



HAL
open science

Conditions et modalités de recours à la stratégie de réduction des consommations en ambulatoire pour les patients présentant des troubles liés à l'usage d'alcool en 2015 : étude qualitative par entretiens semi-dirigés de médecins exerçant en structure ambulatoire d'addictologie, et de médecins membres du réseau de soins ALCOOL 35

Guillaume Conan

► **To cite this version:**

Guillaume Conan. Conditions et modalités de recours à la stratégie de réduction des consommations en ambulatoire pour les patients présentant des troubles liés à l'usage d'alcool en 2015 : étude qualitative par entretiens semi-dirigés de médecins exerçant en structure ambulatoire d'addictologie, et de médecins membres du réseau de soins ALCOOL 35. Sciences du Vivant [q-bio]. 2016. dumas-01753181

HAL Id: dumas-01753181

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01753181v1>

Submitted on 5 Jun 2018

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.



**THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1
FACULTÉ DE MEDECINE**

**THÈSE EN VUE DU
DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**

présentée par

Guillaume CONAN

né le 03 Octobre 1987 à VANNES (56)

**Conditions et modalités de recours à la
stratégie de réduction des
consommations en ambulatoire pour les
patients présentant des troubles liés à
l'usage d'alcool en 2015**

*Etude qualitative par entretiens
semi-dirigés de médecins exerçant en
structure ambulatoire d'addictologie, et
de médecins membres du réseau de
soins ALCOOL 35.*

**Thèse soutenue à RENNES
le 29 Avril 2016**

devant le jury composé de :

Pr Romain Moirand

*Addictologue Hépato-gastro-entérologue du CHU de
Rennes / Président*

Pr Emmanuel Oger

Pharmacologue du CHU de Rennes / Juge

Dr Eric Mener

*Médecin généraliste – Maître de conférence associé au
Département de Médecine générale de Rennes / Juge*

Dr Gaël Lagadec

Addictologue / Directeur de thèse

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

| Nom Prénom | Affectation |
|---|--|
| ANNE-GALIBERT Marie Dominique | Biochimie et biologie moléculaire |
| BELAUD-ROTUREAU Marc-Antoine | Histologie, embryologie et cytogénétique |
| BELLISSANT Eric | Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique, addictologie |
| BELLOU Abdelouahab | Thérapeutique, médecine d'urgence, addictologie |
| BELOEIL Hélène | Anesthésiologie-réanimation, médecine d'urgence |
| BENDAVID Claude | Biochimie et biologie moléculaire |
| BENSALAH Karim | Urologie |
| BEUCHEE Alain | Pédiatrie |
| BONAN Isabelle | Médecine physique et de réadaptation |
| BONNET Fabrice | Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques, gynécologie médicale |
| BOUDJEMA Karim | Chirurgie générale |
| BOUGET Jacques | Thérapeutique, médecine d'urgence, addictologie |
| BOURGUET Patrick Professeur des Universités en surnombre | Biophysique et médecine nucléaire |
| BRASSIER Gilles | Neurochirurgie |
| BRETAGNE Jean-François | Gastroentérologie, hépatologie, addictologie |
| BRISSOT Pierre Professeur des Universités en surnombre | Gastroentérologie, hépatologie, addictologie |
| CARRE François | Physiologie |

| | |
|---|---|
| CATROS Véronique | Biologie cellulaire |
| CHALES Gérard Professeur des Universités émérite | Rhumatologie |
| CORBINEAU Hervé | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire |
| CUGGIA Marc | Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication |
| DARNAULT Pierre | Anatomie |
| DAUBERT Jean-Claude Professeur des Universités émérite | Cardiologie |
| DAVID Véronique | Biochimie et biologie moléculaire |
| DAYAN Jacques Professeur des Universités associé | Pédopsychiatrie, addictologie |
| DE CREVOISIER Renaud | Cancérologie, radiothérapie |
| DECAUX Olivier | Médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement, addictologie |
| DELAVAL Philippe | Pneumologie, addictologie |
| DESRUES Benoît | Pneumologie, addictologie |
| DEUGNIER Yves Professeur des Universités en surnombre | Gastroentérologie, hépatologie, addictologie |
| DONAL Erwan | Cardiologie |
| DRAPIER Dominique | Psychiatrie d'adultes, addictologie |
| DUPUY Alain | Dermato-vénéréologie |
| ECOFFEY Claude | Anesthésiologie-réanimation, médecine d'urgence |
| EDAN Gilles | Neurologie |

| | |
|--|---|
| FERRE Jean Christophe | Radiologie et imagerie Médecine |
| FEST Thierry | Hématologie, transfusion |
| FLECHER Erwan | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire |
| FREMOND Benjamin | Chirurgie infantile |
| GANDEMER Virginie | Pédiatrie |
| GANDON Yves | Radiologie et imagerie Médecine |
| GANGNEUX Jean-Pierre | Parasitologie et mycologie |
| GARIN Etienne | Biophysique et médecine nucléaire |
| GAUVRIT Jean-Yves | Radiologie et imagerie Médecine |
| GODEY Benoit | Oto-rhino-laryngologie |
| GUGGENBUHL Pascal | Rhumatologie |
| GUIGUEN Claude Professeur des Universités émérite | Parasitologie et mycologie |
| GUILLÉ François | Urologie |
| GUYADER Dominique | Gastroentérologie, hépatologie, addictologie |
| HOUOT Roch | Hématologie, transfusion |
| HUGÉ Sandrine Professeur des Universités associé | Médecine générale |
| HUSSON Jean-Louis Professeur des Universités en surnombre | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| JEGO Patrick | Médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement, addictologie |

| | |
|-----------------------------|--|
| JEGOUX Franck | Oto-rhino-laryngologie |
| JOUNEAU Stéphane | Pneumologie, addictologie |
| KAYAL Samer | Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière |
| KERBRAT Pierre | Cancérologie, radiothérapie |
| LAMY DE LA CHAPELLE Thierry | Hématologie, transfusion |
| LAVIOLLE Bruno | Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique, addictologie |
| LAVOUE Vincent | Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale |
| LE BRETON Hervé | Cardiologie |
| LE GUEUT Maryannick | Médecine légale et droit de la santé |
| LE TULZO Yves | Réanimation, médecine d'urgence |
| LECLERCQ Christophe | Cardiologie |
| LEGUERRIER Alain | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire |
| LEJEUNE Florence | Biophysique et médecine nucléaire |
| LEVEQUE Jean | Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale |
| LIEVRE Astrid | Gastroentérologie, hépatologie, addictologie |
| MABO Philippe | Cardiologie |
| MALLEDANT Yannick | Anesthésiologie-réanimation, médecine d'urgence |
| MEUNIER Bernard | Chirurgie digestive |

| | |
|--------------------------|--|
| MICHELET Christian | Maladies infectieuses, maladies tropicales |
| MOIRAND Romain | Gastroentérologie, hépatologie, addictologie |
| MORANDI Xavier | Anatomie |
| MORTEMOUSQUE Bruno | Ophthalmologie |
| MOSSER Jean | Biochimie et biologie moléculaire |
| MOULINOUX Jacques | Biologie cellulaire |
| MOURIAUX Frédéric | Ophthalmologie |
| ODENT Sylvie | Génétique |
| OGER Emmanuel | Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique, addictologie |
| PERDRIGER Aleth | Rhumatologie |
| PLADYS Patrick | Pédiatrie |
| POULAIN Patrice | Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale |
| RAVEL Célia | Histologie, embryologie et cytogénétique |
| RIFFAUD Laurent | Neurochirurgie |
| RIOUX-LECLERCQ Nathalie | Anatomie et cytologie pathologiques |
| ROBERT-GANGNEUX Florence | Parasitologie et mycologie |
| SAINT-JALMES Hervé | Biophysique et médecine nucléaire |
| SEGUIN Philippe | Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence |

| | |
|--|---|
| SEMANA Gilbert | Immunologie |
| SIPROUDHIS Laurent | Gastroentérologie, hépatologie, addictologie |
| SOMME Dominique | Médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement, addictologie |
| SULPICE Laurent | Chirurgie générale |
| TARTE Karin | Immunologie |
| TATTEVIN Pierre | Maladies infectieuses, maladies tropicales |
| THIBAUT Ronan | Nutrition |
| THIBAUT Vincent | Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière |
| THOMAZEAU Hervé | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| TORDJMAN Sylvie | Pédopsychiatrie, addictologie |
| VERGER Christian Professeur des Universités émérite | Médecine et santé au travail |
| VERHOYE Jean-Philippe | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire |
| VERIN Marc | Neurologie |
| VIEL Jean-François | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| VIGNEAU Cécile | Néphrologie |
| VIOLAS Philippe | Chirurgie infantile |
| WATIER Eric | Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brûlologie |
| WODEY Eric | Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence |

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

| Nom Prénom | Affectation |
|------------------------|--|
| AME-THOMAS Patricia | Immunologie |
| AMIOT Laurence | Hématologie, transfusion |
| BARDOU-JACQUET Edouard | Gastroentérologie, hépatologie, addictologie |
| BEGUE Jean-Marc | Physiologie |
| BOUSSEMART Lise | Dermato-vénéréologie |
| CABILLIC Florian | Biologie cellulaire |
| CAUBET Alain | Médecine et santé au travail |
| DAMERON Olivier | Informatique |
| DE TAYRAC Marie | Biochimie et biologie moléculaire |
| DEGEILH Brigitte | Parasitologie et mycologie |
| DUBOURG Christèle | Biochimie et biologie moléculaire |
| DUGAY Frédéric | Histologie, embryologie et cytogénétique |
| EDELIN Julien | Cancérologie, radiothérapie |
| GALLAND Françoise | Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques, gynécologie médicale |
| GARLANTEZEC Ronan | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| GUILLET Benoit | Hématologie, transfusion |
| HAEGELEN Claire | Anatomie |

| | |
|------------------------|--|
| JAILLARD Sylvie | Histologie, embryologie et cytogénétique |
| LAVENU Audrey | Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques |
| LE GALL François | Anatomie et cytologie pathologiques |
| LE RUMEUR Elisabeth | Physiologie |
| MAHÉ Guillaume | Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire |
| MARTINS Raphaël | Cardiologie |
| MASSART Catherine | Biochimie et biologie moléculaire |
| MATHIEU-SANQUER Romain | Urologie |
| MENARD Cédric | Immunologie |
| MENER Eric | Médecine générale |
| MILON Joëlle | Anatomie |
| MOREAU Caroline | Biochimie et biologie moléculaire |
| MOUSSOUNI Fouzia | Informatique |
| MYHIE Didier | Médecine générale |
| PANGAULT Céline | Hématologie, transfusion |
| RENAUT Pierric | Médecine générale |
| RIOU Françoise | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| ROBERT Gabriel | Psychiatrie d'adultes, addictologie |

| | |
|---------------------------|--|
| ROPARS Mickaël | Anatomie |
| SAULEAU Paul | Physiologie |
| TADIÉ Jean-Marc | Réanimation, médecine d'urgence |
| TATTEVIN-FABLET Françoise | Médecine générale |
| TURLIN Bruno | Anatomie et cytologie pathologique |
| VERDIER Marie-Clémence | Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique, addictologie |
| VINCENT Pascal | Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière |

LISTE DES ABREVIATIONS

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

ARS : Agence Régionale de Santé

AUD : Alcohol Use Disorders : traduit en français par troubles liés à l'usage de l'alcool

CDA : Consommation Déclarée d'Alcool

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

EI : Effet indésirable

GABA : Acide gamma amino-butyrique

HAS : Haute Autorité de Santé

MAC : Médicament anti-craving

MG : Médecin Généraliste

OFDT : Observatoire français des drogues et des toxicomanies

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RTU : Recommandation Temporaire d'Utilisation

SFA : Société Français d'Alcoologie

SRC : Stratégie de réduction des consommations

SRR : Stratégie de réduction des risques

UA : Unité d'alcool

TABLE des MATIERES

| | |
|---|-----------|
| A. INTRODUCTION | 14 |
| I. LA DEPENDANCE A L'ALCOOL | 14 |
| a. Définition médicale | 14 |
| b. Prise en charge | 14 |
| c. Difficultés | 15 |
| II. LA STRATEGIE DE REDUCTION DES CONSOMMATIONS. | 15 |
| a. Présentation | 15 |
| b. Evaluation scientifique | 16 |
| c. Mise en place | 16 |
| d. Moyens d'actions | 16 |
| III. PROBLEMATIQUE RENCONTREE | 17 |
| IV. OBJECTIF | 18 |
| B. MATERIEL ET METHODE | 19 |
| I. CHOIX DE LA METHODE | 19 |
| II. CONSTRUCTION DU GUIDE D'ENTRETIEN | 19 |
| a. Composition | 19 |
| b. Elaboration | 20 |
| III. L'ECHANTILLONNAGE | 20 |
| a. Population concernée | 20 |
| b. Mode de recrutement | 20 |
| IV. RECUEIL DE DONNEES | 21 |
| V. ANALYSE THEMATIQUE | 21 |
| VI. ETHIQUE | 21 |
| C. RESULTATS | 22 |
| I. LES ENTRETIENS | 22 |
| II. LA POPULATION INTERROGEE | 22 |
| III. LES CONDITIONS AMENANT VERS UNE PROPOSITION THERAPEUTIQUE DE REDUCTION DES CONSOMMATIONS | 22 |
| a. La demande du patient | 22 |
| b. Diagnostic addictologique précis | 23 |
| c. Un objectif commun et réalisable | 23 |
| IV. MODALITES DE SON APPLICATION EN MEDECINE AMBULATOIRE | 24 |
| a. Les mesures non médicamenteuses | 24 |
| b. Les traitements médicamenteux | 27 |
| V. VISION DE LA SRC EN ADDICTOLOGIE AMBULATOIRE | 32 |
| a. Les bénéfices perçus | 32 |
| b. Les améliorations à envisager | 33 |
| c. Son positionnement face à un objectif d'abstinence | 34 |
| d. Place de la réduction des risques en alcoologie | 36 |

| | |
|--|-----------|
| D. DISCUSSION | 37 |
| I. METHODE EMPLOYEE | 37 |
| a. <i>Etude qualitative</i> | 37 |
| b. <i>Echantillonnage et biais de sélection.</i> | 37 |
| c. <i>Recueil des données</i> | 38 |
| d. <i>Analyse</i> | 38 |
| II. COMMENTAIRES ET DONNEES DE LA LITTERATURE..... | 39 |
| a. <i>Contextualisation de l'étude</i> | 39 |
| b. <i>Une valorisation actuelle de la SRC</i> | 39 |
| c. <i>Nouveau positionnement de la SRC vis-à-vis de l'abstinence</i> | 40 |
| d. <i>Hétérogénéité et spécificités des pratiques</i> | 40 |
| e. <i>Résultat inattendu</i> | 41 |
| III. PROPOSITIONS ET PERSPECTIVES | 41 |
| a. <i>Poursuite de la recherche scientifique</i> | 41 |
| b. <i>Rechercher la généralisation des résultats</i> | 42 |
| c. <i>Etudes portant sur les médecins généralistes</i> | 42 |
| d. <i>Etudes interrogeant les patients</i> | 43 |
| E. CONCLUSION | 44 |
| F. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES | 45 |

LISTE des ANNEXES

| | |
|---|----|
| A1 – Présentation des différents comportements de consommateur..... | 47 |
| A2 – Résumé des études de phase 3 concernant du Nalméfène..... | 50 |
| A3 – Version finale du guide d'entretien..... | 51 |
| A4 – Présentation de l'étude et invitation aux entretiens..... | 53 |
| A5 – Résumé synthétique des caractéristiques des sujets sondés interrogés | 54 |
| A6 – Permis d'impression..... | 55 |

A. INTRODUCTION

I. *La dépendance à l'alcool*

a. *Définition médicale*

Initialement qualifiée "d'ivrognerie" par Thomas Trotter, puis "d'alcoolisme" par Magnus Huss, la notion d'alcoolodépendance, et plus généralement d'addiction, en tant que maladie, s'est peu à peu imposée. Caractérisée par la perte de maîtrise d'une consommation, de nombreuses définitions coexistent. Celle d'Aviel Goodman^[1] fait référence à un comportement qui se caractérise par l'échec répété de son contrôle ainsi que par sa persistance en dépit des conséquences négatives, et dont la fonction est de procurer du plaisir ou de soulager un inconfort.

Il existe un large panel de comportements de consommateurs, recensés en annexe A1. Néanmoins, seule une fraction minoritaire des buveurs présente des troubles liés à l'usage de l'alcool (traduction française de : *Alcohol Use Disorder* : AUD) tels qu'ils sont définis par le DSM-5^[2]. L'addiction est maintenant considérée comme une maladie chronique, évolutive et adaptative du cerveau, ayant des répercussions médico-psycho-sociales. On estime que 5 % des patients adultes consultant le médecin généraliste (MG) sont concernés par l'alcoolodépendance, avec une prédominance masculine (8,6 % contre 2,3 %)^[3]. Ces estimations font état d'environ 2 millions de Français alcoolodépendants.

