



HAL
open science

Impact d'une formation pluridisciplinaire sur la prise en charge de l'addiction à l'alcool auprès de médecins généralistes, pharmaciens et infirmiers libéraux

Carole Aguerre

► To cite this version:

Carole Aguerre. Impact d'une formation pluridisciplinaire sur la prise en charge de l'addiction à l'alcool auprès de médecins généralistes, pharmaciens et infirmiers libéraux. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02065010

HAL Id: dumas-02065010

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02065010>

Submitted on 12 Mar 2019

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

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

Université de Bordeaux
UFR des Sciences Médicales

Année 2018

Thèse N°214

Thèse pour l'obtention du
Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine Générale

Présentée et soutenue publiquement le 18 décembre 2018 par
Carole AGUERRE
Née le 25 octobre 1989 à Bayonne

Impact d'une formation pluridisciplinaire sur la prise en charge de l'addiction à l'alcool auprès de médecins généralistes, pharmaciens et infirmiers libéraux

Thèse dirigée par le Docteur Eliane HERRAN

Jury de thèse :

Monsieur le Professeur Marc AURIACOMBE	<i>Président du jury</i>
Monsieur le Professeur Philippe CASTERA	<i>Rapporteur et juge</i>
Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH	<i>Juge</i>
Monsieur le Docteur Jacques DUBERNET	<i>Juge</i>
Madame le Docteur Eliane HERRAN	<i>Juge</i>

Remerciements

A **Monsieur le Professeur Marc AURIACOMBE,**

Pour avoir accepté de présider le jury de ma thèse, veuillez trouver l'expression de ma profonde et respectueuse reconnaissance.

A **Monsieur le Professeur Philippe CASTERA,**

Je vous remercie d'avoir accepté de rapporter avec tant de précision ce travail et de le juger. Je tiens à vous témoigner ma profonde gratitude.

A **Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH,**

Pour l'intérêt que vous portez à ce travail et pour avoir accepté de le juger, recevez mes sincères remerciements.

A **Monsieur le Docteur Jacques DUBERNET,**

Je vous remercie d'avoir si gentiment accepté d'apporter votre aide méthodologique à ce travail et de le juger.

A ma directrice de thèse, **Madame le Docteur Eliane HERRAN,**

Tu as accepté sans hésiter de diriger ma thèse et a su me rediriger quand je faisais fausse route, avec toujours beaucoup de bienveillance. Ton expertise et ton optimisme sans failles auront été d'un grand secours. Merci pour tout le temps que tu m'as accordé.

A **Bénédicte DEHEZ-DUBROCA**, qui a réalisé les statistiques de cette étude. Je vous remercie pour le temps passé en analyses mais également en relecture et en explications méthodologiques.

A **Jean**, statisticien à ses heures perdues. Merci de m'en avoir consacré quelques-unes, ton aide a été précieuse.

A **Isabelle BECKER** du Resapsad, un grand merci pour l'organisation de la formation.

Au **Docteur Joana AMORENA-THEVENIN**, merci d'être venu animer la formation aux côtés de Eliane.

A ma famille :

A mes parents, pour m'avoir permis d'étudier mais aussi de voyager, pour votre soutien et la confiance que vous m'avez accordée. Vos efforts n'auront pas été vains !

A Vincent, Cécile et Xabi, ma solide base. On ne choisit pas sa famille mais je n'en voudrais pas d'autre. A Cécile particulièrement, merci de m'avoir épaulée lors de mes débuts en médecine, tu es pour beaucoup dans ma réussite.

A mes grands-mères, amatxi Célestine et amatxi Kattin, car il faut savoir d'où l'on vient pour savoir où l'on va.

A Denis, ma nouvelle famille, mon présent et mon futur. Merci de m'accepter comme je suis et de me soutenir dans mes projets.

A mes amis :

A Claire, à Caro, Fafa et Maylis, à Maria et à Amaia pour les innombrables marrades, goûters, apéros et autres repas, pour tous les instants partagés passés et à venir.

A Maider, Barbara, Loulou, Elorri et Julie, mes amies de lycée un peu barjots et très fidèles.

A Mathilde, amie, coloc, compagne d'études et de voyages, avec qui j'ai traversé toutes ces années de médecine.

Aux Oloronnaises, Camille, Anny et Camille aux côtés de qui j'ai eu la chance de faire mes premiers pas d'interne.

A la coloc du Palais Gallien, Anais, Xan et Andoni, sans qui ce semestre bordelais aurait été bien fade.

Aux perpignanais, Anna et Gautier qui ont accompagnés ma parenthèse pragoise, une année riche en émotions.

A Jean-Jacques, ami et mentor. La voie que tu as tracée était la bonne et j'ai bien fait de la suivre ! Tu continues à être un exemple, j'espère être un médecin aussi consciencieux et bienveillant que tu l'es.

A tous mes collègues de la Fondation Luro, merci de m'avoir fait confiance alors que je n'avais même pas tous mes diplômes. J'ai trouvé avec vous une grande partie de ce que j'attends de mon métier : conscience professionnelle, générosité et chaleur humaine.

ABREVIATIONS

ACOR	Accueil crise et orientation
ALD	Affection longue durée
AMM	Autorisation de mise sur le marché
AUDIT	Alcohol use disorders identification test
BPCO	Bronchopneumopathie chronique obstructive
CAARUD	Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogue
CDA	Consommation déclarée d'alcool
CDT	Carboxy déficient transferrin
CHCB	Centre hospitalier de la côte basque
CSAPA	Centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie
DPC	Développement personnel continu
DSM	Diagnostic and statistical manuel of mental disorders
ELSA	Equipe de liaison et de soins en addictologie
ETP	Education thérapeutique
FACE	Fast alcohol consumption evaluation
FMC	Formation médicale continue
IDE	Infirmier diplômé d'Etat
IFSI	Institut de formation en soins infirmiers
OMS	Organisation mondiale de la santé
RESAPSAD	Réseau Sud-Aquitain des professionnels de soins en addictologie
RESPADD	Réseau de prévention des addictions
RPIB	Repérage précoce intervention brève
TCC	Thérapie cognitivo-comportementale

