients ayant déclaré un médecin généraliste traitant est superposable aux chiffres retrouvés au sein de la population générale, à hauteur de 91%. [32]

Parmi ceux ayant abordé le sujet avec leur médecin traitant, 71% n'ont pas éprouvé de difficultés pour en parler. Une enquête a été menée en Île-de-France sur un échantillon représentatif de 1 600 personnes, près de 80 % jugent facile de parler d'alcool avec leur médecin (39% très facile, 40% assez facile). [36]

62% des patients interrogés ont déclaré que *leur médecin traitant n'était pas un interlocuteur adéquat* concernant le « problème alcool ».

Concernant *la durée des consultations*, l'avis général était négatif avec 38% de l'ensemble des patients pensant que la durée des consultations était « plutôt » non adaptée pour traiter ce sujet.

En matière de *découverte de surconsommation*, la mise en avant n'a été faite par le médecin traitant que pour 6% des patients de l'étude contre 11% par un autre médecin et 83% par l'entourage du patient.

Le reste des données épidémiologiques sont résumées et comparées dans le tableau chapitre3.1.

1.2. En terme de catégories socio-professionnelles

Les risques encourus liés à un mésusage étaient abordés uniquement pour 24% des patients se situant dans une CSP basse contre 48% pour ceux se situant dans les CSP moyennes à élevées. La différence était statistiquement significative.

La durée des consultations n'était pas adaptée pour 64% des patients se situant dans une CSP basse contre 41% pour ceux se situant dans les CSP moyennes à élevées. La différence était statistique significative.

1.3. En terme d'antécédents familiaux

62% des patients présentaient des antécédents familiaux de mésusage de l'alcool.

Au sein de cette population, à la question *trouvez-vous votre médecin traitant à l'écoute ?*, les patients avec antécédents familiaux avaient un avis négatif pour 30% et 18% d'entre eux n'avaient même jamais évoqué le sujet avec lui.

Tous les patients sans antécédents familiaux avaient évoqué au moins une fois le sujet avec leur médecin traitant.

L'abord des risques encourus liés à une surconsommation d'alcool par le médecin traitant était uniquement de 32% contre 55% chez les patients sans antécédents. La différence était statistiquement significative.

1.4. En terme d'âge

La mise en avant d'un mésusage n'a été opérée par le médecin traitant que pour 3% des patients âgés de 18 à 45ans contre 17% chez les plus de 45ans avec une différence statistiquement significative.

On retrouve également une peur d'un manque de confidentialité chez 31% des 0-45 ans contre 12% chez les 46 ans et plus. La différence était statistiquement significative.

Chapitre 2. Limites et biais de notre étude

Notre échantillon, constitué de 81 patients, n'est pas représentatif car limité à un seul centre. Il existe de plus un biais de sélection car les patients inclus dans l'étude sont des patients qui ont choisi de se faire soigner et qui font donc preuve d'une certaine envie de prise en charge.

Le but du recrutement en CSAPA était de cibler une population peu voire pas du tout suivie pour leur problème de mésusage par le médecin généraliste traitant. Ceci introduit donc un biais dans l'extrapolation de nos résultats à la population générale.

La taille de l'échantillon n'étant pas très importante, certaines sous populations étaient trop peu représentées pour que les tests statistiques soient interprétables, d'où les regroupements de sous-classes.

Il est également possible de retrouver un biais de déclaration dû au fait que notre étude est basée sur des réponses à un questionnaire portant sur un sujet éventuellement « tabou » pour certains patients.

Chapitre 3. Analyse et discussion des résultats

3.1. Données épidémiologiques

Certaines données de notre étude ont été comparées avec celle de l'étude RECAP (recueil commun sur les addictions et les prises en charge) sur le profil des patients orientés dans les CSAPA en France.

Données épidémiologiques transmises par l'OFDT datant de 2013.

	Etude Cap 14	Etude RECAP (2013)
Sexe	Hommes: 57% Femmes: 43% Ratio: 1,3	Hommes: 76%/ Femmes: 24% Ratio : 3
Âge	Moyenne: 50,1 ans Médiane: 52 ans Ecart type: 11,9	Moyenne: 43,8 ans Médiane: 44 ans Ecart type: 12,9
CSP	CSP élevées/moyennes: 69%	CSP élevées/moyennes: 47%
Situation maritale	Célibataires: 58% Sans enfant: 40%	Célibataires: 54% Sans enfant: 41%
Orientation CSAPA	Patient/entourage: 56% Médecin traitant : 17%	Patient/entourage: 46% Médecin traitant: 12%

3.1.1 Analyse des résultats du tableau comparatif

-Il apparaît des proportions quasi identiques en termes de situation maritale et de l'origine de l'orientation vers un CSAPA dans les 2 études.

Par contre, la proportion d'hommes est nettement plus importante dans l'étude RECAP. Cette répartition est superposable aux données de la population générale avec un ratio d'environ 3 hommes pour 1 femme. [37]

- En terme de répartition par âge, il est difficile de conclure au vu de ces chiffres malgré leur différence. En effet, le mésusage incluant des profils d'alcoolisation différents, il est difficile de dégager un chiffre moyen représentatif au sein de la population générale.

-Concernant les CSP, la proportion retrouvée dans notre étude semble plus proche de celle de la population générale. En effet, le mésusage de l'alcool a plutôt tendance à toucher les CSP moyennes à élevées. [38]

Notre étude qui est monocentrique à Paris intramuros représente un biais de sélection non négligeable en termes de CSP. En effet le nombre de patients issus des milieux agricoles et ouvriers était faible dans notre travail.

3.1.2. Attentes retrouvées via l'analyse des résultats dans la population générale d'étude

- ▶ *Le médecin traitant n'est pas un interlocuteur adéquat pour aborder le sujet alcool.*

Dans une étude menée en Ile de France portant sur la confiance accordée au médecin traitant, près de 90 % des répondants jugent que leur généraliste est dans son rôle en abordant avec eux les questions liées à l'alcool mais uniquement 12% des ces derniers estiment qu'ils ont réellement été « entendus ». [36]

Il existe un probable biais dans notre étude où les patients interrogés sont tous suivis en CSAPA. Nous n'avons donc pas le ressenti ici de ceux pris en charge uniquement par leur médecin généraliste.