La morbi-mortalité associée y est importante. Une estimation de 49 000 décès annuels imputables à l'alcool est souvent citée dans les publications françaises^[4]. Ainsi, eu égard à sa gravité et sa fréquence, cette pathologie constitue un problème de santé publique à caractère prioritaire. Elle doit mobiliser toutes les ressources médicales dédiées, du MG aux professionnels des structures ambulatoires et hospitalières d'addictologie. Selon Claude Olievenstein, la dépendance résulte de la rencontre entre une personnalité et un produit, dans un contexte socio-culturel spécifique^[5]. Sa prise en charge doit donc être multiple et globale, portant nécessairement sur chacune de ses composantes.

b. *Prise en charge*

La prise en charge habituellement proposée à ces patients se base sur le principe du sevrage, suivi d'une aide au maintien de l'abstinence totale et durable^[6], afin de rendre au patient sa liberté de s'abstenir de boire. La justification de son intérêt repose sur des études de faible niveau de preuves. L'une d'elles décrit une mortalité globale quintuplée après 5 ans de suivi moyen, chez les alcoolodépendants continuant à boire, par rapport à ceux qui sont sevrés^[7].

Les deux principaux axes thérapeutiques sont une prise en charge sociale et des approches psychothérapeutiques. Celles-ci sont d'ailleurs communes pour toute prise en charge addictologique. Le volet médical de la prise en charge addictologique comporte différents aspects. Le repérage de la pathologie et de

ses complications somatiques relève habituellement du MG, alors que la réalisation du sevrage est souvent spécialisée et parfois hospitalière. Visant un objectif d'abstinence, le suivi addictologique peut éventuellement avoir recours à de nouvelles hospitalisations, ainsi qu'à des thérapeutiques pharmacologiques. Ces dernières sont indiquées pour une durée limitée, après la réalisation du sevrage éthylique, en vue de l'aide au maintien de l'abstinence. Les traitements addictolytiques regroupent l'Acamprosate (agoniste GABA-A et inhibiteur glutamatergique) et la Naltrexone (antagonisme des récepteurs opioïdes μ). Il existe aussi le Disulfirame, agissant par effet antabuse via l'inhibition enzymatique de l'acétaldéhyde déshydrogénase.

c. Difficultés

Ces dernières décennies, la prise en charge s'est progressivement améliorée, avec une implication pluridisciplinaire, coordonnée dans le cadre d'un réseau local de soins et s'inscrivant dans une relation professionnel de santé - patient de haute qualité à chaque niveau. Toutefois, les médecins rencontrent régulièrement diverses difficultés.

D'une part, la prise en charge des AUD est souvent insuffisante et trop tardive. Celle-ci a été estimée par une étude européenne^[8] de 2000, à 10% de la population concernée. Un rapport d'activité de l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT) semble confirmer cette estimation^[9]. En effet, en 2013, le nombre de patients présentant un AUD et suivis en centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), s'établissait à 133.000, nombre auquel il faut ajouter 52.000 sevrages hospitaliers. Ces chiffres ne recensent toutefois aucunement les prises en charge addictologiques entreprises par les médecins libéraux, et en particulier les MG. Cependant l'implication globale de ces derniers semble insuffisante^[10].

Bien que l'efficacité des traitements d'aide au maintien de l'abstinence ait été démontrée statistiquement^[11] (à 6 mois pour Naltrexone et à 1 an pour Acamprosate), leur intérêt à long terme reste toutefois "*modeste*" comme l'estime la Haute Autorité de Santé^[12]. Le taux de succès chez les patients traités est donc difficile à estimer sur le long terme. Sans prise en charge, les possibilités de rémission spontanée en cas d'alcoolodépendance demeurent marginales.

II. La stratégie de réduction des consommations.

a. Présentation

Devant cette situation imparfaite, l'émergence d'une nouvelle stratégie en addictologie s'est progressivement développée. Celle-ci vise la sobriété, c'est-à-dire le contrôle des quantités d'alcool absorbées en vue d'une consommation raisonnée. L'objectif premier n'est plus d'échapper au produit, mais d'en réduire les risques ainsi que les dommages associés à son recours. Il s'agit désormais d'encadrer les consommations dans des conditions optimales de sécurité, à court comme à long terme. L'objectif poursuivi est alors idéalement de revenir en dessous des seuils de non dangerosité, définis par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)^[13] et présentés en annexe A1.

b. Evaluation scientifique

Cette méthode, alternative à la prise en charge classique, s'appuie davantage sur des fondements philosophiques, mêlant pragmatisme et humanisme. L'une des premières publications en ce sens remonte à l'année 1976. E. Mansell Patisson y énonce que l'obtention de l'abstinence n'est pas nécessairement corrélée à une amélioration psychique ou émotionnelle ^[14]. Cela peut notamment s'expliquer par la faible influence de l'abstinence sur le craving, parfois source de souffrance psychologique. Les fondements scientifiques de cette stratégie reposent sur la corrélation positive, d'allure exponentielle, entre la nocivité de l'intoxication alcoolique et les quantités absorbées. Il a ainsi été démontré qu'une réduction par intervention brève, de 18.3 grammes d'alcool par jour pendant un an chez des patients en abus d'alcool, était associée à une réduction de 43 % de la mortalité et ce, toutes causes confondues ^[15]. Le bénéfice d'une réduction, même partielle, est d'autant plus grand que le niveau initial de consommation est élevé. Une autre étude a mis en évidence qu'une réduction d'au moins 30 % des consommations individuelles d'alcool améliore les résultats en termes de qualité de vie ^[16]. D'autres études décrivent la possibilité d'un retour à une consommation contrôlée chez des patients alcoolodépendants. Ces différents travaux, recensés par JA. Ambrogne ^[17], ont peu à peu légitimé une stratégie de réduction des consommations (SRC) comme prise en charge alternative à un objectif d'abstinence.

c. Mise en place

Pendant longtemps en France, le recours à un objectif de consommation contrôlée n'était envisagé que chez les patients en mésusage d'alcool, non dépendants. Dans le référentiel national de la HAS de 2001 ^[6], l'abstinence était le seul objectif reconnu chez les patients alcoolodépendants. Progressivement, La SRC a été intégrée dans les recommandations de nos voisins européens ^[18]. Sur ce point, le retard français a été récupéré par la publication effectuée en 2014 par la Société Française d'Alcoologie ^[19] (SFA).

Pouvant être considérée comme s'opposant au modèle prônant l'abstinence, la SRC est en réalité complémentaire. Ces deux stratégies s'intègrent au modèle de réduction des risques. L'abstinence n'est plus un but en soi mais un moyen, certes optimum, pour y parvenir.

d. Moyens d'actions

Jusqu'à peu, ce dispositif reposait essentiellement sur la mise en œuvre de moyens psychothérapeutiques, notamment cognitivo-comportementaux. Cependant, des recherches récentes ont exploré les bases neuro-physiologiques de l'addiction. Au niveau cérébral, l'alcool agit notamment sur le circuit méso-limbique de la récompense en perturbant l'action des neurotransmetteurs. Ces résultats ont permis de formuler des suggestions thérapeutiques qui sont principalement basées sur la lutte contre le craving.

Le baclofène est un agoniste direct des récepteurs à acide gamma amino-butyrrique (GABA) de type B. Il est utilisé, depuis 1974, dans la lutte contre la spasticité accompagnant certaines pathologies neurologiques. Un

effet anti-craving à de fortes posologies est évoqué dans un certain nombre d'essais thérapeutiques ^[20]. Les auteurs l'expliquent par une action inhibitrice sur l'activité dopaminergique de l'aire tegmentale ventrale sur le noyau Accumbens. La libération de dopamine, normalement produite par l'action de l'alcool sur le circuit de la récompense, serait en conséquence atténuée ou empêchée. Ces études se révèlent de faibles niveaux de preuve et de nombreux biais méthodologiques existent ^[21]. Toutefois, cela n'a pas empêché certains MG, addictologues et psychiatres, de recourir à cette molécule pour diminuer l'appétence éthylique. L'ampleur de ce phénomène a pu être appréciée sur les données de pharmacovigilance ^[22], ainsi que grâce à des indicateurs médico-économiques nationaux. Une recommandation temporaire d'utilisation ^[23] (RTU) a été accordée le 14 mars 2014. Celle-ci encadre cette prescription sous certaines conditions, en vue d'obtenir l'abstinence ou une réduction majeure de la consommation d'alcool chez l'adulte alcoolodépendant.

Depuis fin 2014, un second médicament a été autorisé pour cette dernière indication : le Nalméfène (SELINCRO). Il agit au niveau des récepteurs opioïdes endogènes, comme antagoniste de forte affinité des récepteurs μ et δ , et agoniste partiel de faible affinité sur les récepteurs κ . Ces propriétés modulatrices sont à l'origine d'une diminution de l'activité dopaminergique au niveau du cycle de la récompense, lui conférant une propriété anti-craving. Les études de phase 3 ayant conduit à l'obtention de l'autorisation de mise sur le marché (AMM) ont été recensées en annexe A2. Celles-ci ont notamment mis en évidence une réduction significative des quantités d'alcool consommées par rapport au placebo, sans toutefois que les critères de morbi-mortalité aient été analysés ^[24].

III. Problématique rencontrée

Malgré les bénéfices précédemment décrits, il est difficile d'évaluer l'intérêt de la SRC pour la pratique courante, ainsi que son impact dans la prise en charge addictologique. Aucune étude de qualité n'a démontré la supériorité significative de l'abstinence par rapport à l'objectif de consommation contrôlée. Cela a été tenté par une étude anglo-saxonne²⁵, qui a comparé le bénéfice d'une prise en charge psycho-sociale, en fonction du choix des patients d'être abstinents ou non. Cependant, aucune différence significative n'a pu être démontrée en termes de succès thérapeutique à un an (respectivement 29.7% et 22.8% ; odd ratio = 1.44 [0.98 ; 2.1] ; p=0.063).

En outre, la SRC a vu l'accroissement de son arsenal thérapeutique depuis fin 2014 avec le Baclofène haute-posologie et le Nalméfène. Actuellement, tous deux constituent d'ailleurs les seuls médicaments autorisés à la prescription des MG en France, pour cette indication. Ici encore, les études manquent concernant le recours à ces médicaments anti-craving (MAC). Aucun référentiel national n'a abordé spécifiquement la question de ces prescriptions par rapport aux autres traitements de l'addiction.

Les MG sont donc confrontés à d'importantes difficultés quant à la mise en application pratique de la SRC telle qu'elle est définie par les recommandations de la SFA ^[19]. Il semble exister une relative méconnaissance, ainsi qu'un défaut d'harmonisation, concernant le recours à cette stratégie en ambulatoire, et plus spécifiquement au sujet des médicaments sus-nommés. Des interrogations persistent également quant à leur coordination et articulation pour une prise en charge addictologique optimale.

IV. Objectif

L'objectif de ce travail est de tenter d'apporter des réponses aux difficultés rencontrées. Pour cela, nous avons étudié les conditions et les modalités que se fixent les médecins habitués à prendre en charge des patients présentant un AUD, lors du recours à la SRC.

B. MATERIEL et METHODE

I. Choix de la méthode

Afin de répondre à cet objectif, nous avons décidé de recourir à une méthode de recherche qualitative. Il s'agit d'une étude descriptive, sur le mode déclaratif, basé sur des entretiens approfondis et individuels. Ceux-ci ont pris la forme d'une conversation semi-dirigée, définie selon un guide d'entretien, qui aborde de grands thèmes faisant appel à l'expérience professionnelle des participants.

II. Construction du guide d'entretien

a. Composition

Il est constitué de quatre parties, structurant le déroulement des entretiens. La première correspond à une présentation de ce travail universitaire. Après remerciement du médecin sondé pour sa participation, les principes déontologiques de l'étude y étaient rappelés. Ceux-ci visaient, notamment, à assurer la confidentialité par l'anonymisation des données.

La deuxième partie traitait des caractéristiques du sujet interviewé, selon des critères socio-démographiques et professionnels. Leurs formations médicales ainsi que leurs modalités d'activités ont été précisées. Il leur a été demandé d'estimer de manière approximative le nombre de patients suivis pour AUD.

La troisième partie a porté sur les thèmes principaux de l'étude. Chacun d'eux était constitué d'une question ouverte, associée à plusieurs questions de relance, plus restrictives. L'attention a été focalisée initialement sur les circonstances qui ont amené le sujet interviewé à recourir à une SRC. Par la suite, nous avons demandé au praticien de nous expliquer comment il mettait en œuvre, dans la pratique, cet objectif thérapeutique. Il a pu ainsi préciser ses modalités de prise en charge et de suivi addictologique. La question plus spécifique du recours aux prescriptions de MAC s'est posée ensuite. Au regard des bénéfices attendus et des risques encourus, le sujet a été interrogé sur la place et l'intérêt de cette stratégie dans le cadre de sa pratique professionnelle. Enfin, il lui était offert la possibilité de proposer d'éventuelles solutions afin de remédier aux difficultés rencontrées. La fin de l'entretien permettait de discuter de la place de cette stratégie et plus généralement du principe de réduction des risques, en addictologie et en médecine générale. Il importe de préciser que la trame de ce guide était cependant malléable, autorisant des adaptations en fonction de l'évolution de la discussion.

A la fin de chaque entretien, le médecin sondé a été invité à expliciter toutes opinions ou informations supplémentaires qu'il pouvait estimer importantes. Après récupération des coordonnées en vue du retour d'information, chaque médecin a été remercié pour sa participation.

b. Elaboration

Le guide d'entretien a été élaboré à partir d'une revue bibliographique actualisée et enrichie des remarques et échanges auprès de MG et d'addictologues. Nous avons effectué une synthèse de la littérature grâce à des moteurs de recherche internet tels que PubMed et ScienceDirect, en utilisant comme mots-clés : « *baclofen* », « *nalmefen* », « *strategy of reduction consumption* », « *controlled drinking* », « *Safer-drinking strategies* », « *Harm reduction* », « *alcoholic treatment* ». Une recherche sur le Sudoc a également été réalisée, grâce aux mêmes mots-clés, traduits en français.

Lors de la rédaction du guide, une attention toute particulière a été portée sur sa neutralité. Dans cette optique, un travail de reformulation a été nécessaire afin de limiter les éventuels préjugés ou jugements de valeurs. La réalisation d'entretiens exploratoires a permis de tester la compréhension du guide d'entretiens initial ainsi que d'y apporter les modifications nécessaires à son ergonomie. L'auteur s'est autorisé à procéder à certaines modifications mineures concernant l'ordre ou la formulation des thèmes abordés, dans le but d'en optimiser l'interactivité. Une version finale est disponible en annexe A3.

III. L'échantillonnage

a. Population concernée

La population-cible de l'étude correspond aux docteurs en médecine prenant en charge régulièrement des patients pour AUD en ambulatoire. Il s'agit donc de médecins compétents en addictologie qui, dans le cadre de leurs activités professionnelles, ont été confrontés à la question du recours à la SRC. La population-source est constituée d'une part des médecins exerçant en CSAPA, d'autre part de MG agissant dans le cadre d'un réseau de soins d'addictologie comme médecins relais. La zone géographique concernée correspond aux départements d'Ille-et-Vilaine et du Morbihan. Elle représente 9 CSAPA, qui sont respectivement localisés à Rennes, Fougères, Redon, Vitré, Saint-Malo-Dinan (jumelage) et à Ploërmel, Pontivy, Lorient, Vannes. Il n'existe qu'un seul réseau de soins référencé par l'Agence régionale de Santé en Bretagne. Il s'agit du réseau ville-hôpital ALCOOL 35, influent au niveau du territoire de santé n°5. Ainsi il existe au total à dix structures réparties sur ces deux départements, chargées de l'addictologie ambulatoire.

b. Mode de recrutement

Les prises de contact initiales (décrites en annexe A4) ont été soit : individuelles et téléphoniques pour les CSAPA, soit par courriels transmis à l'ensemble des médecins relais du réseau ALCOOL 35. Après une brève présentation de la teneur de l'enquête et, dès lors qu'ils acceptaient d'y participer, chaque sujet a fixé à sa convenance, une date de rendez-vous afin que l'on puisse procéder à l'entretien.

IV. Recueil de données

Les entretiens se sont déroulés sur les lieux d'exercice des participants, en face à face et en l'absence de participation de tiers. Chaque entretien, d'une durée approximative de 30 minutes, a été enregistré au dictaphone. L'accord oral de chaque participant a été sollicité pour la réalisation et l'utilisation des données audio.

Après chaque entretien, il a été procédé à une retranscription mot-à-mot de l'intégralité des données audio et manuscrites, par traitement de texte. Aucune modification, reformulation ou omission n'a été effectuée à cette étape. Les intonations du discours ainsi que les données non verbales ont également été retranscrites.

Avant analyse, la retranscription complète de chaque entretien a été adressée aux différents participants aux fins qu'ils puissent y apporter les corrections ou commentaires qu'ils estimaient utiles.

V. Analyse thématique

Le codage des données a été réalisé par la même personne ayant réalisé l'intégralité des entretiens. Une analyse longitudinale de chacun d'entre eux a été permise par la première relecture de l'intégralité du verbatim. Ensuite, nous avons réalisé un codage axial, en isolant du verbatim des idées-clés. Ce découpage a permis de faire apparaître, de manière hiérarchisée, des unités de signification, chacune correspondant à un thème du phénomène étudié. Une analyse transversale a été réalisée en continu, afin d'évaluer la cohérence thématique inter-entretien. Aucune analyse d'ordre statistique n'a été réalisée à partir de ces retranscriptions.