TABLE DES MATIERES

1	INTRODUCTION.....	7
1.1	Contexte.....	7
1.2	Hypothèse.....	8
1.3	Objectifs.....	8
2.	METHODES.....	9
2.1	Type de travail.....	9
2.2	Méthode de sélection.....	9
2.3	Méthode d'intervention.....	9
2.4	Méthode d'observation.....	10
2.5	Méthode d'évaluation.....	12
2.6	Schéma de l'étude.....	14
3.	RESULTATS.....	15
3.1	Déroulement de l'étude.....	16
3.2	Résultats pour les médecins.....	19
3.3	Résultats pour les pharmaciens.....	38
3.4	Résultats pour les infirmiers libéraux.....	50
4.	DISCUSSION.....	64
4.1	Objectif principal.....	64
4.2	Objectif secondaire.....	74
4.3	Forces et faiblesses de l'étude.....	75
4.4	Interprétation des résultats.....	77
4.5	Perspectives et conclusion.....	79
5.	BIBLIOGRAPHIE.....	80
6.	ANNEXES.....	84
6.1	Questionnaire soumis aux médecins à T0, T1 et T2.....	84
6.2	Questionnaires soumis aux pharmaciens à T0, T1 et T2.....	88
6.3	Questionnaire soumis aux infirmiers libéraux à T0, T1 et T2.....	91
6.4	Résultats complémentaires pour les médecins.....	95
6.5	Résultats complémentaires pour les pharmaciens.....	101
6.6	Résultats complémentaires pour les infirmiers.....	105
6.7	Evaluation qualitative de la soirée de formation.....	110

1 INTRODUCTION

1.1 Contexte

La consommation d'alcool est la 2^{ème} cause de mortalité évitable en France après le tabagisme avec 49000 morts par an (1) (2) (3). 10% des adultes soit 5 millions de personnes en France auraient un usage problématique d'alcool, 5% soit 2 millions auraient un trouble de l'usage sévère (4).

L'alcool entraîne des dommages somatiques et psychosociaux importants pour l'individu et pour la société (5) (6). Il existe une corrélation entre le niveau de consommation, les dommages et le diagnostic de trouble de l'usage (7) (8) (9) (10). Une étude publiée en 2018 dans le Lancet affirme qu'il existe un impact sur la morbi-mortalité dès le premier verre (11). La surmortalité chez les usagers d'alcool augmente exponentiellement avec les quantités consommées (2). Les consommateurs de 60g d'alcool pur par jour pour les hommes et 40g pour les femmes, représentent 80% de la mortalité totale liée à l'alcool (2) (5). Un pourcentage important de ces consommateurs sont addicts.

Le trouble de l'usage d'alcool défini par le DSM-5 en 2013, englobe des patients de différents niveaux de sévérité (12) (13). Cette nouvelle approche dimensionnelle permet d'intervenir plus précocement en regroupant les catégories « abus » et « dépendance ». Elle fait aussi apparaître le critère du craving, cible thérapeutique fondamentale dans la prise en charge (14) (15).

Le repérage précoce et la prise en compte de l'addiction en médecine générale permettrait de toucher une population plus large et d'avoir un impact sanitaire plus important en termes de morbi-mortalité à l'échelle individuelle et populationnelle.

La Société Française d'Alcoologie désigne les médecins généralistes comme acteurs privilégiés du repérage des problèmes d'alcool et les incite à se former (12). Ces derniers déclarent trouver la prise en charge des problèmes liés à l'alcool difficile et se considèrent moins préparés et efficaces pour conseiller leurs patients que dans d'autres secteurs de prévention comme le tabac ou l'activité physique (16) (17). La place de l'addictologie au cours de la formation médicale initiale (externat et internat) en France est peu importante (5). Une majorité d'internes de médecine générale à la fin de leur cursus, ne possèdent pas le bagage nécessaire pour prendre en charge les patients présentant un trouble de l'usage d'alcool (18).

Les infirmiers sont également en position de repérer les troubles de l'usage d'alcool (19) (20). Ils ont un rôle d'information, d'orientation et d'éducation thérapeutique (21). Leur coopération avec les médecins généralistes pour le suivi des sevrages ambulatoires est précieuse (22). Bien que la formation des infirmiers permette d'améliorer efficacement leurs compétences dans la prise en charge des troubles de l'usage d'alcool (23), les freins à la réalisation du repérage demeurent nombreux (24) (25) (26).

Les pharmaciens d'officine, en tant que soignants de premier recours, ont toute leur place dans le repérage, l'orientation et la prise en charge des troubles de l'usage d'alcool (27). Ils sont quotidiennement confrontés au problème de la consommation d'alcool, mais sont réticents à aborder ce sujet. En 2003, 3,8% d'entre eux parlaient spontanément d'alcool à leurs clients (27). Ils se considèrent pourtant comme acteurs de la prévention primaire et secondaire des troubles de l'usage d'alcool et sont demandeurs de formations sur le sujet (28).

Le territoire de Basse-Navarre est éloigné des structures de soins en addictologie, à plus de 45 minutes de voiture. Seul le CSAPA ANPAA 64 PAYS BASQUE d'Anglet a développé depuis un an des consultations avancées à Saint-Palais et à Saint-Jean Pied de Port deux fois par mois (29). Le centre hospitalier de Saint-Palais bien que rattaché au centre hospitalier de la Côte Basque de Bayonne ne dispose pas d'équipe d'addictologie. La déléguée santé prévention du réseau addiction RESAPSAD rencontre les médecins et pharmaciens du territoire pour faire connaître le dispositif de soin spécialisé et susciter des partenariats. Sur le territoire concerné par notre étude, un médecin généraliste et 4 pharmacies adhèrent au Resapsad. (30) (31)

La thèse de J.Hollier publiée en 2016 a montré qu'une formation pluridisciplinaire sur la prise en charge de l'addiction au tabac proposée aux médecins généralistes et pharmaciens d'un territoire éloigné des structures hospitalières avait amélioré la pratique sur le repérage des fumeurs et l'intervention thérapeutique (32). Sur le même modèle, nous avons voulu proposer une formation pluridisciplinaire sur la prise en charge de l'addiction à l'alcool aux médecins généralistes, pharmaciens et infirmiers libéraux de la Basse-Navarre, territoire géographiquement isolé des structures de soins en addictologie.

1.2 Hypothèse

La question de recherche est :

Sur un territoire rural, éloigné des structures de soins en addictologie, une formation pluridisciplinaire sur la prise en charge de l'addiction à l'alcool améliore-t-elle la pratique des médecins généralistes, infirmiers libéraux et pharmaciens concernés ?

L'hypothèse est qu'une formation pluridisciplinaire en addictologie réunissant des médecins généralistes, infirmiers libéraux et pharmaciens d'un territoire, permet d'améliorer la prise en charge des patients souffrant d'un trouble de l'usage alcool. L'approche commune favoriserait le repérage, le traitement de l'addiction, et la coordination entre les différents acteurs du soin autour du patient.

1.3 Objectifs

L'objectif principal de l'étude est d'observer l'impact d'une formation d'addictologie sur la prise en charge des troubles de l'usage alcool auprès des médecins généralistes, de pharmaciens et d'infirmiers libéraux sur un territoire éloigné des structures de soins en addictologie.

Les objectifs secondaires sont de sensibiliser les soignants de premiers recours du territoire à la prise en charge des troubles de l'usage alcool et de promouvoir une prise en charge pluridisciplinaire en créant une dynamique interprofessionnelle.