- ▶ *La durée des consultations était plutôt non adaptée pour traiter ce sujet.*

Ce sentiment est partagé par les médecins généralistes qui estiment que la durée des consultations n'est pas adaptée. [39]

- ▶ *Le repérage d'un mésusage de l'alcool par le médecin traitant demeure insuffisant.*

Le sujet reste encore tabou pour beaucoup de médecins et un sentiment d'inutilité en raison des échecs répétés à la bonne prise en charge du mésusage en découragent un certain nombre. [39]

À ce jour, aucune donnée ne démontre que le repérage systématique d'une consommation dangereuse provoque des effets indésirables, tels la gêne ou le mécontentement des patients. [40] [41].

Comment répondre à ces attentes de la population générale de notre étude ?

Afin d'améliorer la prise en charge dans ce domaine, les pouvoirs publics ont développé depuis plusieurs années les notions de « repérage précoce » et d' « intervention brève ».

Une étude de 2002 réalisée par l'OMS a essayé de trouver un moyen simple de sensibiliser les généralistes à cette pratique.

3 méthodes ont prouvé une efficacité sur l'incitation à la formation au repérage précoce et donc à la généralisation de son application :

- Le contact téléphonique est un moyen efficace et peu coûteux d'augmenter la mobilisation des médecins.
- La valorisation économique des actes de repérage et d'intervention incite fortement à la mise en œuvre intensive du repérage précoce.
- Le renforcement de l'initiative par une campagne communautaire pourrait avoir un effet mesurable à l'échelle de la population (campagne d'information, milieu associatif, médias...) [42]

Ces techniques, adaptables en consultation de médecine de ville, paraissent apporter des solutions pour répondre aux attentes des patients.

L'étude « Mesa Grande », une revue de la littérature mise à jour régulièrement concernant l'efficacité des différents traitements des conduites d'alcoolisation à risque et à problème, qui classe 48 modalités de traitement différentes selon leur efficacité, a démontré que les interventions brèves arrivaient en tête de liste en termes de résultats positifs. [22]

On remarque donc que les patients semblent plutôt enclins au suivi par leur médecin généraliste mais les freins semblent se situer aussi en grande partie du côté de ces derniers.

3.2. Inégalités d'accès aux soins

L'analyse des résultats de notre étude a mis en évidence l'inégalité d'accès aux soins primaires dans le cas du mésusage de l'alcool.

Il existe en France des inégalités sociales dans tous les domaines de la santé et particulièrement en matière de prévention. [43] [44]

Ces inégalités se retrouvent dans la prise en charge des patients par leurs médecins généralistes. Une étude portant sur des médecins généralistes franciliens a montré qu'ils délivreraient près de deux fois plus de conseils d'activité physique aux hommes ayant un niveau socio-économique élevé par rapport à ceux ayant un niveau plus faible. [45]

A quels niveaux apparaissent ces inégalités dans notre travail ? :

3.2.1. Inégalité socio-économique

- ▶ L'abord des risques de surconsommation d'alcool est moins fréquent dans les catégories socioprofessionnelles basses

Les indicateurs sociaux du mésusage sont souvent les plus précoces.

Les problèmes sociaux sont des sujets « tabou », véhiculant des idées reçues.

Les médecins considèrent peut-être que la gestion des problèmes sociaux ne fait pas partie de leurs compétences. En effet la formation universitaire n'a pas comme priorité actuellement la mise en avant des inégalités sociales d'accès aux soins. Il est possible également qu'ils n'aient pas assez de temps dédié pour cela ni de rémunération adaptée.

Devant la recrudescence de ces problèmes et la difficulté à trouver des solutions, les médecins doivent se décourager et être moins attentifs à ce type de plaintes. [39]

Qu'en disent les autres études ? :

Une méta-analyse portant sur 41 études publiées a permis de constater que les comportements des médecins dans leurs interactions avec leurs patients varient en fonction du statut socioéconomique de ces derniers. [46]

Les médecins donnent davantage d'informations et consacrent davantage de temps aux patients dont le statut socioéconomique est élevé : la communication est plus facile entre deux personnes qui partagent des valeurs et une même culture.

- ▶ La durée des consultations est non adaptée dans les catégories socioprofessionnelles basses

Revue de littérature :

Selon les différentes études portant sur la durée des consultations chez le médecin généraliste, on remarque que les cadres et les professions libérales ont des durées de séances significativement supérieures à celles des employés, de 5 % en moyenne.

Les patients appartenant aux catégories socioprofessionnelles élevées ont à cet égard probablement moins de distance avec le langage médical, et le dialogue aussi bien médical qu'extra-médical peut être facilité.

On note également que les bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaire ont des durées de séances inférieures de 6 % à celles des autres assurés complémentaires, et également inférieures à celles des non-assurés complémentaires. [47]

Comment repérer les difficultés sociales d'un patient ?

Une analyse réalisée sous l'égide du Collège de la médecine générale (CMG) a identifié sept informations, à intégrer dans le dossier médical, qui permettent une prise en compte minimale de la situation sociale d'un patient en médecine générale :

Le sexe/ La date de naissance/ L'adresse / Le statut par rapport à l'emploi/La profession éventuelle / Le type de couverture sociale / Les capacités de compréhension du langage écrit.

Il s'agit donc en consultation de mieux repérer les difficultés sociales qui peuvent jouer sur l'état de santé du patient, pour identifier les obstacles potentiels au suivi de son parcours de santé et rechercher, avec lui, les moyens de les surmonter. Le médecin peut ainsi éviter d'aggraver les inégalités sociales de santé, et peut-être même contribuer à les réduire. [48]

► Une fois repérées, s'aider d'outils pour les contrer :

- La formation

D'expérience personnelle, il ne me semble pas que la formation des étudiants en médecine générale au sujet des inégalités sociales soit au premier plan de l'enseignement universitaire en France.

Or cette formation initiale (et continue) paraît fondamentale pour apporter des éléments de réponse aux inégalités d'accès aux soins. Et d'autant plus dans le cadre du mésusage de l'alcool où les études montrent que les médecins généralistes se sentent peu formés et sont donc demandeurs.