VI. Ethique

Avant toute analyse des données récoltées, chaque sujet sondé s'est vu allouer un code unique d'anonymisation, déterminé de manière chronologique.

Le coût de la réalisation de cette étude est constitué principalement des frais de déplacement du doctorant pour la participation aux entretiens. L'intégralité des dépenses engagées a été supportée par le doctorant, en l'absence d'une quelconque aide matérielle ou financière. L'auteur ne déclare d'ailleurs aucun conflit d'intérêt. La participation de chaque participant a relevé du bénévolat, sans rétributions d'aucune sorte. Chaque médecin sondé a été interrogé au sujet de l'existence d'éventuels conflits d'intérêt les concernant.

Un compte rendu final de ce travail universitaire a été adressé par voie électronique à chaque participant, dans le cadre du retour d'information.

C. Résultats

I. Les entretiens

L'intégralité des CSAPA contactés a répondu favorablement aux demandes d'entretien, avec douze interviews interrogeant treize médecins. Six médecins du réseau ALCOOL 35 ont également accepté de participer à l'étude, soit au total dix-huit entretiens de dix-neuf médecins.

Le recueil des données s'est déroulé du 01/10/15 au 17/12/15. En amont, il a été procédé à trois entretiens exploratoires. Un code unique d'anonymisation a été alloué à chacun d'eux, allant d'E01 à E18. Dans chaque structure, un à plusieurs médecins les représentant ont été interrogés, à savoir une fois pour les CSAPA de Fougères, Vitré, Redon, Lorient, Ploërmel, Pontivy et Rennes, deux fois pour les CSAPA de Vannes, trois fois pour le CSAPA de St-Malo-Dinan.

Les entrevues ont duré de 18 à 44 minutes, avec une moyenne à 29 minutes. L'ensemble du verbatim retranscrit a formé un texte de 64.500 mots.

II. La population interrogée

L'âge moyen des participants était de 51 ans, allant de 38 et 67 ans. L'étude a porté sur 6 hommes et 13 femmes. Nonobstant une pédiatre - E14 - tous les sujets avaient une formation initiale en médecine générale. Deux d'entre eux ont déclaré avoir des liens avec des laboratoires pharmaceutiques, mais ont certifié l'absence de conflits d'intérêt : E12 et E18. Un résumé synthétique des caractéristiques des sujets sondés est présenté dans le tableau 1, en annexe A5.

III. Les Conditions amenant vers une proposition thérapeutique de réduction des consommations

a. La demande du patient

A l'unanimité, les médecins sondés ont reconnu que cette proposition thérapeutique était largement influencée par les demandes des patients. Celles-ci ont été recueillies dès les premières consultations médicales : « *La première question c'est : « qu'est ce que vous souhaitez ? » : E07 ; « Vers quelle consommation ils souhaitent aller ? Quel est l'objectif qu'ils se donnent ? » : E09.*

Ces demandes pouvaient être spontanément exprimées ou être guidées par le médecin au fil de la discussion. « *Quand on sent qu'il y a une certaine ambivalence à arrêter l'alcool, à ce moment là, la question [de la réduction des consommations], je la pose systématiquement.* » : E11.

Une demande de réduction des consommations a pu être motivée par de nombreuses circonstances. Un certain nombre de patients ne souhaitaient pas, ou ne se sentaient pas capables, de respecter un objectif

d'abstinence : « *ils ne peuvent pas envisager d'avoir une vie sans alcool* » : E04. D'autres avaient « *l'espoir que ce soit aussi facile* » : E10. Parfois cela s'est exprimé par des demandes spécifiques de médicaments, comme ce fut le cas pour le Baclofène. Celles-ci ont connu un pic de sollicitation au cours de l'année 2013 : « *Je trouve que c'est un peu passé de mode ! Ça s'essouffle un peu !* » : E09.

Les médecins interrogés ont considéré la demande de réduction comme majoritaire aujourd'hui : « *Il y a 9 [patients] sur 10 qui souhaitent diminuer.* » : E06. « *Il y en a beaucoup qui disent d'emblée, qu'ils ne veulent pas se sevrer complètement. Ils veulent continuer à boire un petit peu, de manière raisonnable* » : E02.

b. Diagnostic addictologique précis

Les consultations initiales ont permis de définir le parcours addictologique ainsi que de recenser les différents traitements entrepris. « *On a un protocole d'évaluation initiale du patient, où on va prendre le temps (de faire une évaluation) [...] des conditions de vie, de l'histoire de vie du patient; [de] l'évaluation psychiatrique [et] psychologique* » : E07. Connaître la fonction du produit, ainsi que son mode de consommation (qualitativement comme quantitativement), était important afin de caractériser la sévérité de l'AUD. Ces consultations étaient éventuellement complétées d'un bilan somatique (biologique) et de l'avis d'un spécialiste, en fonction des complications décelées ou des co-morbidités associées.

Aucun profil type de patient enclin à la SRC n'a pu clairement être défini. De manière empirique, un grand nombre de médecins interrogés la proposait à leurs patients motivés, présentant un AUD allant de faible à modéré : « *à mon avis, ça ne peut être que pour les patients faiblement dépendants* » : E10. « *[Cela concerne] généralement des gens peut être un peu plus jeunes, et qui effectivement, sont consommateurs dépendants depuis moins longtemps que ceux qui ont déjà subi des échecs répétés* » : E8. Cette opinion n'a pas été sans faire débat dès lors que certains médecins proposaient la réduction en cas d'échecs répétés d'abstinence : « *c'est une solution qu'on arrive à proposer quand on sent que le patient n'y arrive pas [seul] mais qu'il pourrait y parvenir avec un peu d'aide, sans qu'il y ait une nécessité forcément de sevrage complet ou quand il y a eu plusieurs sevrages avec échecs* » : E17.

c. Un objectif commun et réalisable

En fonction de la motivation du patient, de ses antécédents médicaux et de son parcours addictologique, un objectif de réduction des consommations a souvent pu être envisagé par les médecins. Définir un objectif à la portée du patient demeurerait un prérequis indispensable pour l'intégralité des sujets interrogés, afin d'obtenir l'adhésion du patient au projet thérapeutique. Cet objectif s'est défini de manière qualitative comme quantitative, avec la possibilité d'être régulièrement ré-étudié, à l'occasion du suivi addictologique.

Ce choix de prise en charge devait être le fruit d'une réflexion conjointe, notamment après avoir informé le patient des différentes opportunités thérapeutiques. En cas de discordance d'objectif entre le médecin et le

patient, un travail d'explication et d'accompagnement motivationnel a pu être proposé, afin de cheminer vers un objectif commun. « *J'ai réussi à prendre des patients en charge, qu'à partir du moment où ils avaient subi tout le travail de fond de motivation initial.* » : E03. Ce travail s'est révélé également nécessaire lorsqu'aucune demande n'était clairement exprimée par le patient ou, au contraire, quand celle-ci se focalisait, par exemple sur la prescription de Baclofène. Le médecin devait s'assurer que cette demande était bien le fruit d'une réflexion approfondie, et qu'elle n'émanait pas d'un souhait irrationnel de guérison "miraculeuse", ni d'un déni de l'importance du problème éthylique. De tels cas ont pu se rencontrer lorsque l'instigation de la prise en charge n'était pas personnelle, mais émanait d'une pression sociale ou d'une injonction judiciaire. Dans ces cas, le médecin a dû conduire le patient à s'engager sur un projet de soins, en lui faisant prendre conscience de la situation clinique.

L'ensemble des médecins interrogés a souligné que le travail d'accompagnement ne devait cependant pas être source de conflits entre le patient et le médecin. « *Si le patient n'est pas prêt [à l'abstinence], il ne l'est pas !* » : E13 ; « *Si ce n'est pas son objectif, ça ne sera pas le mien !* » : E10. « *Je fais en fonction de ce qu'ils me demandent, d'où il en est avec l'alcool, de son histoire, de son objectif, de ce qui est réalisable...* » : E15. « *C'est plus intéressant de les accompagner et de voir s'ils ne peuvent pas plutôt réduire que d'essayer de les forcer avec un objectif qui n'est pas le leur.* » : E09.

IV. Modalités de son application en médecine ambulatoire

L'unanimité des sujets interrogés ont évoqué l'absolue nécessité de proposer une prise en charge globale. Les approches non médicamenteuses, avaient pour objectif une prise en charge psycho-sociale, via une équipe multidisciplinaire : « *Ce n'est pas un médecin généraliste ou un addictologue qui va régler le problème de l'alcoolique, c'est vraiment plusieurs personnes.* » : E02.

a. Les mesures non médicamenteuses

i. Approches psychothérapeutiques et soutien social

Les prises en charges psycho-sociales se sont souvent révélées semblables à celles employées dans l'objectif d'abstinence : « *c'est les mêmes principes, comme les thérapies brèves, où l'on est sur des thérapies de changement* » : E04. Elles constituaient le socle primordial de toute prise en charge du patient éthylique : « *Pour moi, on ne peut pas sortir d'une addiction sans psychothérapie.* » : E06. L'avis des médecins à ce propos s'est révélé très consensuel, affirmant avec force leur nécessité.

Cette approche thérapeutique a pris de nombreuses formes. Tout d'abord, une parole apaisée et empathique devait permettre d'établir un climat de confiance entre le patient et son médecin : « *ils ont surtout besoin d'écoute et d'attention* » : E13. La psychothérapie motivationnelle a été très largement employée pour

construire le suivi addictologique : « *C'est la valorisation, l'encouragement, le soutien* » : E16. Cet outil relationnel est basé sur des stratégies de réassurance : « *qui [conduit] à ce que le patient prenne soin de lui et de sa santé.* » : E04.

Les médecins ont eu également recours à la psychothérapie cognitivo-comportementale. Elle devait permettre d'évaluer les envies d'alcool en fonction des situations, dans le but de parvenir à les contrôler, en élaborant des stratégies de résistance : « *comment [...] faire pour que le déclenchement d'envies soit moins présent ?* » : E08. « *[On travaille sur] les verres dont le patient ne peut pas se passer* » : E11. « *C'est réussir à pallier quelque part [...] la cause de ces consommations* » : E08.

La question de l'alcool a pu être abordée selon différentes approches de la vie du patient. Certains médecins ont évoqué la nécessité de pallier la perte de fonction du produit. Il convenait par exemple de remédier à l'abandon d'une automédication, ou de compenser un hédonisme alcoolo-induit « *s'il n'y a plus d'alcool, il va falloir trouver ailleurs ce plaisir de la vie, et du coup, développer des choses qui vont effectivement leur apporter du plaisir.* » : E08.

L'addiction ayant parfois pris une place si importante dans la vie de certains patients, sa réduction ou son arrêt a pu parfois déstructurer leur quotidien : « *l'alcool amenait à un fonctionnement, à une façon de vivre. Il y avait ce vide qui apparaissait et il faut en tenir compte* » : E15. Dans ces cas, le médecin a dû travailler à la reconstruction d'un modèle de vie : « *c'est prendre en charge ce vide qui apparaît quand il y a moins d'alcool* » : E15. De même, il était important de prêter attention aux différentes sphères entourant le patient, et notamment la sphère familiale : « *je pense que la famille joue un rôle fondamental dans l'alcoolisme* » : E02. La famille s'étant progressivement structurée autour de l'alcoolique, dans certains cas, une modification significative des habitudes de consommation a pu être à l'origine d'une désorganisation du cadre familial : « *il y a énormément de divorcés chez les anciens buveurs. Ça m'avait frappé* » : E02.

La nécessité d'une prise en charge psychologique s'est également justifiée devant la fréquence des traumatismes psychiques chez les patients ayant un problème d'alcool : « *90% des femmes dépendantes à l'alcool ou aux drogues, sont des post-traumatisées* » : E04. Une étude réalisée par l'un des médecins interrogés est prise comme illustration de cette notion : « *sur les 35 [personnes] sans domicile fixe, alcooliques, de Bretagne, la moitié avaient perdu leur mère avant l'âge de 10 ans et la moitié de ces mères étaient mortes de mort violente* » : E06.

Tous les médecins interrogés ont estimé que l'environnement jouait un rôle important dans la physiopathologie de l'addiction à l'alcool : « *celui qui boit, porte sur le dos, le fardeau du père qui a fait ci, qui a fait ça....* » : E02.

ii. Spécificités en cas d'objectif de réduction

Les sujets interrogés ont évoqué l'existence de quelques spécificités en lien avec la SRC. Il a été souligné la nécessité de quantifier précisément la consommation éthylique. Cette estimation a pu être réalisée par

l'analyse minutieuse de la consommation déclarée d'alcool (CDA), éventuellement reportée sur un agenda ou carnet de consommation : « *souvent, il faut savoir de combien ils partent. [...] Eux-mêmes ne savent déjà pas ce qu'ils consomment* » : E15. Ce prérequis a permis, par la suite, de fixer des objectifs de réduction, plus ou moins stricts en fonction de chaque patient, éventuellement réévalués régulièrement. « *Il y a des gens qui ont besoin de ça, et on peut leur proposer un journal de consommation, pour objectiver la réalité de la réduction* » : E11.

Les objectifs ont pu également être qualitatifs : « *essayez de [...] boire plus lentement, de retarder l'heure à laquelle vous allez commencer à consommer* » : E14. Il s'agissait de "boire différemment" : « *c'est gérer les risques de l'alcool d'une façon générale* » : E12. Les notions de "mieux boire", de "choisir des produits de meilleures qualités", demeuraient assez anecdotiques : « *leur dire « mieux consommer » : je ne vois pas très bien ce que ça veut dire* » : E18.

On a pu relever des oppositions entre des patients ayant un objectif de sobriété et les groupes de parole d'associations néphalistes. Ces derniers ont en effet été fondés sur le principe de l'abstinence. « *Pour certaines, c'est un peu compliqué d'accepter que l'on propose la réduction des risques et non l'abstinence, surtout quand des personnes s'orientant vers la réduction des risques entrent en contact avec eux.* » : E11.

iii. Des approches complémentaires

Certains médecins ont eu recours à une prise en charge nutritionnelle et diététique : « *[Il y a souvent] une hygiène de vie déplorable. Les repas sont complètement désorganisés* » : E05. La réduction ou l'arrêt de l'alcool a permis à certains de retrouver des perceptions sensorielles qui étaient jusque là masquées par la consommation d'alcool : « *insister pour qu'ils retrouvent cette sensation de soif pour boire de l'eau ou autre chose que de l'alcool* » : E05.

D'autres médecins ont développé l'hypnose, la sophrologie ou encore la thérapie corporelle. Ces approches ont permis d'aborder le problème de l'alcool chez le patient de manière plus globale : « *les entretiens ne sont pas focalisés sur l'alcool* » : E05.

Il a été rapporté que la réduction éthylique s'accompagnait souvent de l'apparition de nouveaux symptômes. Cela pouvait s'expliquer par la levée d'un phénomène masquant alcoolo-induit, mais aussi par la perte de la fonction auto-thérapeutique du produit. « *On a beaucoup plus de plaintes somatiques qui émergent* » : E05. Leur dépistage et leur prise en charge ont été nécessaires pour que le patient puisse poursuivre le suivi addictologique.

b. Les traitements médicamenteux

i. Nalméfène

La majorité des médecins interrogés estimaient assez satisfaisante la balance bénéfices-risques du Nalméfène. Certains se sont cependant déclarés déçus : « *Finally, cela n'apporte pas grand-chose de plus que le REVIA, la Naltrexone.* » : E02. Cette déception a résulté du fait que le Nalméfène a pu être perçu comme peu efficace. D'autres ont déclaré être indécis, en raison du manque de recul quant à son utilisation : « *actuellement, je ne peux pas me prononcer franchement sur l'effet du SELINCRO* » : E05.

L'efficacité perçue du Nalméfène en termes de réduction de consommation est donc très variable selon les sujets interrogés. « *Je trouve que, globalement, c'est un bon outil.* » : E15 - « *Ils arrivent sans trop d'efforts, à diminuer nettement : à diviser par 2 ou par 3.* » : E07 - « *C'est une inefficacité !* » : E14.

L'un des médecins interrogés l'utilisait également comme médicament du sevrage et de l'abstinence : « *Je prescris ça quand les gens refusent le sevrage hospitalier alors que ça pourrait être nécessaire.* » : E17. Un autre sujet a remarqué un effet sur la consommation de cannabis : « *j'ai quand même plusieurs patients, qui m'ont rapporté des effets positifs collatéraux sur leurs autres consommations* » : E08.

La dépendance aux opiacés, traitée par Buprénorphine ou Méthadone, était la principale contre-indication du traitement, respectée par l'ensemble des sujets interrogés.

Les sujets interrogés ont trouvé le Nalméfène facile d'utilisation, à la dose d'un comprimé quotidien : « *Je trouve que le nalméfène agit déjà bien pour calmer les choses avec une simplicité et un confort de prise et d'observance qui est plus facile* » : E09. Habituellement, il était recommandé au patient non sevré de le prendre en systématique, pendant les premières semaines ou premiers mois de traitement. L'heure de la prise devait être discutée avec le patient : « *soit ils le prennent à heure fixe le matin ou le soir (pour ne pas l'oublier) soit aux moments où ça dérape* » : E09. Selon l'évolution, ce médicament a pu être proposé de manière ponctuelle : « *je garde la prise du comprimé avant une occasion de boire, à la demande.* » : E16.