2. METHODES

2.1 Type de travail

Nous avons réalisé une étude d'intervention avant/après avec site contrôle contemporain de l'intervention. Il s'agissait d'une enquête déclarative sur les opinions, les connaissances et les pratiques avant et après intervention avec comparaison d'un groupe *Intervention* à un groupe *Témoin*.

2.2 Méthode de sélection

2.2.1 Population étudiée

Médecins généralistes installés en cabinet,
Pharmaciens d'officine,
Infirmiers libéraux travaillant en cabinet et à domicile.

2.2.2 Zone de recrutement

L'étude couvrait tout le territoire de Basse-Navarre, comprenant les anciens cantons dont les chefs-lieux étaient Bidache, Labastide-Clairance, Saint-Palais, Iholdy, Saint Jean Pied de Port et Saint Etienne de Baigorry. Environ 30 000 habitants y vivent.

2.2.3 Critères d'inclusion

Tous les médecins généralistes libéraux installés en cabinet, pharmaciens d'officine et infirmiers libéraux intervenant à domicile ont été inclus dans l'étude.

2.2.4 Modalités de recrutement

Les noms et coordonnées des professionnels de santé ont été recherchés sur l'annuaire de l'Assurance maladie consultable en ligne sur le site ameli.fr.

Le recrutement s'est fait par téléphone. Puis une rencontre a été organisée au cabinet ou à l'officine afin de remettre le premier questionnaire. Cette rencontre a permis d'échanger avec les participants et de répondre à leurs éventuelles questions dans le but de favoriser leur adhésion à l'étude.

2.3 Méthode d'intervention

2.3.1 Une formation pluridisciplinaire

Une soirée de formation pluridisciplinaire destinée aux médecins généralistes, pharmaciens et infirmiers libéraux a été proposée un soir de semaine, en dehors des vacances scolaires.

2.3.2 Thèmes abordés

La formation prévoyait d'aborder les concepts communs à toutes les addictions :

- Modes de consommation : usage simple, trouble de l'usage.
- Critères diagnostiques DSM 5, notions de craving et de perte de contrôle.
- Facteurs de vulnérabilité : sujet, substance, contexte.
- Neurobiologie.
- Le repérage.
- L'approche motivationnelle.
- La prise en charge de l'addiction : objectifs, traitements disponibles et cible du traitement.
- Le suivi :
 - o Monitoring du craving et des consommations associées,
 - o Organisation du suivi,
 - o Coordination des partenaires,
 - o Indications à une prise en charge spécialisée, réorientation.

2.4 Méthode d'observation

2.4.1 Constitution des groupes

Tous les médecins, pharmaciens et IDE inclus ont été invités à la formation. Les présents ont constitué le groupe *Intervention* ; ceux n'ayant pas assisté, le groupe *Témoin*.

2.4.2 Impact d'une formation sur les pratiques

Nous avons recherché un impact de la formation par l'observation des modifications de pratiques dans les deux groupes constitués. Les pratiques déclarées ont été évaluées avant et après formation, par le biais de questionnaires.

2.4.3 Procédure d'enquête

Trois questionnaires ont été élaborés pour évaluer les pratiques déclarées des médecins généralistes, des pharmaciens et des infirmiers libéraux. Ils ont été conçus à partir d'un travail similaire sur l'impact d'une formation sur l'addiction au tabac réalisée en 2015 auprès des médecins généralistes et des pharmaciens de la Communauté des Communes des Grands Lacs dans le nord des Landes, territoire éloigné des structures hospitalières (32). Les questionnaires sont présentés en annexes.

La procédure d'enquête a été la même pour les trois professions.

- Première auto-évaluation, que nous appellerons T0 tout au long de l'étude. Le premier questionnaire a été distribué sur une période de 15 jours, lors d'une rencontre avec l'enquêteur organisée au cabinet, à l'officine ou à domicile pour certains infirmiers. Les participants remplissaient individuellement le questionnaire dans un deuxième temps. Pour les professionnels exerçant en groupe, il leur a été demandé de ne pas s'entraider. Une enveloppe timbrée était remise pour permettre le renvoi des questionnaires par voie postale. Les participants ont eu un délai de 5 à 7 semaines pour répondre à ce questionnaire. Ceux n'ayant pas encore répondu trois semaines après la fin de la distribution ont été relancés par téléphone.

- Formation pluridisciplinaire.
La formation devait avoir lieu un à deux mois après le début de la distribution du 1^{er} questionnaire.

- Enquêtes post -formation, que nous appellerons T1 et T2.
Deux auto-évaluations ont été proposées à tous les participants de la première enquête, par le biais d'un questionnaire identique au premier, un mois (T1) et trois mois (T2) après la formation. Les questionnaires étaient envoyés par la Poste avec là aussi, une enveloppe timbrée permettant le retour.

A noter, concernant la question sur le diagnostic de l'addiction, nous avons sélectionné 9 des 11 critères du DSM-5 permettant de diagnostiquer une addiction à une substance :

- Echech des tentatives d'arrêt/Rechutes répétées
- Poursuite de la consommation alors que la personne reconnaît avoir des problèmes causés par la substance
- Perte de contrôle sur la quantité et le temps dédié
- Craving
- Poursuite de la consommation malgré les dommages
- Incapacité à remplir ses obligations
- Usage dans des situations physiquement dangereuses
- Tolérance
- Manifestation de sevrage à l'arrêt

Nous avons ajouté la quantité consommée. Elle n'est pas un critère de diagnostic validé, mais est utilisée par les professionnels de santé dans leur pratique quotidienne.

2.4.4 Paramètres évalués

- L'existence d'une formation préalable sur l'alcool.
- L'abord de la consommation d'alcool avec les patients.
- Le repérage des troubles de l'usage alcool.
- La recherche de consommations associées.
- Les prises en charge proposées par les professionnels.
- Les traitements pharmacologiques utilisés.
- La prise en charge en pluridisciplinarité.
- L'organisation du suivi.
- Le nombre de patients suivis.
- Les motifs d'orientation vers une prise en charge spécialisée.

2.4.5 Test de la méthode d'enquête

Les trois questionnaires ont été testés par :

- 4 médecins généralistes hospitaliers ou libéraux installés hors du territoire concerné pour le questionnaire médecins.
- 2 pharmaciens d'officine n'exerçant pas sur le territoire pour le questionnaire pharmaciens.
- 2 IDE travaillant en structure hospitalière pour le questionnaire IDE.

Les trois questionnaires ont été approuvés. Le temps de remplissage a été chronométré entre 5 et 10 minutes.

2.5 Méthode d'évaluation

2.5.1 Critères de jugement

Le critère de jugement principal était le nombre de patients suivis pour un trouble de l'usage alcool.