Ceci permettrait également de diminuer d'éventuelles réticences des médecins généralistes à parler d'« alcool » avec leurs patients. [49]

Mieux le sujet sera maîtrisé, plus les appréhensions du médecin traitant seront faibles pour aborder le sujet.

- **Le travail en réseaux**

La prise en charge du mésusage de la dépendance ou des complications liées à l'alcool nécessite l'intervention de nombreux professionnels (gastro-entérologue, ORL, psychiatre, assistante sociale, psychologue...)

L'accès aux consultations spécialisées est en partie corrélé à la catégorie sociale des patients. Le recours au spécialiste reste plus facile et plus fréquent dans le haut de la hiérarchie sociale. Une étude portant sur le dépistage du cancer du sein dans les départements Val d'Oise et Seine Saint Denis a montré que la mammographie était prescrite jusqu'à deux fois plus par un gynécologue qu'un médecin généraliste dans les catégories socioprofessionnelles moyennes à élevées. [50]

Une autre étude portant cette fois sur les événements coronariens a montré que la prise en charge ambulatoire, entre le début de la maladie et l'épisode aigu, semblait très différente : 24 % des cadres supérieurs ont effectué une angiographie avant l'accident coronaire et 7 % une angioplastie alors que ces procédures n'ont été utilisées dans les autres catégories sociales, que par respectivement 13 % et moins de 3 % des patients. [51]

Le médecin généraliste a un rôle clé dans le parcours de soins français pour permettre à son patient de rencontrer tous les professionnels indispensables à sa prise en charge.

Ce rôle est particulièrement important pour les personnes les plus en difficulté sur le plan social.

Pour améliorer le suivi global tant en terme de repérage que de prise en charge le médecin généraliste peut s'appuyer sur ses relations directes avec d'autres professionnels ambulatoires ou hospitaliers mais aussi sur les CSAPA et les médecins du travail.

► Du point de vue de la relation médecin généraliste/CSAPA

La connaissance du dispositif territorial sanitaire et médico-social par les professionnels de santé semble inégale. Or plus le professionnel connaît ses partenaires spécialisés en addiction, mieux il pourrait décrire au patient ce qui lui sera proposé, plus l'orientation aurait des chances d'être efficace. [52]

Le pré-requis pour un repérage optimal tient à l'intégration du médecin dans un travail d'équipe, par exemple sous la forme d'un réseau coordonné. La répétition dans le temps de réunions regroupant l'ensemble des acteurs du réseau permettrait probablement de pérenniser leur efficacité.

Le rôle du médecin traitant étant de coordonner au mieux les soins du patients, il semble logique que celui-ci fasse partie intégrante de ce type de réseau de soins.

Cette relation a l'avantage d'être un intermédiaire de choix pour l'intégration des patients qui le désirent dans des associations type Alcooliques Anonymes.

L'amélioration des échanges entre CSAPA et médecin traitant est donc à encourager.

► Du point de vue de la relation médecin traitant/médecine du travail

La loi du 20 juillet 2011, relative au rôle du médecin du travail, vient renforcer le rôle de ce dernier. Cette loi insiste en partie sur le concept de prévention primaire avec l'introduction de manière explicite de la prévention du risque « Alcool et drogues sur le lieu de travail ». Les différentes recommandations sur le sujet tendent à vouloir améliorer la relation médecin généraliste et médecin du travail. [53]

Deux études de 2009 réalisées par l'INPES montrent qu'en moyenne 8.4% des salariés suivis par les médecins du travail ont des difficultés avec l'alcool. Un tiers des médecins du travail interrogés a plus tendance à adresser leur patient à risque de mésusage de l'alcool chez un spécialiste sans passer par le généraliste. [54]

Toujours selon ces enquêtes, un consensus est noté quant au désir de chacun de collaborer. Le rôle des médecins généralistes semble être bien compris par les médecins du travail, par contre ces derniers ne se sentent pas compris par les généralistes. Cette donnée est confirmée par une étude de 2008 menée dans les Yvelines qui révèle que les médecins généralistes ne connaissent pas les services de santé au travail de leur région (70 %) et qu'ils ont rarement voire jamais d'échanges avec le médecin du travail de leurs patients (71 %).

La SFA insiste elle aussi pour que le médecin du travail devienne un intervenant en addictologie. Les meilleurs résultats en terme de prise en charge globale s'observent quand l'échange d'informations est opéré entre ces professionnels de santé. [55]

L'avantage du médecin du travail est qu'il a accès à la réalité de l'entreprise, vision que le médecin traitant n'a pas vraiment. Sur certains domaines, son action est complémentaire à celle du médecin généraliste en augmentant le nombre d'actes de prévention et dépistage (lors de visite d'embauche, visite médicale renouvelée tous les 2 ans, visite de reprise...).

Quelques pistes permettraient d'améliorer cette relation. Notamment en incitant les médecins généralistes à se former en santé au travail afin de mieux comprendre les rôles de la médecine du travail et ainsi faciliter leurs échanges. Pourquoi ne pas faire adhérer cette notion au cursus de formation initiale des généralistes ?

Il s'agirait également d'encourager les médecins traitants à rechercher systématiquement les informations sur les facteurs de risque liés au travail auxquels les patients sont soumis mais aussi de faciliter les démarches d'expertises du médecin traitant au médecin du travail.

- **La prévention**

Les actes de prévention sont adaptables dès les premières années de vie notamment avec les campagnes de vaccination, les conseils alimentaires, le suivi de la croissance, l'hygiène dentaire...) puis peuvent se poursuivre à l'adolescence avec le dépistage des MST, des conduites à risque/addictives, hygiène de vie...

Ces actes de prévention peuvent et doivent être poursuivis bien sûr à l'âge adulte sur le plan cardio-vasculaire, du mésusage alcool/tabac, du dépistage des cancers colorectal, mammaire, col de l'utérus...

Plus ces actions seront menées tôt, plus la relation de confiance s'établira facilement avec le patient permettant probablement un meilleur suivi et pourquoi pas de gommer en partie les risques d'inégalité à l'accès aux soins primaires.