Les effets indésirables (EI) les plus fréquemment évoqués par les médecins ont été des nausées, des vertiges, des troubles du sommeil ainsi qu'une asthénie. Ceux-ci ont surtout été observés en début de traitement : « *en général, c'est transitoire, et ça disparaît en 4 à 5 jours* » : E07.

« *Les EI au début du traitement que certains ont [...], sont un frein à la bonne observance.* » E09. Afin d'améliorer cette situation, il était important de bien informer et d'accompagner le patient concernant la survenue de ces effets. De manière empirique, la majorité des médecins interrogés proposaient une adaptation posologique afin de les juguler : « *donnant juste la moitié d'un comprimé sur une semaine et si cela se passait bien comme cela : de passer à la dose normale d'un comprimé par jour* » : E09.

Des troubles psychiatriques graves ont parfois été rapportés : « *avec une sensation de rêve éveillé, d'idées qui tournent dans la tête : quelque chose qui est extrêmement envahissant et désagréable* » : E08 ; « *J'ai un patient qui a fait une dépersonnalisation après une prise de Nalméfène* » : E12.

ii. Baclofène

❖ *Appréciation du bénéfice perçu*

Les avis des sujets vis-à-vis du Baclofène ont été, ici aussi, très hétérogènes. Pour diverses raisons, la plupart d'entre eux n'y ont eu recours que de manière limitée. L'une d'elles était la méconnaissance scientifique concernant cette molécule. De nombreux médecins attendaient le résultat des études, notamment BACLOVILLE : « *Je leur proposerai quand j'aurai des résultats des études.* » : E10. Il a été observé d'ailleurs une incompréhension quant au retard de leur publication. Sa complexité pharmacocinétique comme pharmacodynamique, a également été l'une des raisons de son recours restreint. Enfin, d'anciens prescripteurs du Baclofène, ont estimé ne plus percevoir l'utilité de ce dernier, depuis l'arrivée du Nalméfène.

Les expériences personnelles décrites ont été très diverses, tant en termes de posologies, d'indications, de suivis, de bénéfices que de complications rencontrées.

Certains doutaient de son efficacité : « *je n'ai pas la conviction pratique de l'intérêt du Baclofène.* » : E03 ; « *j'estime que l'effet placebo a sûrement plus d'efficacité que le Baclofène lui-même, parce qu'il est à deux cp/j et il le décrit comme miraculeux.* » : E10.

D'autres en étaient au contraire convaincus : « *je peux dire que c'est un médicament qui diminue l'appétence à l'alcool de manière certaine globalement* » : E05 - « *c'est un peu comme le VIAGRA pour les personnes qui ont des problèmes d'impuissance. Il n'y avait rien et là, il y a un médicament qui marche bien* » : E18.

En tout état de cause, tous furent d'accord pour affirmer qu'il s'agissait d'un traitement difficile à utiliser. Cette complexité s'est traduite pour les médecins y recourant, par l'obligation d'un suivi rapproché et prolongé. Toutefois, cela a eu l'avantage de proposer au patient un traitement personnalisé (selon ses spécificités individuelles). Les sujets prescripteurs ont estimé que le Baclofène ne pouvait convenir qu'à un certain profil de patients : « *Il faut une bonne observance pour que ça marche, et je dirais même un bon intellect aussi* » : E06. « *Il faut que ça soit de grands convaincus du fait que ça leur apporte quelque chose, pour qu'ils puissent rester motivés pendant des années à prendre ce médicament là.* » : E08. Une information détaillée devait être délivrée au patient : « *j'insistais très lourdement là-dessus. L'on passe plus d'une demi-heure à leur expliquer et leur faire signer le fait qu'ils ont bien compris.* » : E08

Les échecs du traitement sont souvent survenus lorsque ces conditions n'étaient pas réunies, notamment lorsque le Baclofène était prescrit avec un accompagnement psycho-social insatisfaisant. A contrario, le médicament pouvait être très efficace lorsqu'il était utilisé à bon escient et habilement manié : « *C'est étonnant le Baclofène : [...] des patients qui viennent et qui vous disent : " je suis allé au supermarché, je suis passé devant le whisky, c'était comme des paquets de sucre !"* » : E04.

Les difficultés de l'observance avec la "perte de vue" de certains patients, constituaient également une limite à son efficacité. Outre les problèmes de tolérance, des difficultés spécifiquement liées à une galénique mal adaptée à cette indication ont été rencontrées : « *avalier 20 à 30 cp par jour, il faut avouer que ce n'est pas très facile. Les gens se lassent en plus, d'avoir à avaler tous ces médicaments.* » : E08.

❖ **Le risque des effets secondaires du traitement**

L'ensemble des médecins sondés a constaté que le Baclofène pouvait être associé à des EI fréquents, divers, gênants et parfois graves. Les EI sont en grande partie à l'origine de la défiance des médecins interrogés vis-à-vis de cette prescription.

Les médecins décrivent la somnolence comme l'EI le plus fréquent, avec un risque lors de la conduite automobile ou l'emploi de machines : « *par exemple un couvreur, je mets un arrêt de travail* » : E04. Deux médecins (E07, E14) ont évoqué la survenue d'accidents graves, dont un mortel, avec une imputabilité probablement partielle du Baclofène en raison de la somnolence engendrée.

Des troubles du sommeil, une asthénie et des troubles digestifs ont aussi été décrits. Ces symptômes ont très souvent été observés : « *les EI me sont quasi systématiquement rapportés* ». Leur intensité a souvent été associée à l'importance ou la rapidité de l'augmentation posologique.

Plus rarement, il a été retrouvé la survenue d'une impression de mal-être, ainsi que des troubles sensitifs : « *des fourmillements, des sensations de marcher sur du coton, des fatigues musculaires.* » : E04.

Ces EI ont pu être jugulés par des adaptations de la posologie et des horaires de prises : « *s'il y a des EI gênants, j'allonge le palier, voir même je redescends un peu en dessous* » : E04. La lutte contre les EI s'est toujours faite grâce à une bonne implication du patient : « *c'est à eux [aux patients] de gérer l'augmentation de la posologie en fonction de ce qu'ils tolèrent.* » : E09. Il en a été de même lors de la phase de décroissance, dont la rapidité doit être discutée avec le patient, en fonction du craving ressenti. Ces adaptations de posologies doivent être adaptées à chaque patient : « *on invente avec le patient. Ils ont commencé à inventer avant nous* » : E04. Les notions d'une meilleure tolérance et d'efficacité ont fréquemment été évoquées lorsque les variations de la posologie étaient espacées ainsi que de faible importance.

Quelques EI graves ont été décrits : « *un homme qui a fait une décompensation psychiatrique avec du Baclofène. [...]. Il y a eu un virage maniaque extrêmement grave* » : E14 ; « *il m'est arrivé un délire [chez un patient] qui était à risque.* » : E06. De plus, un médecin a évoqué des complications de sevrage, nécessitant des hospitalisations : « *elle a arrêté brutalement ses traitements et, du coup, s'est retrouvée sur des tableaux quasi-psychiatriques, de confusion avec des hallucinations.* » : E01.

❖ **A propos de la RTU**

Les sujets sondés ont eu des avis partagés vis-à-vis de la RTU, où deux visions différentes ont été observées. Les médecins non prescripteurs avant 2014, l'ont souvent trouvée avantageuse : « *elle permet d'autoriser des choses qui existaient "en off" et ça permet de valider une pratique.* » : E09. Ce cadre directeur a offert aux médecins peu expérimentés, une aide pour leurs prescriptions : « *Après la mise en place de la RTU, on a commencé à prescrire un peu.* » : E12.

Pour les médecins ayant eu une expérience du traitement antérieure à 2014, l'arrivée de la RTU a été perçue plutôt négativement. Une majorité l'a estimée trop limitative (notamment concernant les contre-indications psychiatriques), pas assez modulable et trop chronophage. Des mots tels que « *contraignant* », « *restrictive* »,

« *compliqué* » sont revenus très fréquemment chez les médecins interrogés. Ce cadre législatif est également apparu trop théorique : « *un peu loin d'une certaine pratique de poly-consommateur que l'on a [à s'occuper]* » : E09. Plusieurs médecins ont fait état d'un protocole posologique de RTU trop rapide lors de la phase d'initiation. Selon ces derniers, des variations de la posologie trop fréquentes ont été à l'origine d'EI et ont complexifié l'observance : « *je monte d'un par semaine* » : E04. Il en a été de même pour l'appréciation de l'efficacité : « *en trois jours, c'est un peu difficile de juger, surtout pour des consommateurs qui ne sont pas nécessairement des consommateurs quotidiens* » : E04.

Il s'en est résulté un fréquent non respect de certains critères de la RTU : « *Je n'ai pas intégré la RTU dans ma pratique.* » : E05. Cela s'est illustré notamment par le non remplissage du portail RTU sur internet, avec des adaptations de posologie en dehors du protocole établi, ou encore par le non-respect de certaines contre-indications. « *Tous mes patients sont en dehors des clous de la RTU [...] avec des comorbidités psychiatriques.* » : E01. La RTU n'a pas semblé être à l'origine de modifications importantes des pratiques professionnelles pour ces médecins : « *maintenant que ce soit autorisé, je ne le prescris pas plus qu'avant. Cette RTU est vraiment un peu pénible* » : E15. Ces difficultés administratives n'ont cependant pas été un motif suffisant pour empêcher le recours à sa prescription : « *puisque j'ai fait sans ! Elle ne me freine pas.* » : E04.

Un sujet a remarqué que la RTU était le premier document officialisant la SRC pour la prise en charge de l'alcoolodépendance : « *ce qui est assez novateur en alcoologie. On n'est plus dans prôner l'abstinence mais on est dans une réalité de l'entre-deux.* » : E09.

iii. Place des médicaments anti-craving

La majorité des médecins interrogés a considéré les MAC comme un outil, plus ou moins efficace, mais sans pour autant qu'ils deviennent le traitement de référence de l'alcoolodépendance : « *ça peut être un support, mais ce n'est pas l'essentiel* » : E03 – « *ça peut être une bonne médiation, mais ce n'est qu'une médiation* » : E13. En fonction de l'efficacité perçue par chaque médecin ayant eu recours à ces prescriptions, deux tendances dominantes se sont dégagées vis-à-vis de ces molécules.

Un nombre restreint de médecins a estimé que les AUD ne se traitaient pas par des médicaments : « *en discutant avec les gens qui en prennent, en voyant les études, en lisant Prescrire [...], on se rend compte que ça n'apporte pas grand-chose.* » - « *je ne crois pas que les médicaments ça va résoudre le problème de l'alcool.* » : E02. Ceux-ci ont fondé leurs approches thérapeutiques presque exclusivement sur une prise en charge psychosociale. « *Il ne faut pas aborder l'alcoolisme avec des médicaments. Ce n'est pas ça. Le problème d'alcoolisme, ce n'est pas un truc qui se traite avec des médicaments* » : E02. Pour ce médecin, l'emploi de ces molécules pouvait même être risqué : « *ce n'est pas un risque toxique pour l'individu, [...] c'est d'occulter toute la part sociale de l'alcool, tout le problème psychologique* » : E02.

Les autres ont considéré les MAC comme une aide plus ou moins intéressante, en fonction des situations rencontrées : « *Il vient comme une béquille supplémentaire pour les aider à gérer les envies.* » : E09. A l'instar

de la très grande disparité d'expérience concernant ces molécules, le niveau de confiance accordée par chaque professionnel aux MAC était très varié. Certains étaient résolument convaincus de leur intérêt et les ont proposés facilement : « *c'est quand-même les premiers traitements en alcoologie qui sont efficaces, alors allons-y !* » - « *on a des médicaments à proposer et qui donnent des résultats : ça c'est une révolution* » : E14.

D'autres ont perçu ces médicaments comme un moyen thérapeutique annexe, au service de la prise en charge globale : « *arrêter l'alcool, c'est différents outils qu'il faut utiliser [avec] les ressources de la personne* » : E15. Quelques-uns encore l'ont utilisé pour leur effet placebo : « *pour un autre [patient], j'estime que l'effet placebo a sûrement plus d'efficacité que le Baclofène lui-même, parce qu'il est à 2cp/j et il le décrit comme miraculeux* » : E10.

Les médecins se sont accordés pour affirmer qu'il ne fallait pas initier en urgence une prescription médicamenteuse en vue d'une réduction éthylique : « *j'ai une règle quasi systématique : c'est de ne jamais prescrire la première fois.* » : E07. Le choix de cette indication thérapeutique a généralement nécessité plusieurs consultations. Ce protocole a parfois été raccourci selon l'appréciation du médecin, notamment en cas de demande spécifique du patient pour le médicament, lorsque celui-ci était indiqué.

La quasi-unanimité des sujets a considéré le Nalméfène comme étant actuellement le médicament de première intention : « *s'il n'y a pas d'insuffisance rénale, qu'il n'y a pas un traitement de substitution opiacé ou un traitement antalgique opioïde, on va mettre le SELINCRO en première intention* ». : E04. Le Baclofène se situait en deuxième, voire dernière intention pour les médecins y ayant recours. Plusieurs médecins ont illustré ce positionnement en prenant pour exemple le traitement du toxicomane : « *un peu comme on a pour la substitution opiacée, où il y a le SUBUTEX qu'ils peuvent mettre tout de suite, et puis, éventuellement, on donne un avis ou, si ça fonctionne pas bien, on va les voir pour mettre en place une méthadone* » : E04.

Parmi les médecins interrogés, certains se sont démarqués de la prise en charge décrite ci-dessus. L'un d'eux proposait un schéma inversé : « *sur une réduction, on pourrait dire que c'est plus le SELINCRO. Mais en pratique, je donne plus de Baclofène* » : E18. Un second associait les deux médicaments en cas d'échec de la monothérapie, en se justifiant par un argument pharmacologique : « *ça n'agit pas du tout sur le même système. L'un agit sur l'effet GABA et l'autre sur le système opioïde.* » : E06. Ce même médecin estimait mettre en évidence de manière empirique, une corrélation entre l'action des neuro-transmetteurs et le comportement du buveur (préférant l'action anti-opioïde du Nalméfène en cas de dysphorie, ou valorisant l'effet GABAergique du Baclofène lorsque le buveur recherchait un effet myorelaxant).

La Naltrexone, un médicament de l'abstinence, a parfois été utilisé de manière similaire au Nalméfène, dans la SRC : « *on utilise aussi le REVIA parfois, dans cette indication là parce que ça a montré dans des études que, contrairement à l'AOTAL, ça pouvait aider les patients à réduire leurs consommations.* » : E07. Les médecins y ont eu recours notamment lorsque le Nalméfène n'était pas encore disponible, ou lorsque celui-ci a été mal toléré.

Un médecin a utilisé de manière empirique le Topiramate : « *toutes ces molécules agissent sur des récepteurs différents dans le cerveau* » : E18.

Concernant le recours à ces molécules par les MG non spécialisés en addictologie, il a été indiqué que le Nalméfène s'imposait en première intention : « *le nalméfène, très clairement, c'est du travail de médecin généraliste* » : E01. En revanche, pour ce qui est du Baclofène, beaucoup ont estimé que sa complexité d'utilisation nécessitait l'acquisition de connaissances spécifiques ainsi qu'un suivi qui devait être rapproché et prolongé : « *le baclofène est un traitement de spécialiste* » : E01. Pour autant, ils n'ont pas paru enclins à définir une restriction à son utilisation : « *[les généralistes] qui veulent le faire, se forment et le font.* » : E01. L'implication des MG devait, selon eux, être valorisée. En effet, elle faciliterait l'accès aux soins des patients : « *la médecine générale est beaucoup mieux répartie au niveau du territoire que les CSAPA en eux-mêmes. Heureusement que les médecins généralistes, dans leurs cabinets, peuvent se saisir de ce traitement là !* » : E08. Les MG se sont parfois trouvés en difficulté, en raison de leur isolement et du manque de temps disponible pour faire face à des situations complexes. Certains médecins ont estimé que ces conditions pouvaient inciter à un usage non opportun des médicaments, au détriment de la prise en charge psycho-sociale : « *c'est plus facile de prescrire du Baclofène ou du SELINCRO, que de prendre ¾ d'heure avec un patient* » : E13.

V. Vision de la SRC en addictologie ambulatoire

a. Les bénéfices perçus

i. Au niveau de la prise en charge thérapeutique

Les médecins interrogés ont souligné que le recours à une SRC présentait des intérêts à divers niveaux. Elle venait accroître l'arsenal thérapeutique à la disposition du médecin : « *nous avons ainsi un panel d'offres un peu plus grand, dans un secteur où il n'y avait pas beaucoup de thérapeutiques médicamenteuses* » : E12. Selon une majorité de médecins, cela leur permettait d'induire une prise en charge plus large et plus précoce : « *ça permet à des patients de venir vers le soin* » : E04. « *On va toucher plein de nouveaux patients qui [ne] venaient pas, [à cause] de cette idée qu'on allait leur proposer, leur imposer qu'un seul discours, qui était "Il faut arrêter"* ». Cette prise en charge s'appliquait également pour des patients en usage nocif, permettant de prévenir une évolution vers l'alcoolodépendance.