Les critères de jugement secondaires étaient :

- L'abord de la question de l'alcool avec leurs patients par les médecins, pharmaciens et infirmiers libéraux.
- La connaissance des seuils de consommation d'alcool présentant un risque pour la santé par les médecins, pharmaciens et infirmiers libéraux.
- L'évaluation de la consommation d'alcool par les questionnaires validés (Audit et FACE) par les médecins, pharmaciens et IDE.
- Le repérage des troubles de l'usage alcool par l'utilisation des critères du DSM-5 et notamment, par l'existence d'un craving.
- La recherche de consommations associées par les médecins.
- La réalisation d'interventions brèves par les médecins, pharmaciens et IDE.
- La prise en charge des troubles de l'usage alcool au cabinet par les médecins.
- La réalisation de sevrages ambulatoires.
- La prescription par les médecins de médicaments anti-craving dans les troubles de l'usage alcool.
- La connaissance des médicaments anti-craving par les pharmaciens et IDE.
- Le nombre de boîtes de médicaments délivrées en officines.
- Le monitoring du craving au cours du suivi.
- Le suivi des patients à domicile par des IDE sur prescription médicale.
- Le recours au médecin traitant au début ou en cours de suivi d'un trouble de l'usage alcool, par les pharmaciens et IDE.
- L'organisation du suivi.
- Les motifs d'orientation vers une consultation spécialisée en cours de suivi.

2.5.2 Anonymisation des données recueillies

Les questionnaires étaient anonymisés par le biais d'un code attribué à chaque participant. La clé d'anonymisation était séparée de la base de données.

2.5.3 Recueil des données

Les données ont été saisies sur le logiciel Epi-Info 7 par l'enquêteur.

2.5.4 Analyse des données

Nous avons réalisé un état des lieux des pratiques déclarées avant formation, en recherchant l'impact d'une éventuelle formation préalable à cette étude. Nous avons décrit les réponses à l'enquête T0, puis nous avons comparé les pratiques en fonction de l'existence d'une formation préalable.

Dans un second temps, nous avons effectué deux types de comparaison :

- Les groupes *Intervention* et *Témoin* ont été comparés à T0, à T1 et à T2, pour rechercher une différence de pratiques entre les deux groupes.
- Au sein du groupe *Intervention*, nous avons comparé les pratiques de T0 et T1 et de T0 et T2, sur les critères pour lesquels nous observons une évolution. Nous cherchions à montrer une évolution significative des pratiques.

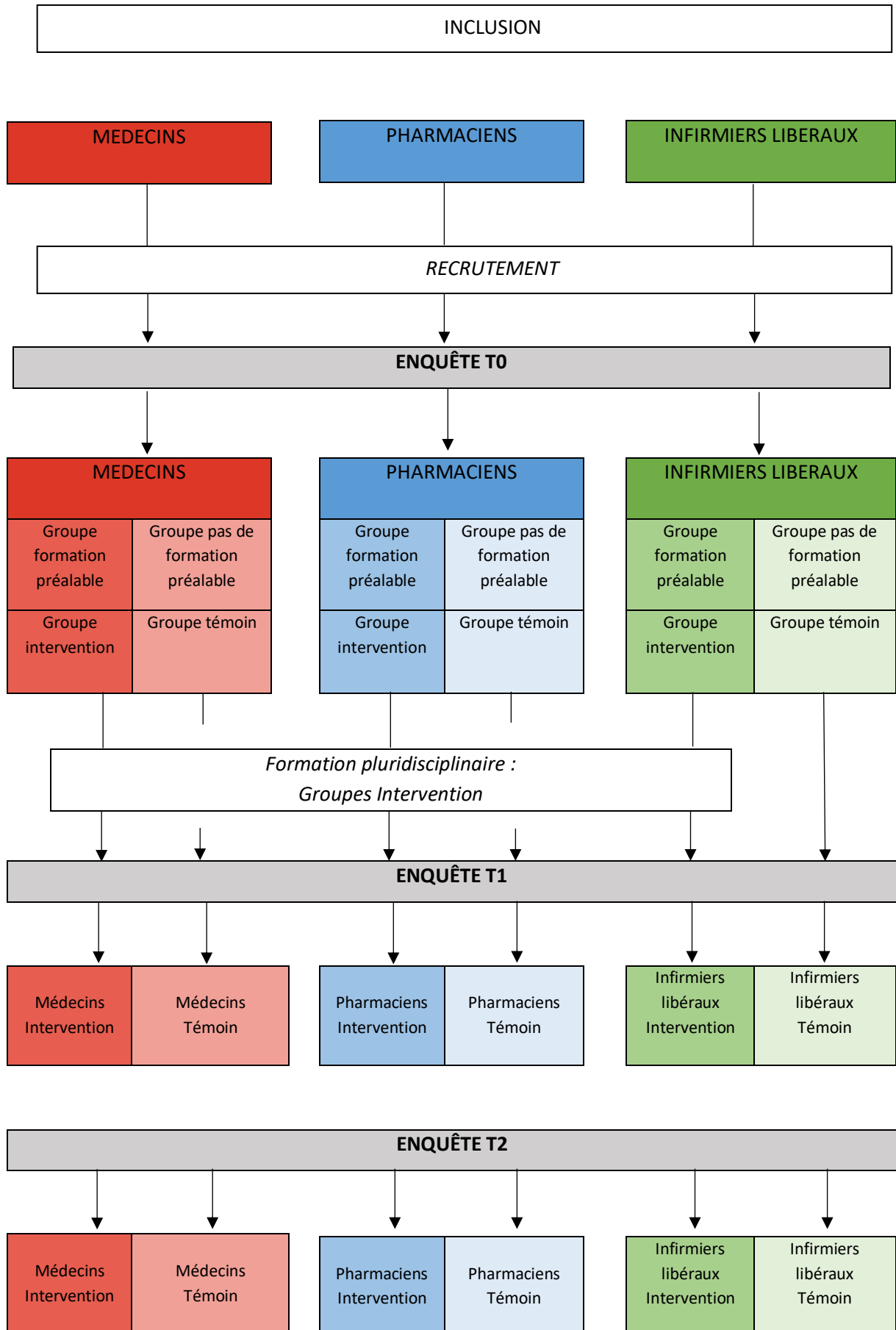
Les données ont été analysées sur le logiciel Epi-Info 7. Nous avons utilisé le test du Khi 2 exact de Fischer sur échantillon indépendant, avec un risque de première espèce alpha de 5% ($p < 0,05$) pour les comparaisons *Intervention* versus *Témoin*.

Pour les comparaisons au sein du groupe *Intervention*, nous avons utilisé le test du Khi 2 de MacNémar sur échantillon apparié, avec un risque de première espèce alpha de 5% ($p < 0,05$).