La question de consultations dédiées à la prévention se pose donc ici. Il s'agirait de prévoir pour chaque patient des consultations de prévention répétées dans le temps, de durée fixe et plus longues qu'une consultation « habituelle » et de rémunérer ces dernières.

En ce qui concerne les maisons de santé, de nouveaux modes de rémunérations sont mis en œuvre ces dernières années avec un plan NMR lancé par l'ARS qui permettront de revaloriser les actes de prévention en assurant aux médecins des revenus « au forfait » en complément de la rémunération à l'acte. Serait-il judicieux d'étendre ces modes de rémunération à l'ensemble des médecins généralistes ?

Enfin, les acteurs des milieux éducatif, associatif et social ont aussi leur rôle à jouer en complément des autres professionnels de santé pour assurer au mieux les actes de prévention.

3.2.2. Les antécédents familiaux de mésusage

- ▶ L'abord des risques de mésusage est moins fréquent chez les patients ayant des antécédents familiaux de surconsommation

En 2001, la SFA recommandait déjà la recherche des antécédents familiaux de surconsommation d'alcool comme un des points essentiels au dépistage et à la prise en charge en cas de mésusage. [12]

Notre étude n'a pas démontré que les patients ayant des antécédents familiaux de mésusage avaient plus de difficultés à aborder le sujet avec leur médecin traitant. Ceci ne représentait pas un frein pour eux.

Même si les médecins questionnent leurs patients sur leurs antécédents familiaux en général, il est possible que ceux en lien avec l'alcool ne soient pas renseignés.

En tout état de cause, la recherche des antécédents familiaux de la surconsommation d'alcool dans la famille devrait être renforcée voire systématisée au vu de nos résultats.

D'autant plus que ce genre de renseignements faciliterait l'ouverture du dialogue vers le dépistage d'un éventuel mésusage personnel du patient. Cette méthode pourrait être appliquée à beaucoup d'autres actes de dépistage.

3.2.3. Inégalités liées à l'âge

- ▶ Le repérage de la surconsommation par le médecin traitant est plus fréquent au sein des plus de 45ans.

Il est possible que le facteur influençant cet échange plus important chez les patients plus âgés soit en lien avec l'ancienneté de la relation médecin/patient.

En effet le sujet pouvant être tabou, l'échange se fera plus facilement si la relation est ancienne que si elle est rare.

La relation du médecin avec son patient, au fur et à mesure des rencontres s'intensifie et une forme de confiance peut s'établir. Le patient se livrera plus facilement au fil du temps, et le médecin cernera mieux les problèmes et préoccupations de son patient.

Selon des enquêtes de satisfaction réalisées auprès de patients à la sortie de leur consultation, on remarque une différence significative en ce qui concerne la relation entre l'âge et le degré global de satisfaction : les patients plus âgés (>60 ans) montrent un taux de satisfaction nettement plus important.

On pourrait ici examiner l'envers, en partant du principe que les patients plus jeunes seraient plus critiques, moins vite satisfaits, plus exigeants. [56] La relation médecin-patient évolue en même temps que la société. Cette évolution risque chez certains de modifier la relation médecin/patient dans un sens moins favorable à un climat de confiance mutuelle. [57] [58] La relation étant modifiée, certains actes de dépistage/prévention pourraient être laissés de côté. Bien entendu cette notion ne s'applique qu'à une minorité.

► La peur d'un manque de confidentialité est plus fréquente chez les 18-45 ans.

La promotion ces dernières années de l'introduction prochaine du dossier médical partagé ainsi que les nouvelles politiques de santé de plus en plus centrées sur les droits du patient et le secret médical a entraîné la publication de nombreuses études portant sur la confidentialité.

Selon une étude de 2005, il n'y a dans aucun des groupes d'âge une quelconque remise en cause de la garantie du secret médical. La confiance est entière concernant la responsabilité éthique des médecins.

Dans cette même étude, on constate que 91 % des patients donnent une note supérieure à 7 (notes de 0 à 10) pour la confiance accordée à leur médecin par rapport au secret médical. [59]

A la question : « Dans quelque temps votre médecin traitant devra tenir un dossier médical informatique partagé avec d'autres professionnels de santé. Par rapport à cette obligation, quelle est votre opinion ? ».

Il est noté que 55 % en moyenne des personnes interrogées sont « tout à fait confiantes ». Parmi ces personnes, les tranches d'âge [40 et 59 ans] et [60 ans et plus] sont les plus confiantes. *La confiance dans le secret médical croît avec l'âge.*

Dans l'ensemble, la confidentialité n'apparaît pas comme un frein en soi car le pourcentage d'insatisfait reste faible dans notre travail. Ces résultats sont concordants avec d'autres études portant sur la confidentialité chez les populations jeunes.

Il semblerait judicieux de rappeler systématiquement lorsque le sujet est abordé avec les plus jeunes que le médecin généraliste est soumis au secret médical. Ceci renforcerait la notion de « contrat de soins » entre le patient et son médecin traitant.

La question de confiance est primordiale lorsque des sujets pouvant être tabous sont évoqués.

Conclusion

Au terme de notre étude, nous constatons une certaine insatisfaction chez les patients interrogés concernant le rôle joué par le médecin traitant dans la prise en charge du mésusage de l'alcool sans pour autant avoir exprimé de difficultés pour aborder le sujet.

Cette insatisfaction se retrouve notamment du point de vue du repérage d'un éventuel mésusage qui semble très insuffisant et également du point de vue de la durée des consultations chez le médecin traitant.

Au travers de nos résultats, la notion d'inégalité d'accès aux soins apparaît comme un frein possible à la bonne prise en charge du mésusage de l'alcool par le médecin traitant.

Ces inégalités sont en rapport avec l'âge, les antécédents familiaux de mésusage et le niveau socio-économique des patients interrogés.

Comme pistes éventuelles pour améliorer le suivi, il semble tout d'abord que la formation des médecins généralistes au problème « alcool » soit primordiale, d'autant plus que les études montrent une certaine demande de leur part.