La SRC a parfois été envisagée comme un compromis pour des patients ne pouvant, ou ne souhaitant pas, s'orienter vers un objectif d'abstinence : « *on peut commencer à travailler avec certains patients avec qui on ne pouvait pas travailler* » : E04. Cette alternative pouvait sembler plus aisée pour les patients, même si tous les médecins interrogés à ce propos n'ont pas été d'accord : « *la maîtrise est beaucoup plus compliquée que l'abstinence. [...] dans la maîtrise il y aura toujours le désir d'alcool.* » : E14.

Les demandes spécifiques de Baclofène ont, dans certains cas, permis d'initier une prise en charge psycho-sociale : « *le baclofène [...] a permis à plein de gens de venir parler de leurs problèmes d'alcool.* » : E02.

ii. Au niveau psychologique

La SRC était un moyen pour le patient, de s'investir dans la prise en charge thérapeutique, tant dans la phase d'initiation que dans celle du suivi addictologique : « *on est dans l'échange, l'accompagnement, la négociation avec eux. On n'est pas dans une prescription* » : E09. Cette personnalisation de la prise en charge a conduit à la responsabilisation du patient. Cela a valorisé la relation médecin-malade et a renforcé l'alliance thérapeutique : « *je trouve que c'est intéressant de travailler à partir du ressenti du patient* » : E05.

De plus, cette approche a parfois permis de déculpabiliser le patient vis-à-vis de ses problèmes d'alcool, notamment en évitant les dévalorisations associées aux ré-alcoolisations, qui sont fréquentes en cas d'objectif visant l'abstinence. Fixer des projets réalistes permettait de valoriser les efforts du patient et de l'encourager, en lui redonnant confiance. « *on sait bien qu'on obtiendra plus d'abstinence à terme en travaillant la réduction dans un premier temps, que de le contraindre à ça dès le départ* » : E09.

iii. Au niveau somatique

A court terme, la SRC évitait le recours à un sevrage. Cela épargnait aux patients les complications inhérentes au phénomène de sevrage, grâce à la diminution progressive des quantités consommées : « *le sevrage en ambulatoire, ça me paraissait déjà périlleux à cause du risque [de délirium tremens]*. » : E06.

Sur le long terme, les médecins ont estimé que la réduction des consommations pouvait se traduire par une réduction de la morbi-mortalité : « *si [...] ce discours de réduction des risques passe, on aura des diminutions de cancers et de cirrhoses dans les 20 ans* » : E01. Ils évoquaient également une qualité de vie meilleure pour les patients.

b. Les améliorations à envisager

Une modification du conditionnement a été évoquée par plusieurs médecins. S'agissant du Baclofène, il était souhaité des médicaments plus fortement dosés « *un comprimé à 10 mg, c'est bien pour adapter la prise, mais quand on est dans la phase de stabilisation de palier, il faut une autre forme.* » : E09. Il est indiqué qu'une diminution du nombre total de prises favoriserait l'observance thérapeutique : « *on attend le 20 mg. J'aimerais bien du 50 mg carrément* » : E18. A l'opposé, il était souhaité des comprimés moins dosés en Nalméfène, à utiliser lors de l'induction du traitement, afin d'améliorer la tolérance.

La méconnaissance quant aux les MAC étant l'une des principales causes de leur défiance, il est apparu indispensable aux médecins de poursuivre les recherches cliniques. Ils ont ainsi proposé des essais comparatifs entre les différents médicaments utilisables en alcoologie, ainsi que le renforcement de la pharmaco-vigilance. Nous avons observé que chaque prescripteur pouvait d'ailleurs y contribuer, notamment en déclarant les EI rencontrés.

Mieux connaître ces molécules nécessiterait également une mutualisation des connaissances acquises empiriquement par les prescripteurs au cours de leur activité professionnelle. Leur compilation permettrait d'élaborer des recommandations de bons usages, qu'il faudrait ensuite diffuser aux MG. L'un des médecins a décrit une expérience développée dans le département du Nord: « *on avait un protocole bien spécifique que l'on avait fixé avec le CHU de Lille [...] on avait des réunions une fois par trimestre, on échangeait autour de ça !* » : E13.

Il a été également rappelé la nécessité de travailler en réseau multidisciplinaire et d'avoir des référents locaux pour discuter des situations spécifiques : « *c'était vraiment intéressant d'avoir un interlocuteur connu, reconnu et avec qui on pouvait échanger* » : E13.

Beaucoup de médecins ont réclamé un amendement concernant la RTU, afin d'obtenir une AMM du Baclofène pour les AUD. Ils ont souhaité que soit clarifiée cette situation ambiguë. Cette demande a été particulièrement forte pour les médecins ayant peu ou pas recours au baclofène : « *il nous faut une AMM pour continuer* » : E10.

c. Son positionnement face à un objectif d'abstinence

Le positionnement des médecins interrogés sur la stratégie thérapeutique à adopter en première intention n'a pas fait consensus. Il en a résulté une hétérogénéité des pratiques en médecine ambulatoire. Certains ont plébiscité la SRC : « *on arrive à la proposer à tout le monde* » : E01 – « *je la propose de manière un peu systématiquement* » : E18. D'autres l'ont écarté : « *je choisis rarement cet objectif là en priorité* » : E03 - « *c'est en deuxième lieu que vient la proposition de réduction des risques et de réduction de la consommation* » : E05.

La SRC était proposée pour des finalités différentes : « *je pense que la réduction des consommations est comme un outil qui permet [aux patients] d'entrevoir derrière l'alcool, autre chose* » : E15.

Les médecins interrogés qui ont proposé une SRC à leurs patients, ont souvent évoqué la possibilité d'évoluer vers un objectif d'abstinence dans un second temps. La réduction a été effectivement considérée comme une porte d'entrée vers la suppression totale du produit. De manière plus ou moins revendiquée, beaucoup de médecins ont présenté la SRC comme un objectif intermédiaire : « *le fait de pouvoir réduire, cela peut être une première étape en vue d'un sevrage ultérieur* » : E03. Parfois l'abstinence a été obtenue sans qu'elle ait été spécifiquement recherchée : « *il y a des patients qui étaient partis sur une diminution et qui se surprennent d'arrêter* » : E01.

Cependant, une SRC sans finalité d'abstinence à terme, a été décrite comme une conception innovante. Il s'agissait de tendre vers une consommation raisonnée et non risquée : « *on essaye de leur faire reprendre une vie normale entre guillemets* » : E18. Celle-ci a pu être obtenue selon 2 schémas différents : soit par la réduction progressive des consommations, soit après une période d'abstinence, avec une reprise de consommation encadrée, pour les patients ayant un craving de faible intensité.

Nombre de médecins n'ont pas attendu l'arrivée des MAC pour proposer la SRC : « *on a travaillé sans cet outil, depuis 19 ans pour moi* » : E15 – « *la consommation contrôlée, c'est quelque chose que j'ai toujours fait* » : E13. Ce discours a permis de mettre un terme au dogme de l'abstinence comme unique objectif envisageable : « *on n'a jamais été comme des centres de cure, qui prônaient l'abstinence. On n'a jamais tenu les mêmes discours que les associations néphalistes* » : E04.

Ainsi, les objectifs d'abstinence et de sobriété n'ont plus été considérés comme étant contradictoires, mais, au contraire, comme étant complémentaires. Les médecins ont noté qu'ils pouvaient être interchangeables en fonction des situations cliniques rencontrées : « *pour certaines personnes ayant tenté l'abstinence sans succès on propose de réduire les consommations. C'est une alternative* » : E12.

Chaque stratégie présentant ses avantages et ses inconvénients, le choix thérapeutique dépendait essentiellement des situations rencontrées mais aussi des ressources mobilisables par le patient. Une nécessité d'hospitalisation ou la survenue d'une complication médicale brutale et grave, telle qu'une décompensation de cirrhose, constituait par exemple une contre-indication à la SRC, compte-tenu de l'obligation de sevrage. En conséquence, un état stabilisé au niveau somatique comme psychiatrique était nécessaire pour pouvoir proposer une SRC. « *La prise en charge n'est pas du tout la même quand on est en médecine générale, quand on est en CSAPA et quand on est à l'hôpital.* » : E14.

La prise en charge classique, proposant un sevrage, éventuellement hospitalier, suivi d'une aide au maintien de l'abstinence, demeure encore aujourd'hui, pour beaucoup, le traitement de référence de l'alcoolodépendance. Le bénéfice est d'avantage important en cas de sévérité de la dépendance et de gravité des complications associées : « *dans une alcoolodépendance ancienne, sévère avec des retentissements somatiques, on va être sur un objectif d'abstinence totale* » : E11 - « *chez l'alcoolique névrotique, qui utilise l'alcool comme un anxiolytique et qui a un retentissement anxiodépressif [...] on sait que l'abstinence de 6 ou 8 mois va être bénéfique en terme psychiatrique et aussi en terme "d'estime de soi", "de reprise de contrôle"* » : E11. L'abstinence restait pour de nombreux médecins, l'objectif optimum à atteindre, soit directement : « *toujours dans un premier temps, [proposer] la mise à l'écart du problème d'alcool.* » : E1, soit via une réduction initiale « *quand on voit qu'ils n'arrivent pas à réduire, on va voir pour l'abstinence.* » : E09.

Toutefois, l'objectif d'abstinence n'était pas dépourvu de critiques : « *quand quelqu'un boit, il boit pour aller bien, pour tenir, donc lui enlever sa béquille d'un coup ça me paraissait complexe* » : E06. Il était souvent qualifié de théorique, trop éloigné de la pratique quotidienne en ambulatoire : « *si, idéalement, sur un plan médical, un arrêt total de l'alcool paraît parfois plus indiqué, une diminution des consommations sera toujours plus profitable qu'un maintien des consommations habituelles* » : E12. Souvent, cet objectif ne répondait pas à l'attente émise par le patient. Si les demandes d'abstinence étaient certes rares, elles devaient néanmoins être valorisées « *quand ils arrivent avec une demande de sevrage, ils sont déjà souvent passés par la réduction : soit eux-mêmes, soit déjà accompagnés [mais] avec un échec derrière.* » : E10.

d. Place de la réduction des risques en alcoologie

La SRC, bien que faisant partie de la stratégie de réduction des risques (SRR), n'en constituait pas l'unique facette : « *l'alcool a une place aussi dans le fonctionnement [des patients]. Ce n'est pas qu'une histoire de quantité* » : E15. Il s'agissait de repérer les situations dangereuses pour proposer des solutions face à certaines prises de risques : « *ils demandent des conseils, [...], une aide pratique pour leur vie de tous les jours : car ils sont parfois un peu perdus* » : E17. Cela pouvait par exemple, consister à délivrer des conseils comme celui de se réhydrater par des boissons non alcoolisées. Il s'agit alors de restructurer la vie quotidienne du patient autour d'autres centres d'intérêts.

A l'instar de la SRC, la SRR a intégré depuis longtemps les pratiques de nombreux médecins interrogés : « *ça fait quand même 20 ans que l'on fait de la réduction des risques* » : E13 – « *sur le plan du CSAPA, on est tous, infirmiers comme médecins, dans un discours très ouvert sur la réduction des risques* » : E01. L'expérience acquise chez les patients toxicomanes a pu être transposée pour la prise en charge des AUD : « *la réduction des risques s'applique à l'alcool comme aux autres addictions* » : E12.

Les patients ont acquis cette notion de réduction des risques bien plus tardivement : « *il y a plein de gens qui ont besoin de diminuer leurs consommations, qui ne venaient pas vers l'alcoologie parce qu'ils avaient trop peur qu'on leur dise : "il faut arrêter [l'alcool définitivement]"* » : E01. En cela, les publications grand public concernant le baclofène, ont été bénéfiques, permettant aux patients de prendre conscience de la notion de réduction des risques : « *ça a permis de sensibiliser un petit peu plus les gens à ce concept* » : E12 – « *maintenant ça commence à rentrer dans les mœurs* » : E18. Cela s'est inscrit dans le développement du concept d'addictologie « *les médicaments ne sont pas arrivés là par hasard non plus ! Tout ça rentre dans une approche globale de la maladie addictive, qui a bougé* » : E06.

Une majorité de praticiens ont estimé que la SRR fait aujourd'hui partie du quotidien du médecin de CSAPA : « *en alcoologie, on fait la réduction des risques tous les jours* » : E09. Cependant, la réduction des risques n'incombait pas exclusivement aux médecins : « *je pense que la société y est pour beaucoup aussi dans le comportement addictologique [...]. J'ai l'impression que c'est beaucoup plus un problème sociétal qu'un problème médical.* » : E03.

Loin d'être une finalité, la SRR devrait s'inscrire dans un projet global : « *je ne fais pas que de la réduction de risques dans mon métier. Je veux dire que je travaille beaucoup plus sur le fait que la personne aille vers un mieux-être* » : E13.

D. Discussion

I. Méthode employée

a. Etude qualitative

Jusqu'à présent, la revue bibliographique se révèle lacunaire concernant la SRC et le recours aux MAC. En effet, les études y sont rares et de qualités discutables. Cette quasi-absence de données objectives nous contraint à recourir à des études de niveaux de preuves moindres. Nous pouvons par exemple avoir recours à des analyses de pratiques professionnelles, obtenues par le biais d'un recueil de données issues de l'expérience clinique. Ce présent travail s'inscrit dans ce type de démarche. Nous avons prêté attention à la clarté et à l'exhaustivité quant à la description de la méthode de notre étude.

L'histoire naturelle des AUD se caractérise par une évolution lentement progressive, émaillée de complications aiguës, avec des prises en charges prolongées et parfois complexes. Dans ce contexte théorique et, eu égard à l'envergure d'un travail de thèse de médecine générale, l'abord qualitatif s'est imposé pour mieux comprendre le phénomène étudié. Le recours à des entretiens, récoltant des données verbales, a été la méthode estimée la plus adaptée pour pouvoir cerner la complexité du sujet abordé. Celle-ci permet en effet d'aborder en profondeur les différents déterminants qui régissent la pratique des sujets interviewés.

b. Echantillonnage et biais de sélection.

Le choix de recruter des médecins exerçant en CSAPA ou appartenant au réseau ALCOOL 35 se justifie par la complexité du recours aux MAC. Leurs emplois nécessitent la connaissance des particularités pharmacologiques de ces molécules, ainsi qu'une expérience vis-à-vis de leur prescription. Cela ne peut se concevoir que chez des médecins formés et prenant régulièrement en charge des problèmes addictologiques.

Aux fins d'améliorer quantitativement et qualitativement la richesse du panel évalué, nous ne nous sommes nullement limités aux frontières du département, mais avons inclus le Morbihan dans notre étude. Nous avons ainsi rencontré des sujets appartenant à des secteurs sanitaires différents. Cette étude a ainsi concerné 5 territoires de santé sur les 8 que comporte la Bretagne. Cela a permis d'observer une relative diversité des pratiques ; ces médecins bénéficiant de formations distinctes et travaillant avec des centres hospitaliers différents. C'est également pour cette raison que nous avons choisi d'inclure les médecins membre du réseau ALCOOL 35.

Malgré cela, la population source, estimée à quelques dizaines de sujets, est assez restreinte, du fait d'un effectif médical limité pour chaque structure.

Nous avons réalisé au moins une interview pour chacune des structures citées. L'ordre de réalisation des interviews n'a pas été défini *a priori*. Celui-ci s'est constitué progressivement, essentiellement en fonction de la disponibilité des sujets à interroger. Le nombre minimum d'entretiens à réaliser a été fixé à dix. Une fois ce seuil atteint, les interviews ont été menées en fonction du niveau de saturation des données. Celui-ci est paru

satisfaisant après la réalisation du 15^{ème} entretien, et a été confirmé par 3 interviews supplémentaires. Les sujets n'ont été interrogés qu'une seule fois.

Il existe un biais de sélection, avec une disproportion de représentation de certaines structures par rapport à d'autres. Le territoire sanitaire 5 (avec 4 médecins de CSAPA et 6 médecins membres de réseau ALCOOL 35 interrogés) est effectivement surreprésenté, par rapport aux territoires sanitaires 3 et 8 (avec seulement une seule interview). Ce déséquilibre peut s'expliquer notamment par des arguments démographiques avec une offre de soins moindre dans ces deux derniers territoires. La représentativité statistique n'a pas été recherchée par notre étude, au profit de la diversité de pratiques.

c. Recueil des données

Les modalités régissant le déroulement des entretiens ont tentées de réduire autant que possible l'influence d'un acteur par rapport à l'autre. L'impartialité du guide d'entretien a fait l'objet d'une attention particulière. L'auteur de l'étude s'est présenté devant chaque enquêté comme médecin remplaçant non encore thésé. Il est raisonnable de dire qu'il n'y a pas eu de difficultés de compréhension entre les différents protagonistes de l'étude, ceux-ci ayant le même langage du fait de leur appartenance commune au corps médical.

Tous les entretiens ont été individuels, à l'exception d'un seul (E5), interrogeant deux médecins en même temps. Cet écart au protocole initial est survenu à cause de contraintes organisationnelles et n'a pas eu de retentissement notable sur l'analyse.