2.5.5 Aspects réglementaires et éthiques

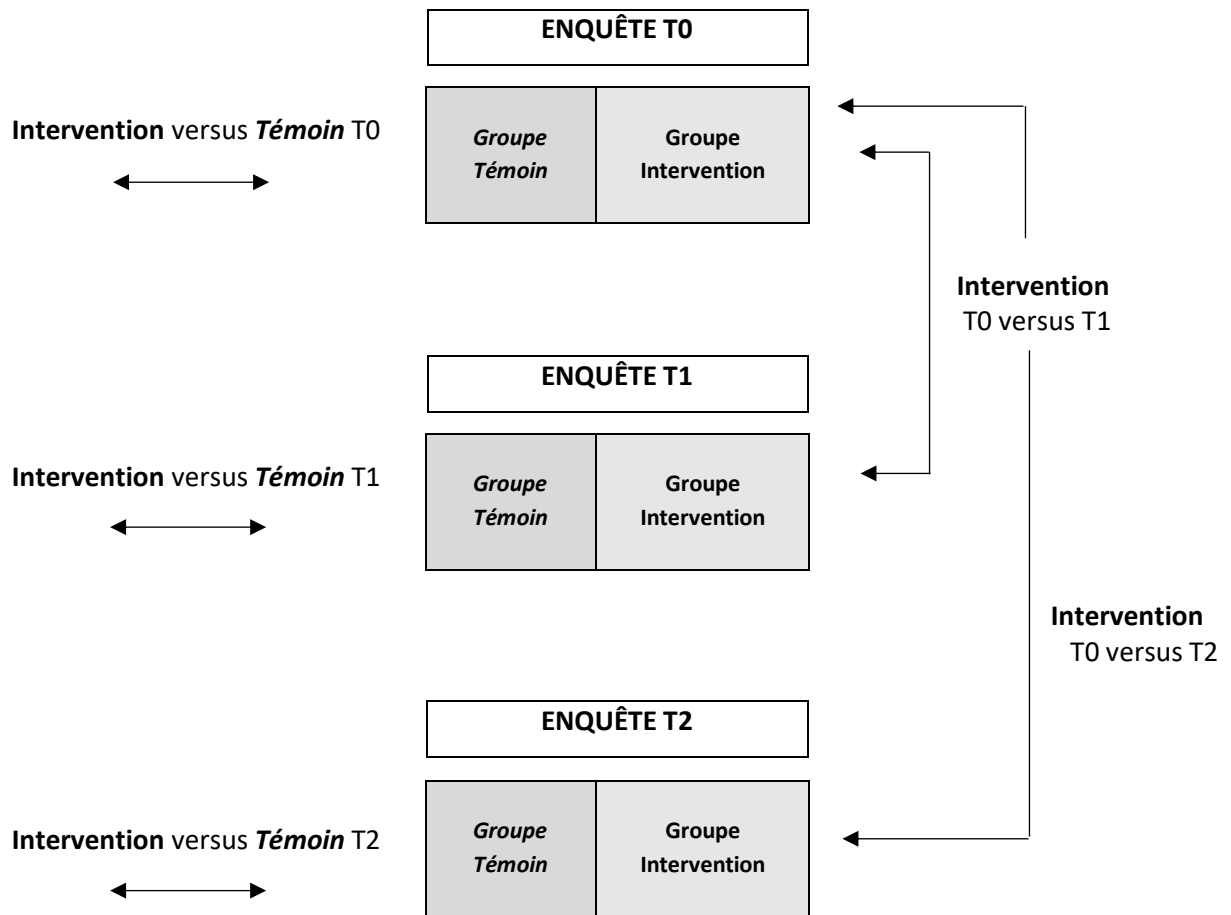
Cette étude ne relevait pas du champ d'application de la loi Jardé. Il n'était pas nécessaire de solliciter l'avis du Comité de Protection des Personnes (CPP) et de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

2.6 Schéma de l'étude



Comparaison 1

Comparaison 2



3. RESULTATS

3.1 Déroulement de l'étude

3.1.1 Recrutement

Tous les médecins généralistes, pharmaciens d'officine et infirmiers libéraux exerçant sur les communes de Bidache, Labastide-Clairence, Ayherre, Saint-Palais, Iholdy, Ossès, Irissarry, Larceveau, Saint Jean Pied de Port, Saint Etienne de Baigorry et Urepel ont fait l'objet d'un recrutement.

Celui-ci a débuté le 5 novembre par téléphone, puis du 4 au 16 décembre 2017 lors d'une rencontre au cabinet ou à l'officine des participants. Le questionnaire T0 leur était remis, ainsi qu'une enveloppe timbrée permettant son retour et un mot expliquant le déroulement de l'étude.

Les personnes incluses non jointes par téléphone ont reçu les mêmes éléments par voie postale.

3.1.2 Organisation de la formation

La formation a été organisée par le réseau Resapsad et le CHCB. Les invitations ont été envoyées par courrier le 4 janvier. Les relances ont été effectuées par téléphone ou par mail durant la semaine du 15 au 19 janvier.

La formation a eu lieu le 23 janvier 2018 sur la commune de Saint-Palais, à la salle Lagunt Etxea, choisie pour son caractère central sur le territoire ciblé par l'étude, à 20H30. Les personnes incluses étaient invitées à partager un buffet dînatoire dès 20H pour favoriser la participation.

Deux médecins sont intervenus, un psychiatre addictologue exerçant au sein de l'unité de recours en addictologie du CHCB et un médecin addictologue exerçant au sein du service d'addictologie du CHCB et du Csapa Bizia.

Tous les points prévus dans la méthodologie de l'étude ont été abordés durant les présentations des deux médecins. Les participants étaient ensuite invités à s'exprimer et à poser des questions.

Des documents ont été remis aux participants :

- Une plaquette de présentation du Resapsad citant les structures de soins ambulatoires en addictologie,
- Un bulletin d'adhésion au Resapsad,
- L'outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève de la HAS,
- Une présentation du catalogue de documentation en ligne sur le site du Resapsad pour commander des plaquettes à destination des patients.
- Deux articles : *Approches pharmacologiques du trouble de l'usage alcool* par Aubin et al (15) et *Le craving : marqueur diagnostique et pronostique des addictions ?* par Auriacombe et al (14).

Les deux présentations utilisées pour la formation sont disponibles sur demande auprès de l'autrice.

3.1.3 Enquêtes T1 et T2

Pour les enquêtes un mois après formation (T1) et trois après formation (T2), les questionnaires ont été envoyés par courrier postal, accompagnés d'un mot encourageant la participation et d'une enveloppe timbrée permettant le retour.

Les questionnaires T1 ont été envoyés la semaine du 19 au 23 février. Les retours se sont échelonnés de fin février à fin mars. Les questionnaires T2 ont été envoyés la semaine du 16 au 20 avril, avec les dernières réponses fin mai.

3.1.4 Participation et constitution des groupes :

Toutes les personnes ayant retourné le questionnaire T0 avant le 23 janvier, jour de la formation, ont été incluses dans l'étude. Les participants à la formation ont constitué le groupe *Intervention*. 6 médecins, 9 pharmaciens et 17 IDE étaient présents. 2 des infirmières présentes n'ont répondu à aucun questionnaire et n'ont donc pas pu être incluses dans l'étude. Les personnes absentes ont constitué le groupe *Témoin*.