Les actes de prévention, le travail en réseaux (médecine du travail, CSAPA, maison médicale...) ainsi que l'amélioration dans le recueil des données du dossier médical semblent également des moyens efficaces pour réduire les inégalités d'accès aux soins.

Enfin, l'intervention brève et le repérage précoce apparaissent comme des outils adaptables facilement en consultation de médecine générale et qui pourraient être utilisés dans bon nombre d'autres situations de dépistage et d'éducation du patient.

Cette étude se déroulant au sein d'une population suivie en CSAPA, nos résultats ne sont donc pas généralisables en l'état à la population générale.

Par contre, les outils développés à l'issue de notre travail paraissent applicables aux consultations de médecine générale en France.

Bibliographie

- 1 : Ventes d'alcool (Institut national de la statistique et des études économiques - INSEE)
- 2 : OMS, Global Information System on Alcohol and Health. Levels of Consumption, Recorded adult per capita consumption. Disponible sur:
<http://apps.who.int/gho/data/node.main.A1035?lang=en&showonly=GISAH>
- 3 : Drogues et addictions, données essentielles, chapitre 7.1 : Le poids économique de l'alcool. OFDT, 2013
- 4 : Direction générale des douanes et des droits indirects, statistiques du commerce extérieur, 2011.
- 5 : Guerin S et al., Alcohol-attributable mortality in France. *European Journal of Public Health*, Online first, 2013
- 6 : Stupéfiants et accidents mortels (projet SAM) - Analyse accidentologique des défaillances de conduite sous l'influence de l'alcool et/ou du cannabis (OFDT / Institut français des sciences et technologies des transports, de l'aménagement et des réseaux - IFSTTAR), sous la responsabilité scientifique de Bernard Laumon, 2011
- 7 : Exploitation statistique du casier judiciaire (SDSE, ministère de la Justice et des Libertés) publiée dans la contribution du ministère de la Justice au bilan annuel de l'Observatoire de la sécurité routière
- 8 : ONISR (Observatoire national interministériel de sécurité routière). La Sécurité routière en France. Bilan de l'année 2010, La Documentation française, 2011
- 9 : ESCAPAD 2000, 2002, 2003, 2005, 2008, 2011 : Enquête sur la santé et les consommations de produits licites ou illicites lors de la journée Défense et Citoyenneté .OFDT /Direction centrale du service national – DSCN
- 10 : Beck F et al. Les niveaux d'usage des drogues en France en 2010.OFDT. *Tendances*, 2011, Vol 76, 1-6
- 11 : ANONYME. Alcool : Pour faire le point. Fascicule Ouvrons le dialogue. Disponible sur <http://www.inpes.sante.fr>
- 12 : Société Française d'Alcoologie. Alcoologie et Addictologie. Recommandations de bonne pratique. 2001 ; 23 (4 Suppl.) : 1S-76S
- 13 : Société Française d'Alcoologie. Recommandations pour la pratique clinique, les conduites d'alcoolisation. Alcoologie et Addictologie. 2001

- 14 : Huas D., RUEFF B. Alcool et médecine générale. Editions GMSanté/CNGE.2010
- 15 : Huas D. Prévalence du risque et des maladies liées à l'alcool dans la clientèle adulte du généraliste. *Rev prat Med Gé*: 1993;203:39-44
- 16 : Daepfen JB, Dor B. Repérage des conduites d'alcoolisation en dehors de la dépendance. *Alcoologie et Addictions* 2003;25 (4S):30S-34S
- 17 : Lustygier V. et al. Abus et dépendance à l'alcool. Questionnaires de dépistage en médecine générale. *Alcoologie et Addictologie*. 2003, 25 (3) : 223-230
- 18 : Michaud P. et al. « Boire moins c'est mieux ». Comment intégrer le repérage précoce et l'intervention brève auprès des consommateurs à risque dans la pratique des médecins ? *Presse Med*. 2006; 35: 831-9
- 19 : Dewost. et al. Choisir un questionnaire pour évaluer le risque alcool de ses patients. Acceptabilité des questionnaires FACE, AUDIT, AUDIT intégré dans un questionnaire de santé en médecine générale (France, Belgique, Suisse). *Rev Prat Med Ge.*, 2006, 20 : 321-6
- 20:http://www.score-sante.org/score2008/tableau2008/consultation-et-visites-aupres-des-omnipratiens-par-1000-personnes_Total.html
- 21 : Guignard R., Beck F. et Obradovic I., Prise en charge des addictions par les médecins généralistes, in Gautier A. (dir.), Baromètre santé médecins généralistes 2009, INPES, 2011, 177-201
- 22 : 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.
- 23 : Lejoyeux M et al. Study of compulsive buying in depressed patients. *J Clin Psychiatry*. Avril 1997. 58(4):169-73
- 24 : Société française d'alcoologie. Sevrage alcoolique et comorbidités psychiatriques. Référentiels de bonnes pratiques cliniques. Décembre 2006.1-2
- 25 : Cottencin O. Alcoologie clinique. *Presse Med*. Décembre 2012 ; 41(12), 1248-1258
- 26 : Haute autorité de santé. Critères diagnostiques et bilan initial de la cirrhose non compliquée, recommandations professionnelles. Décembre 2008
- 27 : Haute autorité de santé. Conférence de consensus. Objectifs, indications et modalités du sevrage du patient alcoolodépendant. Mars 1999.1-16
- 28 : Balester S. La place de l'hospitalisation dans la prise en charge des troubles de l'alcoolisation. *Rev Prat*. Décembre 2011 ; 61, 1381-86

29 : Haute autorité de santé. Note de cadrage : Repérage précoce et intervention brève en alcoologie en premier recours. Mars 2014

30 : <http://www.drogues-info-service.fr/?Le-Centre-de-Soins>

31 : Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé. Questions d'économie de la santé n° 129 - Janvier 2008

32 : Cour des comptes. Le médecin traitant et le parcours de soins coordonnés : une réforme inaboutie. Rapport public 2013. 192p.