Cette étude a volontairement porté sur la prise en charge des patients atteints d'AUD faible à sévère, sans se limiter aux seuls sujets alcoolodépendants. Cela a permis d'avoir une vision plus large à propos des patients concernés par la SRC. Ce choix a intégré la notion de gradation des AUD tels qu'ils ont été nouvellement définis par le DSM-5 ^[2] (Annexe A1).

d. Analyse

L'analyse a été systématique, rendant compte de l'ensemble des données récoltées, notamment les résultats inattendus et contradictoires. Aucune triangulation des sources ni des méthodes n'a été réalisée ici. Ce choix vient des difficultés techniques inhérentes à son application, dans le cadre d'un travail de thèse, devant être personnel. Afin de pallier cette insuffisance méthodologique, nous avons recouru à la technique de validation par les enquêtés. Cette étape a permis d'obtenir leur validation quant à l'exactitude de la retranscription, afin d'affirmer la concordance des données récoltées avec la réalité. Peu de données ont été modifiées à cette étape. Cela peut s'expliquer par le recours à un enregistrement audio visant l'objectivité et l'exhaustivité des données récoltées.

Les données des entretiens exploratoires ont été intégrées à l'analyse, compte tenu du faible effectif de la population-source. Ces interviews n'ayant été à l'origine que de modifications mineures du guide

d'entretien, nous avons eu recours à l'exploitation de leurs données au même titre que les interviews ultérieures.

Un biais d'interprétation a pu entacher le codage, du fait de la subjectivité de l'enquêteur. Cette étape, comme toutes les autres, a été menée par une unique personne, à savoir l'auteur de l'étude.

Toutes les mesures ont été prises aux fins d'assurer la confidentialité et l'anonymisation des données. Ce travail n'a nécessité aucune demande spécifique préalable en termes d'éthique.

II. Commentaires et données de la littérature

a. Contextualisation de l'étude

Cette étude, bien que de portée modeste, tend à apporter un éclairage quant au recours à une SRC en médecine ambulatoire fin 2015, en Bretagne. En outre, notre étude a pu bénéficier des évolutions récentes dans le domaine étudié. En effet, le recueil de données a eu lieu 18 mois après la RTU du Baclofène et 1 an après l'AMM du Nalméfène. Nous notons l'absence d'études de fortes puissances concernant le premier médicament, ainsi qu'un faible recul d'utilisation du second. Nous nous situons donc dans une phase intermédiaire, où il est difficile de prédire l'évolution concernant les MAC. Les conclusions de ce travail devront être analysées à la lumière des résultats des études futures. La rédaction de ce présent travail s'opère dans l'attente des résultats des essais BACLOVILLE et ALPADIR. Sans présager leurs conclusions, celles-ci auront assurément une influence sur la prescription du Baclofène et l'obtention d'une éventuelle AMM.

b. Une valorisation actuelle de la SRC

Tout d'abord, l'étude met au jour une application consensuelle des principes primordiaux de la prise en charge addictologique ^[6]. Il s'agit ici de proposer un suivi pluridisciplinaire et prolongé, basé sur une relation de confiance entre le patient et les intervenants médicaux et paramédicaux. Il y est également évoqué de manière unanime, la nécessité d'apporter au patient une information intelligible et objective, ainsi que d'accompagner toute prise en charge d'une éducation thérapeutique. Cela permet d'obtenir une meilleure adhésion au traitement et de renforcer la relation médecin-patient. Ces éléments sont conformes aux recommandations de l'HAS concernant la prise en charge des pathologies chroniques ^[26].

Au fil des entretiens, il est apparu que la SRC était un objectif très fréquemment choisi en médecine ambulatoire. Ce choix résultait soit directement de la demande du patient, soit de la proposition du médecin. Notre étude confirme les données de la littérature. Celles-ci indiquent en effet que la demande du patient est le principal élément justifiant le choix de cette stratégie thérapeutique ^[27]. La fréquence de cette préférence initiale en faveur de la SRC, apparaît supérieure à celle retrouvée dans l'étude de N. Heather ^[28], qui l'évaluait à 47.5 %. Par ailleurs, une majorité de médecins propose la SRC spontanément à de nombreux patients. Les autres y ont recours uniquement en cas d'échec ou de refus d'un objectif d'abstinence. Ces estimations

dénotent par rapport à une étude française de 2011 ^[27] qui cherchait à savoir si la consommation contrôlée était un but acceptable pour les addictologues. En effet, une minorité (48.6%) répondait par l'affirmative à cette question, alors que 61.9% déclaraient y avoir eu recours pour leurs patients. Tout laisse à penser que la SRC n'a cessé de prendre de l'ampleur depuis cette publication. Dans notre étude, 100% des sujets avaient eu recours à la SRC. Cependant, ce chiffre ne reflète pas la finalité de ces prises en charge, qui peut être distincte. La SRC a longtemps été utilisée comme un objectif intermédiaire avec l'arrière-pensée, plus ou moins affichée, d'abstinence prolongée à terme. Cependant, une alternative récente propose le retour à une consommation contrôlée et socialement admise. Dans cette hypothèse nouvelle, la finalité d'abstinence a disparu. Il n'y a toutefois par consensus autour de cette approche.

c. Nouveau positionnement de la SRC vis-à-vis de l'abstinence

Notre étude n'a pu mettre en évidence aucun profil type de patients pour lesquels un objectif de contrôle serait mieux adapté qu'une abstinence. Cependant, nous notons que les sujets jeunes, peu dépendants et insérés socialement, répondent mieux à la SRC. Cela est cohérent avec les essais ayant cherché des critères prédictifs de succès d'une stratégie de contrôle des consommations chez les patients alcoolodépendants ^[29]. Comme nous l'avons vu, la SRC apparaît aujourd'hui comme l'axe thérapeutique majoritairement choisi de nos jours. Cela est cohérent avec la dernière recommandation de bonne pratique édictée par la SFA ^[19] qui l'intègre comme un objectif raisonnable en cas d'AUD.

La position dogmatique de l'abstinence dans le traitement de l'alcoolisme a longtemps dominé. Plusieurs raisons expliquent cette persistance. L'alcoolodépendance étant définie par Pierre Fouquet comme la perte de la liberté de s'abstenir, l'objectif a longtemps été de regagner à tout prix cette abstinence. Dans cette optique, la prise en charge était souvent institutionnelle, avec des hospitalisations récurrentes et prolongées. Progressivement et sous l'impulsion de réformes organisationnelles ^[30], la prise en charge ambulatoire s'est développée. Les principes de la prévention et de la réduction des risques se sont progressivement imposés en addictologie. Actuellement, le sevrage suivi du maintien de l'abstinence n'est plus le seul objectif envisageable pour les patients en difficultés avec l'alcool. Il reste cependant préféré à la SRC en cas de dépendance sévère, d'autant plus lorsqu'elle est associée à des comorbidités médicales et des conséquences psycho-sociales, comme l'évoque notre étude ainsi que la SFA ^[19].

d. Hétérogénéité et spécificités des pratiques

En pratique, il existe des disparités concernant les moyens employés pour entreprendre la SRC, notamment concernant l'emploi des médicaments. Il a été observé un faible engouement des médecins membres du réseau ALCOOL 35 envers les MAC. Cela peut s'expliquer par l'organisation interne de ce réseau de soins. Il s'agit ici de médecins-relais, qui réalisent, dans ce cadre, des consultations d'orientation et d'évaluation. Elles permettent de faire un état des lieux de la problématique éthylique, pour initier une prise en charge. Cependant, la possibilité de poursuivre le suivi addictologique de ces patients ne leur est, que rarement offerte. Toutefois, ces traitements nécessitent une prise en charge médicale à la fois régulière et prolongée. Cette inadéquation explique en partie leur sous-représentation parmi les prescripteurs de MAC.

Plusieurs médecins ont évoqué un effet placebo des traitements important. Cela s'explique essentiellement par la nécessité de leur associer une prise en charge psycho-sociale. En plus d'être un vecteur de la prise en charge, le médicament a parfois un effet d'auto-entraînement synergique. Ainsi, l'importance de l'adhésion du médecin au traitement peut accroître l'effet placebo de la molécule et donc avoir une influence sur son efficacité perçue.

Les médecins les plus expérimentés dans le maniement du Baclofène, vont recourir à leurs propres protocoles de traitement, s'écartant ainsi de la RTU, qui s'applique normalement à tous. Celle-ci est souvent considérée par ces médecins comme un mode d'emploi éventuellement à leur disposition et non comme une obligation formelle. Parmi ces adaptations, nous avons très fréquemment remarqué que les médecins prescripteurs allongeaient les paliers entre chaque modification de posologie. Malgré la constatation empirique d'un bénéfice en termes de tolérance et d'efficacité, aucune étude n'a prouvé l'intérêt d'un protocole différent de celui proposé par la RTU. En outre, bien que ces médicaments ne soient indiqués que chez les patients alcoolodépendants, les médecins interrogés y ont souvent recours pour des patients répondant aux critères d'un usage nocif d'alcool. Chez ceux-ci, il est nécessaire que l'évaluation de la balance bénéfice-risque du traitement soit réévaluée. Bien que certains l'estiment favorable concernant le Nalméfène, le ratio bénéfice-risque du Baclofène chez ces patients apparaît défavorable du fait de la disproportion des risques encourus vis-à-vis du bénéfice attendu.

e. Résultat inattendu

Certaines publications^[31] ont fait part des effets bénéfiques du Baclofène sur la consommation de cannabis. Cependant, aucune étude n'a encore pu établir un effet significatif de cette molécule chez des patients dépendants au cannabis.

III. Propositions et perspectives

a. Poursuite de la recherche scientifique

Notre étude apporte un regard circonscrit dans le temps et dans l'espace sur les pratiques concernant le recours à une SRC en cas d'AUD. Cet état des lieux, qui évoque le grand intérêt que portent les médecins interrogés à la SRC, ne peut toutefois apporter aucune preuve. Malgré les propos recueillis, il nous est impossible d'évoquer la supériorité d'une stratégie thérapeutique spécifique. Pour comparer l'efficacité d'une stratégie de contrôle des consommations à celle d'une recherche d'abstinence, il est nécessaire d'entreprendre des études complémentaires. Celles réalisées jusqu'à ce jour^[11], présentaient de nombreux biais méthodologiques limitant grandement la portée de leurs conclusions. Il s'agissait souvent d'études courtes, rarement comparatives, portant sur des effectifs réduits et hétérogènes, présentant une observance souvent médiocre et avec de nombreux perdus de vue. Elles ont aussi eu recours à des critères intermédiaires, d'une pertinence clinique contestable, car non corrélés à la mortalité ou à la qualité de vie des patients.

Nous sommes dans l'attente d'une étude de cohorte prospective, contrôlée, de forte puissance et portant sur des critères de morbi-mortalité suivis de manière prolongée. Pour cela, il serait nécessaire de réaliser, au préalable une standardisation des protocoles et des définitions.

En complément des essais cliniques, une étude économique pourrait également être envisagée. On peut supposer que la SRC, réalisée en ambulatoire par les médecins de CSAPA aidés par les MG, soit moins onéreuse à long termes que la stratégie de l'abstinence. Cette dernière a en effet recours à des hospitalisations, parfois prolongées, pour sevrage ou consolidation de l'abstinence. En l'absence de supériorité clinique d'une de ces stratégies, un bénéfice économique attendu pourrait influencer sur le choix thérapeutique.

Dans notre étude, il existait une homogénéité des pratiques à l'intérieur de chaque structure. En revanche, concernant le recours aux MAC, d'un CSAPA à l'autre, une hétérogénéité des pratiques a été mise au jour. Cela se confirme également au sein d'un même territoire de santé. Ce défaut de cohérence inter-structurelle pourrait éventuellement être amélioré en favorisant la réalisation de réunions professionnelles d'échanges de pratiques, et cela à différents échelons territoriaux.

b. Rechercher la généralisation des résultats

Il serait utile de vérifier si nos résultats se confirment dans l'espace et dans le temps. Faire une étude multirégionale, voire nationale permettrait d'évaluer la cohérence des pratiques concernant la SRC. Effectuer une synthèse des pratiques pourrait servir de base à la rédaction de nouvelles recommandations de bonnes pratiques. Il est également envisageable de réaliser dans 1 à 2 ans, une étude avec un protocole similaire au présent travail. Cela permettrait d'apprécier l'impact du résultat des études en cours comme futures, et de refaire le point sur la SRC.

c. Etudes portant sur les médecins généralistes

Comme précédemment décrit, notre étude a interrogé des médecins expérimentés en addictologie. Nous proposons d'interroger les MG non spécialisés en addictologie pour apprécier l'intérêt que ces derniers portent à la SRC. Pour cela une étude quantitative par questionnaire sur un panel de praticiens, qui devrait être le plus large possible, serait la méthode adéquate. De même, connaître le positionnement des départements de médecine générale sur ce sujet nous semble fondamental. L'enseignement des actuels et futurs MG vis-à-vis de la SRC, et plus généralement de l'addictologie apparaît comme un axe important à développer. Cependant, il n'est pas l'unique point à valoriser et à intégrer à la pratique des MG. Il est en effet nécessaire de mettre aussi en application les procédés dont l'efficacité a déjà été déjà prouvée, telles que l'éducation thérapeutique, le repérage précoce et l'intervention brève ^[32]. Or, de nombreuses études évoquent une grave carence de formation des MG dans ce domaine ^[33]. Une étude de l'an 2000 évoquait que seulement 20 % des étudiants américains en médecine estimaient être "très bien préparés" au dépistage de l'alcoolisme ^[34]. Il serait utile de faire aujourd'hui, une évaluation du niveau de formation des MG français,

ainsi que de leur aisance à prendre en charge les patients ayant un problème d'alcool. En ce sens, il peut être envisagé une étude par questionnaire, portant sur les internes de médecine générale en formation à Rennes. Un protocole similaire peut également être proposé aux médecins en activité, à propos de leurs formations post-universitaires. Une étude bretonne s'intéressant à la prescription de Baclofène en 2015 ^[35], a souligné que 74% des MG sondés n'avaient pas bénéficié de formation en addictologie, bien que 98 % suivaient un ou plusieurs patients alcoolodépendants.

d. Etudes interrogeant les patients

Evaluer la connaissance et l'avis des patients en difficultés avec l'alcool sur la SRC serait également intéressant. Notre étude a montré que le discours de réduction des risques et des consommations n'a été intégré par les patients que récemment. A ce titre, une étude interrogeant des patients, permettrait de connaître les représentations que ces derniers ont vis-à-vis de ce type de prise en charge. Evaluer le positionnement des associations de patients, notamment celles regroupant les anciens buveurs, serait également intéressant à mettre en place.

E. Conclusion

La stratégie de réductions des risques et des consommations prend une place de plus en plus prépondérante dans la pratique des médecins. Bien qu'à ce jour aucune étude de forte puissance ne puisse prouver son efficacité, la perception et l'appréciation des médecins interrogés confirment l'intérêt de cette stratégie pour les patients en difficultés avec l'alcool. L'absence de preuve formelle ne doit cependant pas interdire son recours. Les techniques psychothérapeutiques, bien que d'un intérêt évident, ne reposent que sur de rares études, de faible niveau de preuve. La difficulté pour obtenir des résultats significatifs peut s'expliquer par l'histoire naturelle de l'addiction à l'alcool et par les biais méthodologiques des études les concernant. Nonobstant le fait que les résultats de "*evidence base medicine*" demeurent la référence, le pragmatisme et le recours à des données empiriques, émanant de l'expérience de terrain, ne doivent pas être négligés. Ces données devront cependant être analysées avec précaution du fait de leur partialité.

La recherche médicale doit être poursuivie, qu'elle soit fondamentale dans le domaine des neurosciences, ou appliquée à la pratique clinique de l'addictologie. Par exemple, cela prend la forme d'études cherchant à repérer des facteurs génétiques prédictifs de bonne réponse à tel ou tel médicament.

Le développement et la promotion de la prise en charge addictologique auprès des médecins, comme des professionnels paramédicaux doivent être encouragés. L'un des principaux axes sera d'inciter les médecins généralistes à s'investir pleinement dans la prise en charge de ces patients, investissement qui, à ce jour, est encore insuffisant. Il semble que le manque de temps, de compétences et d'intérêt envers cette discipline en soient les principaux motifs ^[32]. Nous pouvons espérer que la SRC viendra en aide aux médecins généralistes pouvant se trouver en difficulté devant un problème d'addictologie. La formation des MG concernant l'émergence de ces nouveaux outils est donc indispensable pour obtenir d'eux une plus grande implication pour les problèmes addictologiques. De même, une revalorisation de la prise en charge de ces patients, généralement chronophage, devra probablement être discutée.

Comme il vient d'être abordé, il existe plusieurs pistes à développer afin d'améliorer la situation actuelle. L'addictologie est une discipline médicale jeune, qui a déjà connu de nombreuses mutations, notamment quant à son organisation structurelle. Nul doute qu'elle pourra continuer à se réformer, dans le but de proposer une prise en charge de meilleure qualité et adaptée à chaque patient.