Le Tableau 1 et la Figure 1 décrivent le nombre de participants aux trois enquêtes et leurs répartitions dans les groupes *Intervention* et *Témoin*.

	Médecins	Pharmaciens	Infirmiers libéraux
Inclus	24	22	61
Recrutés (= participation Enquête T0)	18 (75%)	21 (95%)	43 (70%)
Groupe <i>Intervention</i>	6	9	15
Groupe <i>Témoin</i>	12	12	28
Enquête T1	16 (66%)	18 (85%)	30 (49%)
Groupe <i>Intervention</i>	6	7	14
Groupe <i>Témoin</i>	10	11	16
Enquête T2	15 (62%)	18 (85%)	30 (49%)
Groupe <i>Intervention</i>	6	7	13
Groupe <i>Témoin</i>	9	11	17

Tableau 1 : évolution des effectifs (% des inclus)

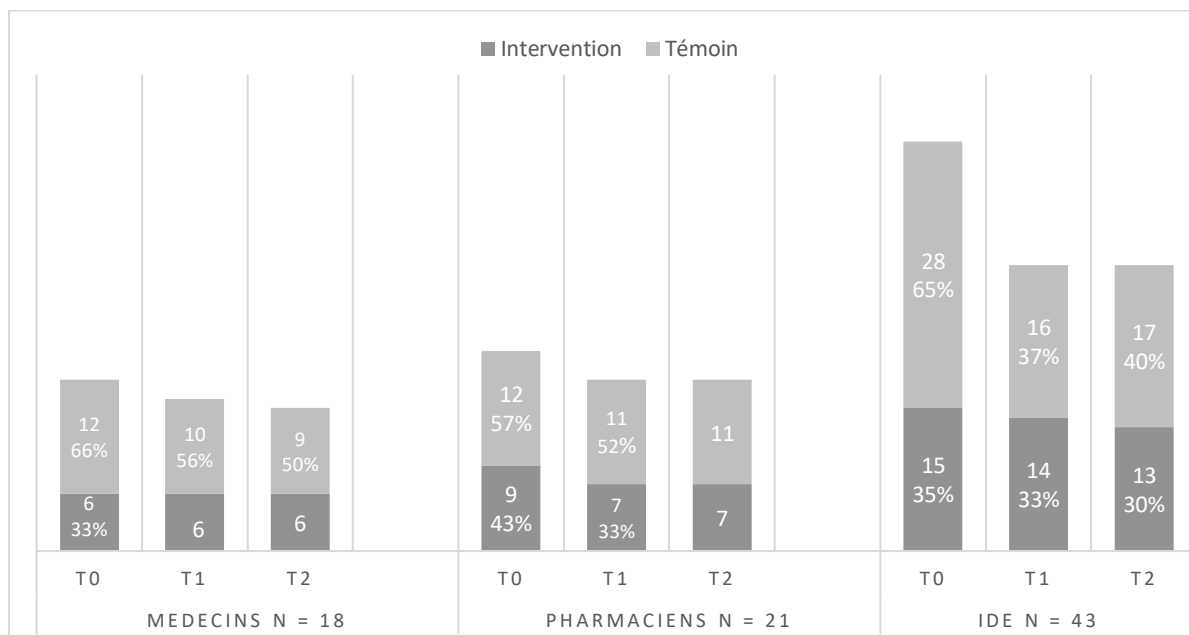


Figure 1 : Evolution de la participation durant l'étude et répartition dans les groupes Intervention et Témoin (% des recrutés)

3.1.5 Exposé des résultats

Les résultats sont présentés par profession. Devant l'abondance de résultats, nous avons choisi de ne présenter que les résultats principaux. Les résultats complémentaires détaillés sont présentés en annexe.

Pour chaque profession, nous commençons par un état des lieux des pratiques à T0, suivi de la comparaison des groupes *Formation préalable* et *Pas de formation préalable*.

Nous présentons ensuite les deux comparaisons réalisées :

- Les comparaisons des groupes *Intervention* et *Témoin* aux trois temps de l'étude, sur le critère de jugement principal, puis sur les critères de jugement secondaires. Les différences statistiquement significatives observées sont signalées au fur et à mesure par le symbole *.
- Les comparaisons T0-T1 et T0-T2 au sein du groupe *Intervention* réalisées sur les critères pour lesquels nous observons une évolution vers l'amélioration. Elles sont signalées **en gras**. Les différences observées n'étaient pas significatives. Quoiqu'il en soit, la faiblesse des effectifs ne nous aurait pas permis de conclure à une significativité des différences observées.

3.2 Résultats pour les médecins

3.2.1 Etat des lieux des pratiques à T0

- *Formation préalable à l'étude*

Sur les 18 médecins inclus dans l'étude, 8 avaient bénéficié d'une formation préalable en addictologie. La Figure 2 résume les types de formations suivies.

Deux médecins n'ont pas répondu à la question sur la formation préalable. Dans cet état des lieux des pratiques, leurs réponses seront présentées dans le groupe « Statut inconnu ».

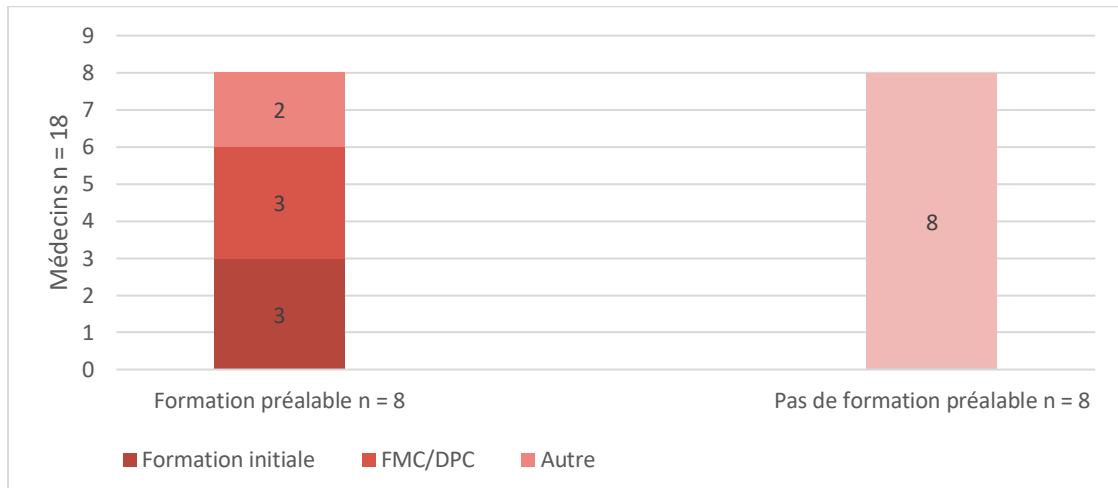


Figure 2 : Formation préalable à l'étude pour les médecins

- *Nombre de patients suivis*

Tous les médecins du groupe *Formation préalable* suivaient des patients pour une addiction à l'alcool. Ils étaient 7/8 dans le groupe *Pas de formation préalable*.