33: Inserm (dir.). Alcool : Dommages sociaux, abus et dépendance. Synthèse et recommandations. Paris : Les éditions Inserm, 2003, X- 72 p. - (Expertise collective).
<http://hdl.handle.net/10608/155>
<http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/155#sthash.TfS9me8F.dpuf>

34 : <http://www.ipsos.fr/ipsos-public-affairs/actualites/2013-12-13-l-alcool-casse-tete-medecins>

35 : Gallois P, et al. "Le Problème «alcool» En Médecine Générale 2 301 Réponses À Un Questionnaire D'auto-Évaluation." *Médecine* 2, no. 7 (2006): 320–324

36 : Michaud P, et al. Alcool, tabac, drogue : le public fait confiance aux médecins. *Rev Prat MG* 2003 ; 611 :605-8

37 : Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé. Questions d'économie de la santé n°97. Aout 2005. 1p

38 : Institut de recherche et Documentation en Economie de la santé. Évolution de la prévalence des différents profils d'alcoolisation chez les adultes en France de 2002 à 2010. Mai 2013, p.1-6

39 : Bertholet N, et al. Efficacité de l'intervention brève. *Alcoologie et Addictions* 2003; 25 (4S):59S-63S

40 : Gallois P, et al. Les mésusages de l'alcool : repérage et intervention brève en médecine générale. *Rev Med*. Sept 2006.302-6

41 : Demortière G, Michaud P, Dewost AV. Consommation excessive d'alcool chez les salariés. Du repérage précoce à la prise en charge. *DMT (Documents pour le médecin du travail)* 2005;102:215-3

42 : Michaud P, et al. Repérage précoce et intervention brève auprès des consommateurs excessifs d'alcool : mobiliser efficacement les généralistes. *Rev Prat Med Gen* 2006;20:658-63

43 : Mesrine A. Les différences de mortalité par milieu social restent fortes. In : INSEE, editor. *Données sociales La société française*. Paris : La documentation française, 1999 : 228-35

- 44 : Péquignot F, et al. La mortalité « évitable » liée aux comportements à risque, une priorité de santé publique en France. BEH 2003 : 139-41
- 45 : Rigal L. et al. Etude PrevQuanti, DMG Paris Descartes. Communication orale
- 46 : Hall J.A, Roter D, et Katz N.R. Meta-analysis of correlates of provider behavior in medical encounters. Medical care, 1988; (26): 657-75
- 47 : DRESS. Etude et résultats. Durée consultation en médecine générale. N° 481. Avril 2006
- 48 : INPES. Collège de médecine générale. Prendre en compte les inégalités sociales de santé en médecine générale. Mai 2014
- 49 : Flores P, Falcoff H. Peut-on agir en médecine générale sur les inégalités sociales de santé ? *Rev Prat* 2004 ; 54 :2263-70
- 50 : Humblot Bayard V. Étude du dépistage individuel et du dépistage organisé du cancer du sein dans un échantillon représentatif de la clientèle des médecins généralistes de 2 départements d'Ile-de-France. [Thèse pour le doctorat de médecine générale]. Paris V, 1998
- 51 : Lang T, Ducimetiere P, Arveiler D et al. Is hospital care involved in inequalities in coronary heart disease mortality? Results from the French WHOMONICA Project in men aged 30-64. *J Epidemiol Community Health* 1998; 52: 665-71
- 52: Addictions, le portail des acteurs de santé : <http://intervenir-addictions.fr/comment-orienter/>
- 53 : Pascal J, Abbey-Huguenin H et Lombrail P. « Inégalités sociales de santé : quels impacts sur l'accès aux soins de prévention ? » *Lien social et Politiques*, n° 55, 2006, p. 115-124
- 54 : Ménard C., et al. Médecine du travail/médecins généralistes : regards croisés. Saint-Denis : Inpes, coll. Etudes Santé, 2011 :192p.
- 55 : Société française en alcoologie. Dépistage et gestion du mésusage de SPA susceptibles de générer des troubles du comportement en milieu professionnel. *Alcoologie et addictologie* 2013 ; 35(1) :61-92
- 56 : Burdet D. Enquête de satisfaction des patients au sortir des consultations de médecine générale. *Rev Santé Conjugée*. N°39.Janvier 2007
- 57 : ELLERIN D. Médecine du XXI siècle : consumérisme ou humanisme ? *Bull. Acad. Sc. et Lettres de Montpellier*, 2000, T. 31.
- 58 : HUREAU J. De l'Humanisme au consumérisme en médecine. Colloque MédicoJuridique de la CNEM, 1998. Experts édit
- 59 : URMLRA. CRAES-CRIPS. Mutations médecine générale Juillet 2005. 64p

Annexe 1 :

Questionnaire Audit

Où en êtes-vous avec votre consommation d'alcool ?

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

- Jamais - 0 point
- 1 fois/mois ou moins - 1 points
- 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 points
- 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 points
- 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 points
- 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 points
- 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 points
- 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 points
- 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 points
- 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

Test Audit , l'analyse du score

AUDIT = Alcohol Use Disorders Identification Test

Interprétation : L'AUDIT est interprété en fonction de la somme des points des 10 questions.

Chaque réponse est cotée de 0 à 4.

Score > ou = 5 : consommation à risque

Score > ou = 8 : usage nocif (7 chez la femme)

Score > ou = 12 : alcoolodépendance probable (11 chez la femme)

La version courte, AUDIT-C comprend les 3 premières questions. Un score supérieur ou égal à 3 évoque un mésusage d'alcool.

Selon : http://hepatoweb.com/Documents_PDF/Questionnaire_AUDIT.pdf.

Annexe 2 :

Questionnaire CAGE-DETA

1 - Avez-vous déjà ressenti le besoin de DIMINUER votre consommation d'alcool ?

2 – Votre ENTOURAGE vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation d'alcool ?

3 – Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez TROP ?

4 – Avez-vous déjà eu besoin d'ALCOOL le matin pour vous sentir en forme ?

Deux réponses positives ou plus à ces questions évoque une consommation nocive.

Deux réponses positives ou plus à ces questions évoque une consommation nocive.

Selon : Reynaud M. Usage nocif de substances psychoactives. Paris : la documentation Française ; 2002.

Annexe 3 :

Questionnaire FACE (Formule pour apprécier la consommation par entretien)

1 – A quelle fréquence consommez-vous des boissons contenant de l'alcool?