F. Références Bibliographiques

-
- ¹ Goodman A. Addiction: definition and implication. *British Journal of Addiction* 1990 ; 85:1403—8.
- ² American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing
- ³ Mouquet MC et Villet H “Les risques d’alcoolisation excessive chez les patients ayant recours aux soins un jour donné” DREES Etudes et Résultats 2002. *Actualité et dossier en santé publique*. 2002 Sept (40) :11-6
- ⁴ Guérin S., Laplanche A., Dunant A. et Hill C. , Alcohol-attributable mortality in France. *European Journal of Public Health*. 2013 Aug;23(4):588-93.
- ⁵ Morel A, *L’aide-mémoire d’addictologie*, Paris : Dunod ; 2010, 456 p.
- ⁶ Haute Autorité de Santé, Société Française d’Alcoologie. Conférence de consensus 7 et 8 mars 2001 : modalités de l’accompagnement du sujet alcoolodépendant après un sevrage. [Internet] . [Cited 2016 fev 23] Available from : <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/alcool2.pdf>
- ⁷ Bullock KD, Reed RJ, Grant I. Reduced mortality risk in alcoholics who achieve long-term abstinence. *Journal of the American Medical Association*. 1992 Feb 5;267(5):668-72.
- ⁸ J. Alonso, M.C. Angermeyer, S. Bernert, R. Bruffaerts, T.S. Brugha, ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators. Use of mental health services in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109 (2004), pp. 47–54.
- ⁹ Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. *Drogues, chiffres clés*. 6^{ème} édition. Juin 2015. 8p [Internet] . [Cited 2016 fev 23] Available from : <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/dcc2015.pdf>
- ¹⁰ Roche AM, Hotham ED, Richmond RL. The general practitioner's role in AOD issues: overcoming individual, professional and systemic barriers. *Drug Alcohol Review* 2002 Sep;21(3):223-30.
- ¹¹ Prescrire Rédaction “Alcoolodépendance : après sevrage. Troisième partie, certains médicaments sont utiles comme adjuvants au soutien médical” *Rev Prescrire* 2009 ; 29 (307) :361-368.
- ¹² Haute Autorité de Santé. Recommandation relative à la prise en charge à titre dérogatoire du Baclofène dans le cadre d’une recommandation temporaire d’utilisation. 2 avril 2014. [Internet] . [Cited 2016 fev 23] Available from : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-05/baclofene_rtu_has_02042014_vf_post_college.pdf
- ¹³ Société française d’Alcoologie. Les conduites d’alcoolisation. Lecture critique des classifications et définitions. Quel objectif thérapeutique ? Pour quel patient ? Sur quels critères ? Recommandations. *Alcoologie et Addictologie* 2001 ; 23 (4 Suppl.) : 1S-76S Décembre 2014. *Alcoologie et Addictologie*. 2015 ;37 (1) : 5-84
- ¹⁴ Pattison EM. Nonabstinent drinking goals in the treatment of alcoholism. A clinical typology. *Archives of General Psychiatry*. 1976 Aug;33(8):923-30.
- ¹⁵ Rehm J, Roerecke M. Reduction of drinking in problem drinkers and all-cause mortality. *Alcohol and Alcoholism*. 2013 Aug ; 48 (4) : 509-13.
- ¹⁶ Kraemer KL, Maisto SA, Conigliaro J, McNeil M, Gordon AJ, Kelley ME. Decreased Alcohol Consumption in Outpatient Drinkers Is Associated with Improved Quality of Life and Fewer Alcohol-related Consequences. *Journal of General Internal Medicine*. 2002;17(5):382-386.
- ¹⁷ Ambrogne JA. Reduced-risk drinking as a treatment goal: what clinicians need to know. *Journal of Substance Abuse Treatment* 2002 Jan;22(1):45-53.
- ¹⁸ Rehm J, Rehm M, Alho H, Allamani A, Aubin HJ, Bühringer G, et al. Alcohol dependence treatment in the EU: a literature search and expert consultation about the availability and use of guidelines in all EU countries plus Iceland, Norway, and Switzerland. *International Journal of Alcohol and Drug Research* 2013 Mar 26 ; 2 (2) : 53-67.

-
- ¹⁹ Société Française d'Alcoologie. Mésusage de l'alcool dépistage, diagnostic et traitement. *Alcoologie et addictologie*. 2015 ; 37 (1) : 5-84
- ²⁰ Paille F., Malet L., Baclofène et alcool, Rapport scientifique, Société Française d'Alcoologie, 2011 [Internet] . [Cited 2016 fev 23] Available from : http://www.sfalcoologie.asso.fr/download/Baclofene_SFA_15juin2011.pdf
- ²¹ Prescrire Rédaction "Baclofène et patients en alcoolodépendance sévère. Début 2013, une balance bénéfices-risques à mieux cerner" *Rev Prescrire* 2013 ; 33 (355) : 353-357.
- ²² ANSM, Compte rendu de Réunion du Comité technique de pharmacovigilance du 16 avril 2013 – CT012013023 [Internet] . [Cited 2016 fev 23] Available from : http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/ce293ec4ef97ea3ee0c5fd1dfcf4dfe7.pdf
- ²³ Recommandation Temporaire d'Utilisation du baclofène dans l'alcoolodépendance, protocole de suivi des patients, ANSM février 2014 [Internet] . [Cited 2016 fev 2016] Available from : http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/5478accaf69e1a0f97987c9eeb9b9347.pdf
- ²⁴ Prescrire Rédaction " Nalméfène (Selincro) Alcoolodépendance : pas de progrès avec le nalméfène r" *Rev Prescrire* 2014 ; 34 (363) : 6-9.
- ²⁵ Adamson SJ, Heather N, Morton V, Raistrick D; UKATT Research Team. Initial preference for drinking goal in the treatment of alcohol problems: II. Treatment outcomes. *Alcohol and Alcoholism*. 2010 Mar-Apr;45(2):136-42.
- ²⁶ HAS – INPES. Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques. Guide Méthodologique. Juin 2007. [Internet] . [Cited 2016 fev 2016] Available from : http://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_604958
- ²⁷ Luquiens A, Reynaud M, Aubin HJ. Is controlled drinking an acceptable goal in the treatment of alcohol dependence? A survey of french alcohol specialists. *Alcohol and Alcoholism*. 2011 Sep-Oct;46(5):586-91.
- ²⁸ Heather N, Adamson SJ, Raistrick D, Slegg GP; UKATT Research Team. Initial preference for drinking goal in the treatment of alcohol problems: I. Baseline differences between abstinence and non-abstinence groups. *Alcohol and Alcoholism*. 2010 Mar-Apr;45(2):128-35.
- ²⁹ Rosenberg H. Prediction of controlled drinking by alcoholics and problem drinkers. *Psychological Bulletin*. 1993 Jan;113(1):129-39.
- ³⁰ Plan 2007–2011 pour la prise en charge et la prévention des addictions rendu public le 15 novembre 2006, Paris, ministère chargé de la Santé, 2006. [Internet] . [Cited 2016 fev 2016] Available from : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_addictions_2007_2011.pdf
- ³¹ Imbert B, Labrune N, Lancon C, Simon N. Baclofen in the management of cannabis dependence syndrome. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology* 2014;4(1):50-52.
- ³² 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. [Internet] . [Cited 2016 fev 2016] Available from : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1146.pdf>
- ³³ Frost - Pineda K., Van Susteren T., Gold M. S. - Are physicians and medical students prepared to educate patients about alcohol consumption ? *Journal of Addictive Diseases* 2004 ; 23 (2) : 1-13.
- ³⁴ Hoffmann NG, Chang AJ, Lewis DC. Medical student attitudes toward drug addiction policy. *Journal of Addictive Diseases* 2000;19(3):1-12.
- ³⁵ Gwenola Le Monnier, « Etat des lieux de prescription du baclofène dans le traitement de l'alcoolodépendance en Médecine Générale dans le département d'Ille et Vilaine », Thèse de doctorat en médecine, sous la direction de Gaël Lagadec, Rennes, Université de Rennes 1, 2015, 94 p.

1. L'Abstinence.

Elle correspond à la non consommation d'alcool.

2. Consommateur n'ayant pas de dommage lié d'alcool.

a. Usage simple = consommation considérée sans risque.

Cela correspond à la consommation socialement admise, respectant les seuils de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) :

- pas plus de 4 Unités d'alcool (UA) par occasion de boire
- pas plus de 21/14 UA par semaine respectivement pour l'homme et la femme
- au moins un jour par semaine sans alcool.

b. Mésusage = consommation à risques

Il n'existe pas encore de problème décelable, mais cet usage est qualifié de risqué pour différentes raisons :

- Risque quantitatif, car il dépasse les seuils fixés de l'OMS :
 - o Plus de 4 Unité d'alcool (UA) par occasion de boire
 - o Plus de 21/14 UA par semaine respectivement pour l'homme et la femme
 - o Consommation tous les jours de la semaine.
- Risque situationnel, car il a lieu dans des circonstances particulières : pouvant être à l'origine d'accidents
 - o Conduite de véhicules
 - o Utilisation de machines
- Risque du fait des modalités de consommation :
 - o La *précocité du début* des consommations.
 - o Le *cumul* avec l'emploi d'autres substances psycho-actives.
 - o La *répétition* fréquente des consommations.
 - o Le caractère *matinal* des consommations.
- Risque du fait d'un but spécifique recherché :
 - o Recherche d'ivresse aigüe, « Binge drinking ». Il est défini par une consommation au moins 6 UA au cours d'une seule occasion.
 - o visée *auto-thérapeutique*.
- Car il survient sur un terrain fragilisé :
 - o pathologie organique ou psychiatrique
 - o Enfance, maternité ou allaitement
 - o Prise d'un traitement prolongé avec risque d'interactions médicamenteuses

3. Consommateur ayant des dommages liés d'alcool.

a. Usage nocif selon DSM-IV-TR¹ = abus selon CIM-10² = consommateur à problèmes mais non dépendant.

Il s'agit des personnes ayant une consommation éthylique malgré des dommages somatiques, psycho-affectifs ou sociaux, mais sans répondre aux critères de la dépendance.

Selon le DSM-IV-TR, le diagnostic d'abus d'alcool est posé si l'emploi de cette substance est inadéquat, conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative. Celles-ci sont caractérisées par la l'observation d'au moins 1 des critères suivants au cours des 12 derniers mois (sans pour autant atteindre les critères de la dépendance à la substance) :

- incapacité à pouvoir remplir des obligation majeures
- utilisation répétée de la substance dans des situations dangereuses
- survenue de problèmes judiciaires de manière répétée en lien avec la substance.

- poursuite de la consommation, malgré des problèmes interpersonnels, sociaux, causés ou exacerbés par la substance.

b. Usage avec dépendance = consommateur alcoolodépendant.

Il s'agit d'une perte de maîtrise de la consommation, et donc de la perte de la liberté de s'abstenir. Différents critères sont utilisés pour définir cette pathologie.

❖ *DSM-IV-TR*

Le DSM-IV-TR (code 303.9) définit l'alcoolodépendance comme *un mode d'utilisation inapproprié d'une substance (ici les boissons alcoolisées), conduisant au cours des douze derniers mois, à une altération du fonctionnement ou une souffrance, cliniquement significative et caractérisée par l'existence d'au moins trois critères parmi les suivants :*

- Mécanisme de *tolérance* défini par
 - Le besoin de quantités notablement plus fortes de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré.
 - Un effet nettement diminué en cas d'usage continu de la même quantité de substance.
- Mécanisme de *sevrage*, défini par :
 - l'apparition d'un syndrome de sevrage caractéristique de la substance lors de la diminution brutale ou de l'arrêt de la substance.
 - la disparition ou le soulagement du syndrome de sevrage par la prise de la même substance (ou substance très proche).
- la substance est souvent prise en *quantité plus importante* ou pendant une *périodes plus prolongée* que prévu.
- Un *désir persistant* avec des *efforts infructueux* de contrôler ou de diminuer la consommation de la substance.
- Un *Temps considérable* nécessaire pour se procurer la substance, la consommer et percevoir ses effets.
- une *Diminution* ou un *abandon des autres activités* notamment sociales, occupationnelles ou de loisir, à cause de l'utilisation de la substance.
- La *Poursuite* de la consommation malgré la *connaissance de l'existence de problèmes* physiques ou psychologiques, persistants ou récurrents, susceptibles d'avoir été causés ou exacerbée par la substance.

❖ *CIM 10*

La CIM 10 (code F10.2) définit l'alcoolodépendance comme *un ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques dans lesquels l'utilisation d'une substance psycho-active spécifique (ici les boissons alcoolisées,) ou d'une catégorie de substances, entraîne un désinvestissement progressif des autres activités. Pour affirmer le diagnostic, 3 des manifestations suivantes doivent être habituellement présentes en même temps au cours de la dernière année :*

- *Désir* puissant ou compulsif d'utiliser la substance psycho-active
- *Difficulté à contrôler* sa consommation
- *Syndrome de sevrage* physiologique quand le sujet diminue ou arrête la consommation
- *Tolérance* aux effets de la substance psycho-active : le sujet a besoin d'une quantité plus importante de la substance pour obtenir l'effet désiré.
- *Abandon* progressif d'autres sources de plaisirs et d'intérêts, pour se procurer puis consommer la substance ou récupérer ses effets.
- *Poursuite* de la consommation malgré ses conséquences manifestement nocives.

c. Nouvelle définition de la DSM-5³

Le diagnostic de trouble lié à l'utilisation de l'alcool est désormais posé en cas de présence d'au moins deux critères de la liste suivante, responsables d'un retentissement significatif sur une période d'au moins un an. Les critères correspondent à ceux sus-cités de l'alcoolodépendance et de l'usage nocif.

| Critères diagnostiques | Abus d'alcool selon le DSM-IV-TR | Dépendance à l'alcool selon le DSMIV-TR | Troubles liés à l'usage de l'alcool selon le DSM-5 |
|--|----------------------------------|---|--|
| Incapacité à remplir des obligations majeures. | ✓ | | ✓ |
| Consommation lors de situations dangereuses | ✓ | | ✓ |
| Problèmes judiciaires associés aux consommations | ✓ | | ✓ |
| Utilisation répétée malgré les problèmes associés. | ✓ | | ✓ |
| Phénomène de tolérance | | ✓ | ✓ |
| Phénomène de sevrage | | ✓ | ✓ |
| Perte de contrôle de sa consommation | | ✓ | ✓ |
| Désir persistant de consommer. | | ✓ | ✓ |
| Temps passé important en lieu avec l'alcool | | ✓ | ✓ |
| Abandon des autres activités | | ✓ | ✓ |
| Poursuite malgré conséquences. | | ✓ | ✓ |
| Craving | | | ✓ |

Présentation et comparaison des critères diagnostiques de l'abus et dépendance à l'alcool selon le DSM-IV-TR et celui de trouble liés à l'utilisation de l'alcool (AUD) par le DSM 5.

Le degré de sévérité de l'AUD est défini en fonction du nombre total de critères remplis : faible (2 à 3), modéré (4 à 6) et sévère (7 à 11).

¹ American Psychiatric Association. *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (4e éd., texte rév.), Washington (DC), 2000 ; Traduction française par J.-D. Guelfi et al., Masson, Paris, 2004, 384 pages

² CIM-10 / ICD-10 descriptions cliniques et directives pour le diagnostic. Classification internationale des maladies. 10ème révision. Chapitre V (F): troubles mentaux et troubles du comportement, par l'Organisation Mondiale de la Santé. 1993, 336 pages. Trad. française: C.-B. PULL coord.