La Figure 3 décrit le nombre de patients suivis par les médecins à T0.

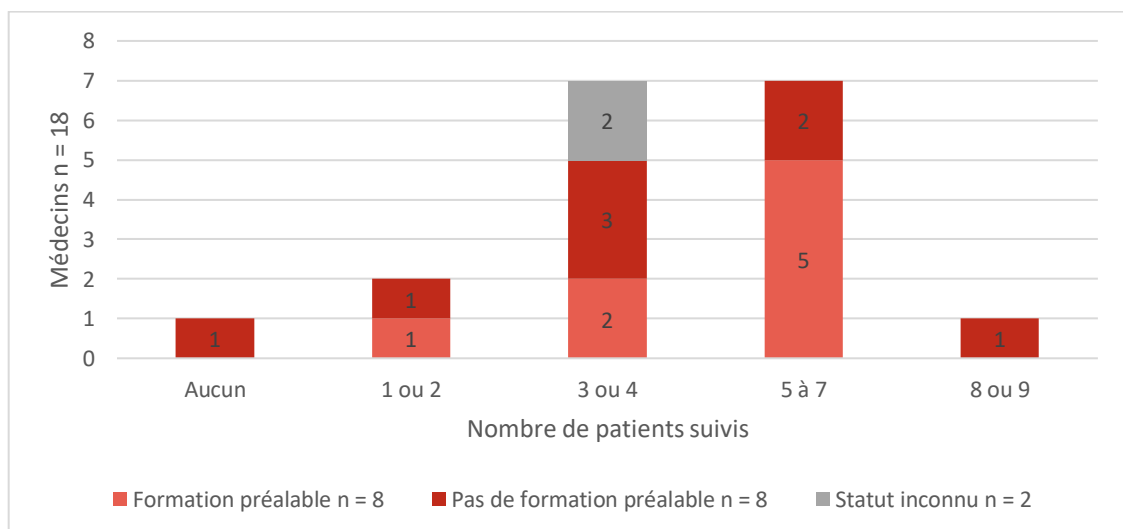


Figure 3 : Nombre de patients suivis à T0

- *Abord de la question de l'alcool*

A T0, aucun médecin n'abordait la consommation d'alcool de manière systématique. Certains états physiologiques comme la grossesse ou l'adolescence faisaient rechercher une consommation d'alcool pour la moitié des médecins (9/18), ce qui n'était pas le cas pour les personnes âgées ou en cas de polymédication (0/18).

Les situations dans lesquelles les médecins abordaient l'alcool à T0 sont décrites dans la Figure 4.

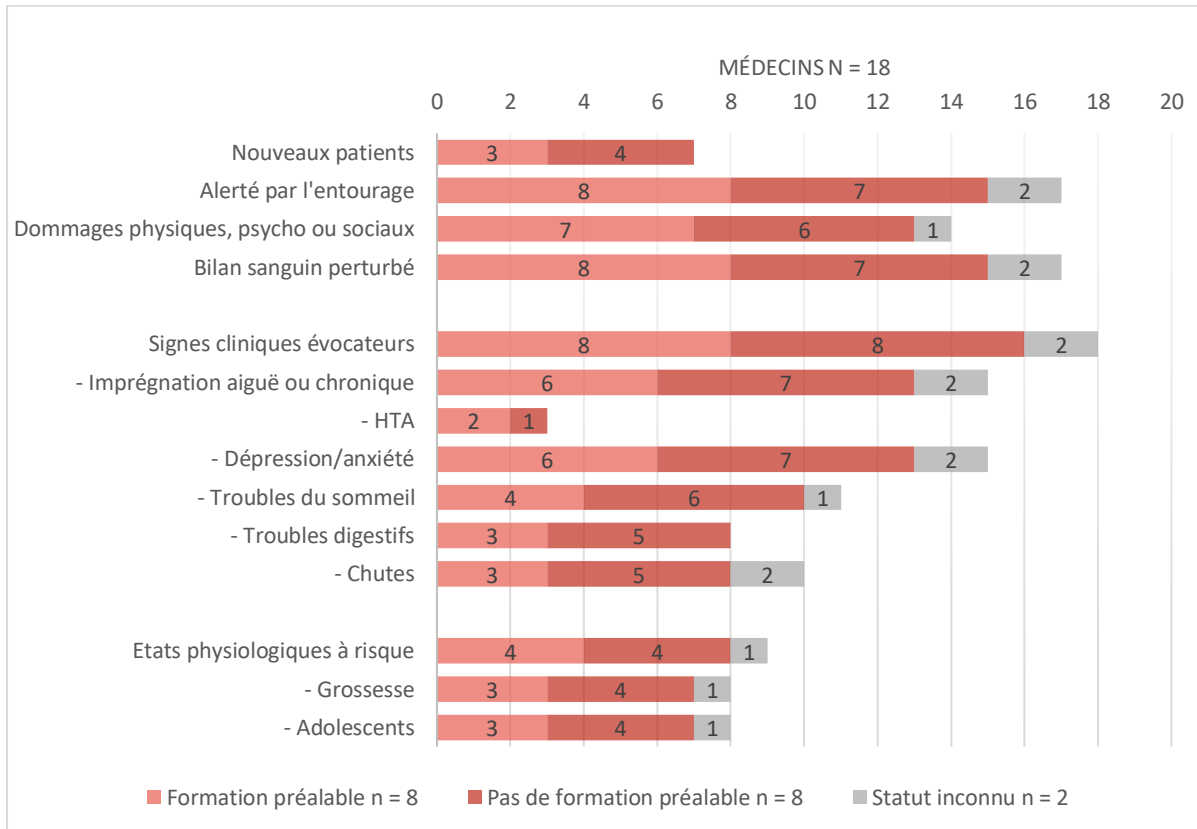


Figure 4 : Situations dans lesquelles les médecins abordaient la consommation d'alcool à T0

- *Freins à aborder la consommation d'alcool*

Les freins les plus cités étaient le manque de temps et le risque d'offenser le patient. Le manque de connaissance et le fait de n'être pas formé étaient également cités par un nombre important de médecins.

Les freins cités à T0 par les médecins sont détaillés dans la Figure 5.