Jamais 0

Une fois par mois ou moins 1

Deux à quatre fois par mois 2

Deux à trois fois par semaine 3

Quatre fois par semaine ou plus 4

2 – Combien de verres standard buvez-vous les jours où vous buvez de l'alcool?

1 ou 2 0

3 ou 4 1

5 ou 6 2

7 à 9 3

10 ou plus 4

3 – Est-ce que votre entourage vous a fait des remarques concernant votre consommation d'alcool ?

Non 0

Oui 4

4 – Vous est-il arrivé de consommer de l'alcool le matin pour vous sentir en forme ?

Non 0

Oui 4

5 – Vous est-il arrivé de boire et de ne plus vous souvenir le matin de ce que vous aviez pu dire ou faire ?

Non 0

Oui 4

Interprétation du score total :

	Hommes	Femmes
Risque faible ou nul	Moins de 5	Moins de 4
Consommation excessive probable	5 à 8	4 à 8
Dépendance probable	Plus de 8	Plus de 8

Selon : *Michaud P, et al. « Boire moins c'est mieux ». Comment intégrer le repérage précoce et l'intervention brève auprès des consommateurs à risque dans la pratique des médecins ? Presse Med. 2006; 35: 831-9.*

Annexe 4 :

Questionnaire MAST (Michigan Alcoholism Screening Test)

1 - Pensez-vous consommer de l'alcool en quantité plus que la normale ?

OUI = 2 NON = 0

2 - Après une soirée bien arrosée, vous êtes-vous déjà réveillé(e) en constatant que vous aviez oublié une partie de la soirée ?

OUI = 2 NON = 0

3 - Vos proches vous ont-ils déjà fait des reproches au sujet de votre consommation d'alcool ?

OUI = 1 NON = 0

4 - Pouvez-vous vous arrêter de boire après 1 ou 2 verres, sans difficulté ?

OUI = 0 NON = 2

5 - Vous êtes-vous déjà senti coupable au sujet de votre consommation d'alcool ?

OUI = 2 NON = 0

6 - Est-ce que vos amis et vos proches parents pensent que vous êtes un buveur normal ?

OUI = 0 NON = 2

7 - Avez-vous déjà essayé de limiter votre consommation d'alcool à certains moments de la journée ou dans certains endroits ?

OUI = 2 NON = 0

8 - Arrivez-vous toujours à stopper votre consommation d'alcool quand vous le voulez ?

OUI = 0 NON = 2

9 - Avez-vous déjà assisté à une réunion des alcooliques anonymes (AA, etc.) pour un problème d'alcool ?

OUI = 5 NON = 0

10 - Vous êtes-vous déjà battu alors que vous buviez de l'alcool ?

OUI = 1 NON = 0

11 – Est-ce que l'alcool a déjà créé des problèmes entre vous et votre conjoint(e) ?

OUI = 2 NON = 0

12 – Vos proches ont-ils demandé de l'aide à autrui au sujet de votre consommation d'alcool?

OUI = 2 NON = 0

13 – Avez-vous déjà perdu des amis en raison de votre consommation d'alcool ?

OUI = 2 NON = 0

14 – Avez-vous eu des problèmes professionnels en raison de votre consommation d'alcool ?

OUI = 2 NON = 0

15 – Avez-vous déjà perdu votre place en raison de votre consommation d'alcool ?

OUI = 2 NON = 0

16 - Avez-vous déjà négligé vos obligations, votre famille ou votre travail pendant 2 jours de suite ou plus en raison de votre consommation d'alcool?

OUI = 2 NON = 0

17 – Avez-vous déjà bu de l'alcool avant midi ?

OUI = 1 NON = 0

18 – A-t-on déjà diagnostiqué chez vous une maladie de foie ou une cirrhose ?

OUI = 2 NON = 0

19 – Avez-vous déjà souffert de delirium tremens, de tremblements, entendu des voix ou vu des choses qui ont disparu après avoir bu de l'alcool ?

OUI = 2 NON = 0

20 – Avez-vous demandé de l'aide ou des conseils à autrui au sujet de votre consommation d'alcool ?

OUI = 5 NON = 0

21 – Avez-vous déjà été hospitalisé en raison de votre consommation d'alcool ?

OUI = 5 NON = 0

22 – Avez-vous déjà été placé dans un hôpital psychiatrique à cause d'un problème lié à l'alcool ? OUI = 2 NON = 0

23 – Avez-vous déjà consulté un psychiatre, un médecin, une assistante sociale, un pasteur ou un prêtre en raison de votre consommation d'alcool ?

OUI = 2 NON = 0

24 – Avez-vous déjà été arrêté ne serait-ce que quelques heures en raison d'ivresse ?

OUI = 2 NON = 0

25 – Avez-vous déjà été inculpé d'ivresse au volant ?

OUI = 2 NON = 0

Résultats :

0 – 3 : pas de problème lié à consommation d'alcool

> 5 : diagnostic d'alcoolodépendance probable

▪ 10 : diagnostic d'alcoolodépendance certain

Le **short-MAST** :

Il comprend 13 questions correspondants aux questions 1, 3, 5, 6, 8, 9, 11, 14, 16, 20, 21, 24, 25 du questionnaire MAST.

Un score égal ou supérieur à 3 suggère une alcoolodépendance.

Selon: *ACIETTO C. La validation d'une version française du questionnaire AUDIT*

« *Alcohol Use Disorders Identification Test* ». Thèse de doctorat en médecine. Genève :

Université de Genève, 2003.

Disponible sur <http://www.unige.ch/cyberdocuments/these2003/AciettoC/these.htm>

Annexe 5 :

Questionnaire soumis aux patients

Mouchet Olivier

Interne en médecine générale faculté Paris Descartes

Madame, Monsieur,

Nous réalisons un travail centré sur le ressenti de patients suivis dans le centre Cap 14, ayant un mésusage de l'alcool (consommation pouvant engendrer des problèmes physiques, sociaux ou/et psychiques), concernant la prise en charge par le médecin traitant généraliste.

Ce questionnaire est anonyme et confidentiel et ses résultats seront utilisés uniquement dans le cadre de ce travail.