³ American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing

Annexe A2 – Résumé des études de phase 3 concernant le Nalméfène

| Nombre de patient | Type d'étude | Durée suivi | Critère principale et Résultat | Analyse statistique |
|---|--|-------------|---|---------------------|
| ESENSE 1 – 12014A : Mann K, Bladström A, Torup L, Gual A, van den Brink W. Extending the treatment options in alcohol dependence: a randomized controlled study of as-needed nalmefene. Biological Psychiatry 2013 Apr 15;73(8):706-13 | | | | |
| 604 patients ayant une consommation à risque modéré, élevé ou très élevé, bénéficiant d'un soutien psycho-social. | RCT multicentrique comparative Nalméfène 18mg (n=306) Vs Placebo (n=298) Prise à la demande. Analyse en FAS | 28 semaines | Δ HDD en j/sem. : Nalméfène - 11.2 (+/-0.6) / Placebo -8.9 (+/-0.6) Différence Δ HDD : -2.3 (0.8) [-3.8 ; -0.8] | SS p=0.0021 |
| | | | Δ TAC en g d'OH/j : Nalméfène - 50.7(+/-2.4) / Placebo -39.7 (+/-2.2) Différence Δ TAC : -11.0 (3.0) [-16.8 ; -5.1] | SS P=0.0003 |
| ESENSE 2 – 12023A : Gual A, He Y, Torup L, van den Brink W, Mann K; ESENSE 2 Study Group. A randomised, double-blind, placebo-controlled, efficacy study of nalmefene, as-needed use, in patients with alcohol dependence. European Neuropsychopharmacology 2013 Nov;23(11):1432-42 | | | | |
| 718 patients ayant une consommation à risque modéré, élevé ou très élevé, bénéficiant d'un soutien psycho-social. | RCT multicentrique phase 3 Nalméfène 18mg (n=358) Vs placebo (n=360) Prise à la demande Analyse en FAS | 28 semaines | Δ HDD en j/sem. : Nalméfène - 12.3(+/-0.5) / Placebo -10.6 (+/-0.5) Différence Δ HDD : -1.7 (+/-0.7) [-3.1 ; -0.4] | SS P=0.012 |
| | | | Δ TAC en g d'OH/j : Nalméfène - 59.0(+/-2.3) / Placebo -54.1 (+/-2.2) Différence Δ TAC : -5.0 (+/-2.9) [-10.6 ; -0.7] | NS P=0.088 |
| SENSE – 12013A – Van den Brink W, Sørensen P, Torup L, Mann K, Gual A; for the SENSE Study Group. Long-term efficacy, tolerability and safety of nalmefene as-needed in patients with alcohol dependence: A 1-year, randomised controlled study. Journal of Psychopharmacology 2014 Mar 26;28(8):733-744 | | | | |
| 675 patients ayant une consommation à risque modéré, élevé ou très élevé | RCT multicentrique phase 3 Nalméfène 18mg (n=509) Vs placebo (n=166) Prise à la demande Analyse en FAS | 28 semaines | Δ HDD en j/sem à 6 mois. : Nalméfène - 9.8(+/-0.4) / Placebo -8.9 (+/-0.6) Différence Δ HDD : -0.9 (+/-0.6) [-2.1 ; 0.4] | NS P=0.16 |
| | | | Δ TAC en g d'OH/j à 6 mois : Nalméfène - 49.1(1.6) / Placebo -45.6 (2.6) Différence Δ TAC : -3.5 (+/-2.9) [-9.2 ; 2.2] | NS P=0.232 |
| | | 56 semaines | Δ HDD en j/sem à 12 mois. : Nalméfène - 10.5(+/-0.4) / Placebo -9.0 (+/-0.6) Différence Δ HDD : -1.6 [-2.9 ; -0.3] | SS P=0.017 |
| | | | Δ TAC en g d'OH/j à 12 mois : Nalméfène - 52.8 (+/- 1.8) / Placebo -46.3 (+/-2.7) Différence Δ TAC : -6.5 [-12.5 ; 0.4] | SS P= 0.036 |

J : jour / Se : semaine

FAS : Full Analysis Set / HDD : *heavy drinking day*, significant jours de forte consommation / NS : Non significatif / OH : Alcool / RCT : Randomized controlled trial, signifiant essai contrôlé randomisé

SS : statistique significatif / TAC : *Total alcohol consumption*, signifiant Consommation totale d'alcool (évaluant journalière)

Préambule :

Présentation de l’étude :

- Identité de l’enquêteur et de la nature du travail : thèse de doctorat en médecine générale
- Description du sujet abordé :
 - *Cadre*: Prise en charge **ambulatoire** des patients présentant des troubles à l’usage de l’alcool.
 - *But* : Evaluer la **place** (au sein d’une prise en charge addictologique globale) d’une stratégie de **réduction** des consommations = stratégie de **contrôle** des consommations = objectif de **sobriété**, notamment depuis l’avènement de nouveaux médicaments anti-craving (Baclofène haute posologie et Nalméfène).
 - *Question de recherche* : Dans quelles **conditions** et sous quelles **modalités** recourir à la stratégie de réduction des consommations en ambulatoire pour des patients présentant des troubles liés à l’usage d’alcool?
 - *Objectif des entretiens* : recueillir des témoignages personnels, récolter les **connaissances** des médecins prenant en charge régulièrement des patients alcoolo-dépendants : à savoir les médecins de CSAPA et ceux appartenant au réseau ALCOOL 35

Remerciement préalable à la participation de l’étude.

Demande d’autorisation pour l’**enregistrement** audio de l’entretien, en assurant l’**anonymisation** des données tout au long de l’analyse jusqu’à la publication.

Questionnaire quantitatif pour définir les caractéristiques du médecin sondé :

- **Age** et sexe.
- Formation **initiale**.
- Activité professionnelle **complémentaire** (Cabinet en ville, Médecine générale, activité hospitalière ?).
- Activité de **formation** en addictologie (FMC, faculté, réseau, en tant que participant ou d’organisateur ?).
- Proportion approximative de **patients** suivis pour des troubles liés à l’usage de l’alcool.

Q1 : Pouvez-vous me dire dans quelles conditions vous pouvez être amené à envisager de recourir à une stratégie de réduction des consommations plutôt qu’au sevrage ?

Questions de relance :

- Pour quels patients cet objectif thérapeutique peut-il être proposé ?
- Selon quel processus cette proposition thérapeutique chemine-t-elle ?
- Quelle est la positionnement des patients vis-à-vis de cette stratégie ?

Q2 : lorsque cet objectif a été choisi, pouvez-vous m’expliquer comment vous le mettez en œuvre ?

Questions de relance :

- Quelles sont les spécificités de l’approche psychothérapeutique et sociale en cas d’objectif de réduction des consommations ?
- Sur quels éléments et à quel moment avez-vous recours aux médicaments ?
- A quelles molécules avez-vous recours ?
- Quelle est votre médicament de première intention ?

Q3 : Comment procédez-vous concrètement à l'initiation et au suivi d'un patient sous traitement anti-craving ?

Questions de relance :

- Quelles posologies employez-vous ?
- Quelle durée de traitement et quel suivi opérez-vous ?
- Quels effets secondaires avez-vous rencontrés ?
- Que faites-vous en cas de mauvaise tolérance ?
- Au bout de combien de temps évaluez-vous son efficacité et que faites-vous en cas d'inefficacité ?
- Quel intérêt portez-vous aux médicaments anti-craving ?
- Comment voyez-vous la RTU régissant le recours baclofène dans l'alcool-dépendance ?

Q4 : Comment évaluez-vous l'intérêt et la place de la stratégie de réduction des consommations en addictologie ?

Questions de relance :

- Quels bénéfices attendez-vous lors du recours à cette stratégie ?
- Quels risques et difficultés rencontrez-vous lors du recours à cette stratégie
 - o Quels éléments freinent le plus votre prescription ?
- Quelle place attribuez-vous à cette pratique dans le cadre de votre activité professionnelle d'addictologie ?
 - o A quelle fréquence y avez-vous recours ?
 - o Cette place vous semble-t-elle modifiée depuis l'apparition de ces médicaments ?
- Comment voyez-vous la stratégie de réduction des consommations vis-à-vis de l'abstinence ?

Q5 : Qu'aimeriez-vous voir changer pour faciliter ou améliorer cette prise en charge

Question de relance :

- Pouvez-vous me faire des propositions pour remédier aux difficultés rencontrées ?

Q6 : Comment voyez-vous la place de la stratégie de réduction des risques en addictologie ?

Questions de relance :

- Quelle est la place des médecins généralistes dans la prise en charge addictologique

Conclusion : Voulez vous aborder des sujets dont nous n'avons pas parlé dans l'entretien sur ce thème ?

FINAL :

- Avez-vous des activités annexes à votre exercice de la médecine générale qui pourraient être à l'origine d'un conflit d'intérêt concernant les sujets abordés ?
- Demande d'une adresse internet pour leur envoyer les retranscriptions de l'entretien dans le cadre de la validation par les enquêtés.
- Explication du retour des résultats envoyés à chaque participant par la mise à disposition électronique du compte rendu final de ce travail.
- Remerciement pour avoir accepté de participer à l'étude.

Annexe A4 : Présentation de l'étude et invitation aux entretiens

Copie des demandes téléphoniques d'interviews faites aux secrétariats des différents CSPAPA

« Bonjour.

Je suis médecin généraliste remplaçant et je réalise une étude dans le cadre d'un travail de thèse de médecine générale. Je m'intéresse à la place de l'objectif de réduction des consommations en alcoologie.

Je réalise une enquête qualitative notamment auprès des médecins de CSAPA d'Ille et Vilaine et du Morbihan. Il s'agit de réaliser un entretien, d'une durée approximative de 30 minutes. Est-ce qu'il serait possible de rencontrer l'un de vos médecins dans ce cadre ?»

Copie du mail envoyé le 05/10/2015 adressé au secrétariat du réseau ALCOOL 35.

Bonjour.

Je suis Guillaume Conan, médecin généraliste remplaçant. Je réalise un travail de thèse actuellement, portant sur les conditions et modalités de recours à une stratégie de réduction des consommations chez les patients alcoolo-dépendants pris en charge en médecine ambulatoire, notamment depuis la possibilité d'employer le Nalméfène et au Baclofène.

Pour cela, je souhaite interroger, notamment, des médecins généralistes appartenant à un réseau d'addictologie, à savoir le réseau ALCOOL35. Cela prend la forme d'un entretien d'une trentaine de minutes, se déroulant au cabinet médical du médecin. Le nombre d'interview nécessaire peut être évalué entre 5 et 10.

Serait-il possible de me mettre en relation avec des médecins membres du réseau ALCOOL 35 ou de leur transmettre cette demande ?

Je vous remercie.

Cordialement.

Annexe A5 - Résumé synthétique des caractéristiques des sujets interrogés

| | Date | Durée (min) | Territoire de santé | Age (ans) | Sexe (F / M) | Formation Initiale | Activité principale | Formateur d'addictologie | Activité professionnelle annexe | Appréciation de patient suivi pour troubles liés à l'usage de l'alcool. | Intérêt déclaré | |
|-----|----------|-------------|---------------------|-----------|--------------|--------------------|---------------------|--------------------------|-------------------------------------|---|-----------------|----------|
| | | | | | | | | | | | liens | Conflits |
| E1 | 01/10/15 | 37' | 6 | 43 | F | MG | CSAPA | Oui | Liaison hospitalière d'addictologie | 70% des patients suivis | Non | Non |
| E2 | 08/10/15 | 31' | 5 | 52 | M | MG | CM | Non | Non | Environ 10 patients | Non | Non |
| E3 | 12/10/15 | 24' | 5 | 63 | M | MG | CM | Non | Non | 15 % des patients suivis | Non | Non |
| E4 | 14/10/15 | 31' | 6 | 57 | F | MG | CSAPA | Oui | Liaison hospitalière d'addictologie | 70% des patients suivis | Non | Non |
| E5 | 02/11/15 | 36' | 8 | 51 | F | MG | CSAPA | Oui | Activité en SESSAD | >50% des patients suivis | Non | Non |
| | | | | 65 | M | MG | | Oui | Non | >50% des patients suivis | Non | Non |
| E6 | 02/11/15 | 44' | 3 | 54 | F | MG | CSAPA | Oui | Non | 50% des patients suivis | Non | Non |
| E7 | 04/11/15 | 30' | 5 | 40 | M | MG | CSAPA | Oui | Liaison hospitalière d'addictologie | 50% des patients suivis | Non | Non |
| E8 | 06/11/15 | 30' | 6 | 45 | F | MG | CSAPA | Oui | Liaison hospitalière d'addictologie | 90% des patients suivis | Non | Non |
| E9 | 09/11/15 | 38' | 5 | 40 | F | MG | CSAPA | Oui | Non | 66 % des patients suivis | Non | Non |
| E10 | 10/11/15 | 19' | 5 | 38 | F | MG | CM | Oui | Non | 10 patients / 2 ou 3 consultations hebdomadaires | Non | Non |
| E11 | 16/11/15 | 28' | 4 | 46 | F | MG | CSAPA | Non | Non | 50% des patients suivis | Non | Non |
| E12 | 16/11/15 | 26' | 4 | 40 | F | MG | CSAPA | Oui | Non | 80% des patients suivis | Oui | Non |
| E13 | 17/11/15 | 21' | 5 | 55 | F | MG | CSAPA | Oui | Non | 80% des patients suivis | Non | Non |
| E14 | 02/12/15 | 41' | 4 | 67 | F | Pédiatre | CSAPA | Non | Non | 50% des patients suivis | Non | Non |
| E15 | 08/12/15 | 36' | 5 | 63 | F | MG | CSAPA | oui | Non | 100% des patients suivis | Non | Non |
| E16 | 15/12/15 | 20' | 5 | 57 | F | MG | CM | Non | Non | Environ 20 patients | Non | Non |
| E17 | 17/12/15 | 25' | 5 | 52 | M | MG | CM | Non | Oui, médecine du sport | 1 consultation hebdomadaire | Non | Non |
| E18 | 17/12/15 | 18' | 5 | 55 | M | MG | CM | Oui | Oui, médecine d'urgence | 2 à 3 consultations quotidiennes. > 100 patients | Oui | Non |

Légende : E01 à E18 : code d'anonymisation / **F** : Féminin / **M** : Masculin / **CM** : cabinet médicale de médecine générale / **CSAPA** : Center de Soins et d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie / **MG** : médecin généraliste / **SESSAD** : Service d'Education et de Soins Spécialisés à Domicile.

NOM et Prénom : CONAN Guillaume

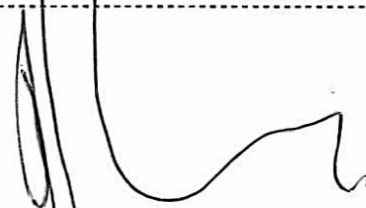
TITRE DE LA THESE d'EXERCICE

(Ce document sera à insérer dans les thèses définitives)

Titre :

Conditions et modalités de recours à la stratégie de réduction des consommations en ambulatoire pour les patients présentant des troubles liés l'usage d'alcool en 2015

Etude qualitative par entretiens semi-dirigés de médecins exerçant en structure ambulatoire d'addictologie, et de médecins membres du réseau de soins ALCOOL 35

| | |
|---|---|
| <p>Rennes, le <i>08 mars 2016</i> D' Gaël LAGADEC 35 1 039 18 5 MÉDECIN ADDICTOLOGUE 71 Avenue Aristide Briand 35000 RENNES 02 99 63 17 70 Le Directeur de thèse</p> | <p>Rennes, le  Le Président de jury</p> |
|---|---|

Vu et permis d'imprimer

| | |
|--|---|
| <p>Rennes, le</p> <p></p> | <p>1 1 MARS 2016</p> <p>Le Président de l'Université de Rennes1</p> <p></p> <p>G. CATHELINEAU</p> |
|--|---|

| | | |
|--|--|---|
| U.F.R. DE MEDECINE DE RENNES | | N° |
| <p>CONAN, Guillaume</p> <p>Conditions et modalités de recours à la stratégie de réduction des consommations en ambulatoire pour les patients présentant des troubles liés à l'usage d'alcool en 2015.</p> <p><i>Etude qualitative par entretiens semi-dirigés de médecins exerçant en structure ambulatoire d'addictologie, et de médecins membres du réseau de soins ALCOOL 35.</i></p> <p>56 feuilles, 30cm – Thèse (Médecine) ; Rennes 1 ; 2016 ; N°</p> | | |
| <p>Résumé :</p> <p>Les troubles liés à l'usage de l'alcool (AUD) sont problématiques du fait de leurs fréquences ainsi que leurs complications médico-psycho-sociales. Devant les difficultés rencontrées lors du maintien de l'abstinence, une stratégie de réduction des consommations (SRC), s'est développée. Deux médicaments anti-craving (MAC) ont été autorisés en 2014 dans ce cadre : le Baclofène haute posologie (BHP) et le Nalméfène.</p> <p>Cette étude vise à faire l'état des lieux des pratiques concernant le recours à une SRC en ambulatoire chez les patients atteints d'AUD. Nous avons étudié les conditions et les modalités que se fixent les médecins bretons exerçant, soit en Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA), soit membres du réseau ALCOOL 35, vis-à-vis de la SRC.</p> <p>Respectivement 12 et 6 entretiens semi-dirigés ont été réalisés fin 2015. La SRC a été très fréquemment proposée, à la demande du patient. Souvent, elle a été utilisée en 1^{ère} intention en cas d'AUD, avec 2 finalités possibles : soit une consommation contrôlée, soit une abstinence à terme. Les médecins ont tous eu recours à une prise en charge sociale et psycho-sociale, mais ils étaient partagés concernant l'intérêt des MAC. Le Nalméfène semblait se positionner en 1^{ère} intention, devant le BHP, compte tenu des effets secondaires et de la méconnaissance scientifique concernant ce dernier.</p> <p>La SRC est communément admise aujourd'hui, comme l'autorisent les recommandations de la Société Française d'Alcoologie, dans le cadre de la réduction des risques. Le recours aux MAC reste partiel, avec une relative hétérogénéité des pratiques. La poursuite des essais scientifiques et la valorisation de la formation des médecins dans ce domaine sont ainsi à promouvoir.</p> | | |
| Rubrique du classement | MEDECINE GENERALE | |
| Mots-Clés : | Traitement de l'alcoololo-dépendance / stratégie de réduction des consommations Contrôle des consommations / Objectif de sobriété Traitement anti-craving / Baclofène Haut posologie / Nalméfène Soins ambulatoires / Recherche qualitative | |
| Mots-Clés anglais MeSH | Drinking Behavior / Alcohol-Related Disorder Temperance / Risque Reduction Behavior / Harm Reduction Baclofen / ambulatory care / qualitative research. | |
| JURY | Président | Mr le Professeur Romain Moirand |
| | Assesseurs | Mr le Professeur Emmanuel Oger Mr Eric Mener Mr Gaël Lagadec (directeur de thèse) |
| Date de soutenance | 29 avril 2016 | |