Il est destiné à la réalisation d'une thèse en médecine générale.

Merci de bien vouloir répondre à ces quelques questions et de remettre le questionnaire au secrétariat.

La première partie de ce questionnaire est centrée sur votre situation personnelle.

1 - Vous êtes :

Un homme Une femme

2 - Quel âge avez-vous ?

3 - Quelle est votre profession ?

- Artisan Commerçant Cadre Profession libérale Employé
- Ouvrier Retraité(e) Enseignant Etudiant Homme ou femme au foyer
- Demandeur d'emploi

4 - Concernant votre logement ? (plusieurs réponses possibles)

- Vous êtes Locataire Vous êtes propriétaire Vous habitez en appartement Vous habitez en pavillon vous habitez dans un logement de type HLM
- Vous habitez en logement de type Adoma Sans domicile fixe Vous êtes hébergé par un tiers

5 - Avez-vous une couverture sociale ? (plusieurs choix possibles)

- CMU AME Mutuelle Prise en charge 100%/ Affection longue durée Sécurité sociale / régime de base
- Invalidité/ MDPH

6 - Quelle est votre situation maritale ?

- Célibataire Concubin Marié(e) Veuf/veuve

7 - Combien d'enfants avez-vous ?

8 - Avez-vous un médecin généraliste traitant?

Oui Non

9 - Qui vous a orienté vers un centre d'alcoologie et/ou une consultation spécialisée ? (plusieurs choix possibles)

Votre médecin traitant Vous même Un autre médecin que votre médecin traitant Votre entourage proche (famille, amis...) Décision de justice

10 - Avez-vous des antécédents familiaux de consommation excessive d'alcool?

Oui Non

11 - Avez-vous été soutenu et/ou êtes-vous soutenu actuellement par votre entourage proche ? (famille, amis...)

Oui Non

La seconde partie essaye d'explorer votre relation avec votre médecin traitant généraliste.

12 - Avez-vous déjà consulté votre médecin traitant pour un motif lié à votre consommation d'alcool ?

Si vous répondez oui, poursuivez avec les questions 13 et 14

Si non, passez directement à la question 15

Oui Non

13 - Avez-vous éprouvé des difficultés à aborder ce sujet avec lui ?

Oui Non

14 - Continue-t-il de vous suivre en plus du centre et/ou d'un médecin spécialiste ?

Oui Non

15 - Qui a découvert et/ou mis en avant vos difficultés avec l'alcool ? (choix multiples possibles)

Votre médecin traitant Vous même Un autre médecin que votre médecin traitant Votre entourage proche (famille, amis...)

16 - Votre généraliste a-t-il abordé avec vous les risques encourus liés à une consommation excessive d'alcool?

Oui Non

17 - Votre médecin traitant a-t-il fixé avec vous une conduite à tenir claire avant votre prochaine consultation avec lui ?

Oui Non

18 - Avez-vous trouvé votre médecin traitant à l'écoute concernant le problème alcool ?

Oui tout à fait Plutôt oui Plutôt non Non pas du tout Je n'ai jamais abordé le sujet avec lui

19 - La durée des consultations avec votre médecin traitant vous paraissait-elle adaptée pour aborder ce sujet ?

Oui tout à fait Plutôt oui Plutôt non Non pas du tout

20 - Pensez-vous que votre médecin traitant est un interlocuteur adéquat pour votre prise en charge ?

Oui Non

21 - À quel moment de la prise en charge souhaiteriez-vous pouvoir compter sur l'appui de votre médecin traitant ? (plusieurs réponses possibles)

En amont (en terme de prévention) au moment de diagnostic/ dépistage au moment du dépistage pendant la prise en charge dans le suivi à long terme jamais

22 - Avez-vous éventuellement eu peur d'un manque de confidentialité vis-à-vis de ce sujet avant d'entamer un suivi avec votre médecin traitant ?

Oui Non

23 - Le fait que d'autres personnes de votre entourage soient suivies par le même médecin généraliste a-t-il été un frein pour aborder ce sujet avec lui ?

Oui Non

24 - Les nombreuses consultations nécessaires et donc l'aspect financier vous a-t-il empêché d'entamer et/ou de poursuivre le suivi avec votre médecin traitant ?

Oui Non

Place du médecin traitant dans la prise en charge du mésusage de l'alcool. Point de vue de 81 patients suivis en CSAPA.

Résumé :

Le mésusage de l'alcool concerne une proportion importante de la population générale en France. En 2010, on estimait à 3.8 millions, le nombre de consommateurs à risque.

20% des consultations en médecine générale seraient en rapport direct ou indirect avec l'alcool.

Plusieurs études ont déjà essayé de connaître le ressenti des médecins généralistes concernant le problème « alcool », par contre les attentes des patients sont très peu définies dans la littérature. Leurs connaissances paraissent primordiales afin d'optimiser cette prise en charge.

Notre étude a essayé de savoir pourquoi des patients suivis en alcoologie échappent au suivi conjoint par leur médecin généraliste traitant. Exploration des freins rencontrés.

L'étude a porté sur l'analyse des réponses de 81 patients suivis en CSAPA (Cap14) à un questionnaire crée de novo. Le déroulement s'est fait de février à juin 2015.

A l'issue de notre travail, il a été constaté que des inégalités d'accès aux soins représentent un frein possible au suivi du mésusage par le médecin traitant pour ce groupe de patients suivis en centre d'alcoologie. IL existe une certaine insatisfaction quant au suivi par le médecin traitant du « problème alcool ».

On retrouve des disparités en termes d'information, de prévention, de durée des consultations, en fonction des niveaux socio-économiques des patients et également en fonction de l'âge.

Des outils validés sont à la disposition du médecin généraliste comme la promotion récente du repérage précoce et de l'intervention brève, l'amélioration du recueil des données du dossier médical, le travail en réseaux, l'encouragement aux actes de prévention/dépistage.

Mots clés (français) : Mésusage/ Alcool/ Médecine générale/ Attentes des patients/ Inégalités sociales.

**Université Paris Descartes
Faculté de Médecine Paris Descartes
15, rue de l'Ecole de Médecine
75270 Paris cedex06**