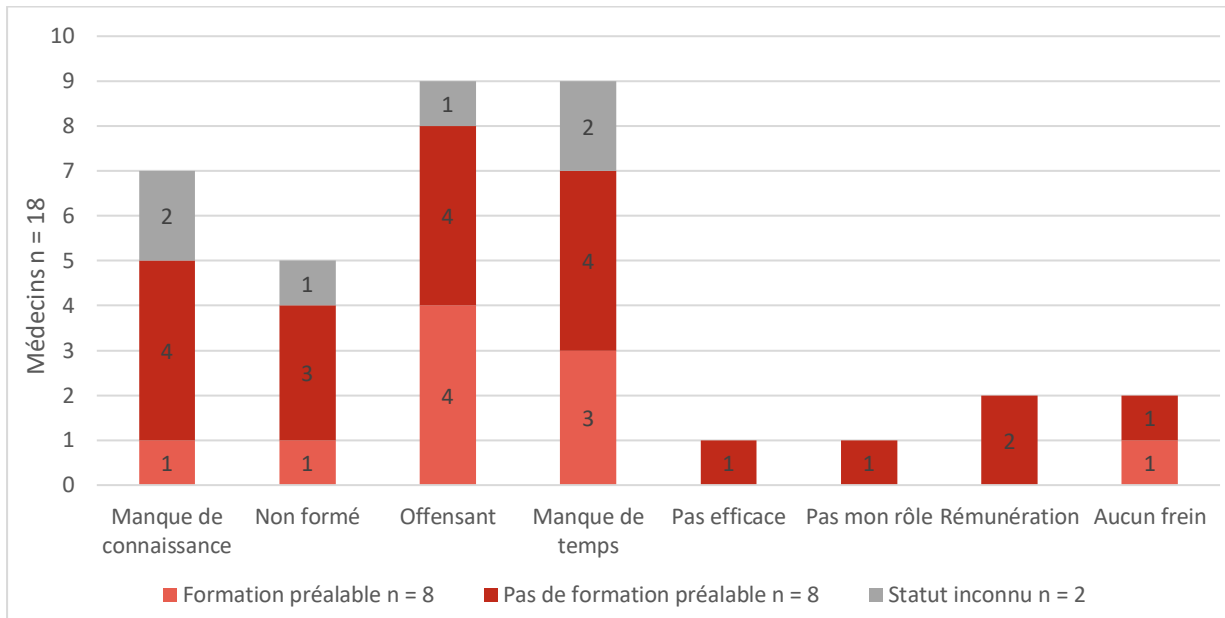


Figure 5 : Freins à aborder la consommation d'alcool pour les médecins à T0

- *Evaluation de la consommation d'alcool*

A l'interrogatoire, les médecins utilisaient des questions ouvertes pour évaluer la consommation d'alcool. La moitié d'entre eux recherchaient une perte de contrôle et/ou un usage dysfonctionnel.

Ils s'appuyaient fortement sur l'examen clinique, par la recherche de manifestations aiguës et chroniques de la consommation d'alcool et sur le bilan biologique.

La Figure 6 décrit les modes d'évaluation d'une consommation d'alcool par les médecins à T0.

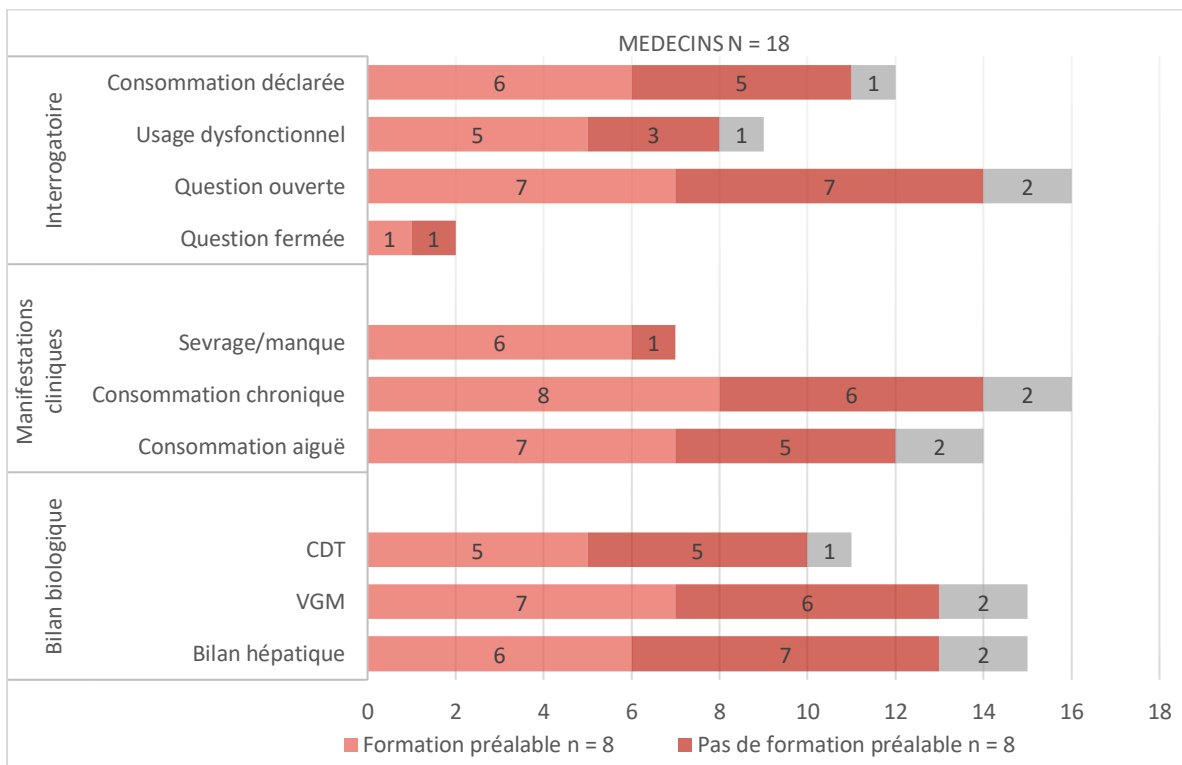


Figure 6 : Evaluation de la consommation d'alcool par les médecins à T0

- *Connaissance des seuils de consommation d'alcool présentant un risque pour la santé*

Cette question a été marquée par un fort taux de non-réponse : 7/18 médecins n'évaluaient pas les seuils de consommation de leurs patients.

Cependant parmi les 11 médecins répondants, 9 connaissaient les seuils de risque élevé de l'OMS (au-delà de 3 verres/jour pour les hommes et 2 verres/jour pour les femmes), soit 50% des participants.

- *Evaluation de la consommation d'alcool par les questionnaires validés (Audit et FACE)*

Aucun des 18 médecins à T0 n'utilisait de questionnaire pour évaluer la consommation d'alcool de ses patients.

- *Diagnostic des troubles de l'usage alcool par l'utilisation des critères du DSM-5*

Les critères du DSM-5 étaient utilisés par tous les médecins, bien qu'un peu plus largement par le groupe *Formation préalable*.

Les critères diagnostiques employés par les médecins à T0 sont décrits dans la Figure 7.

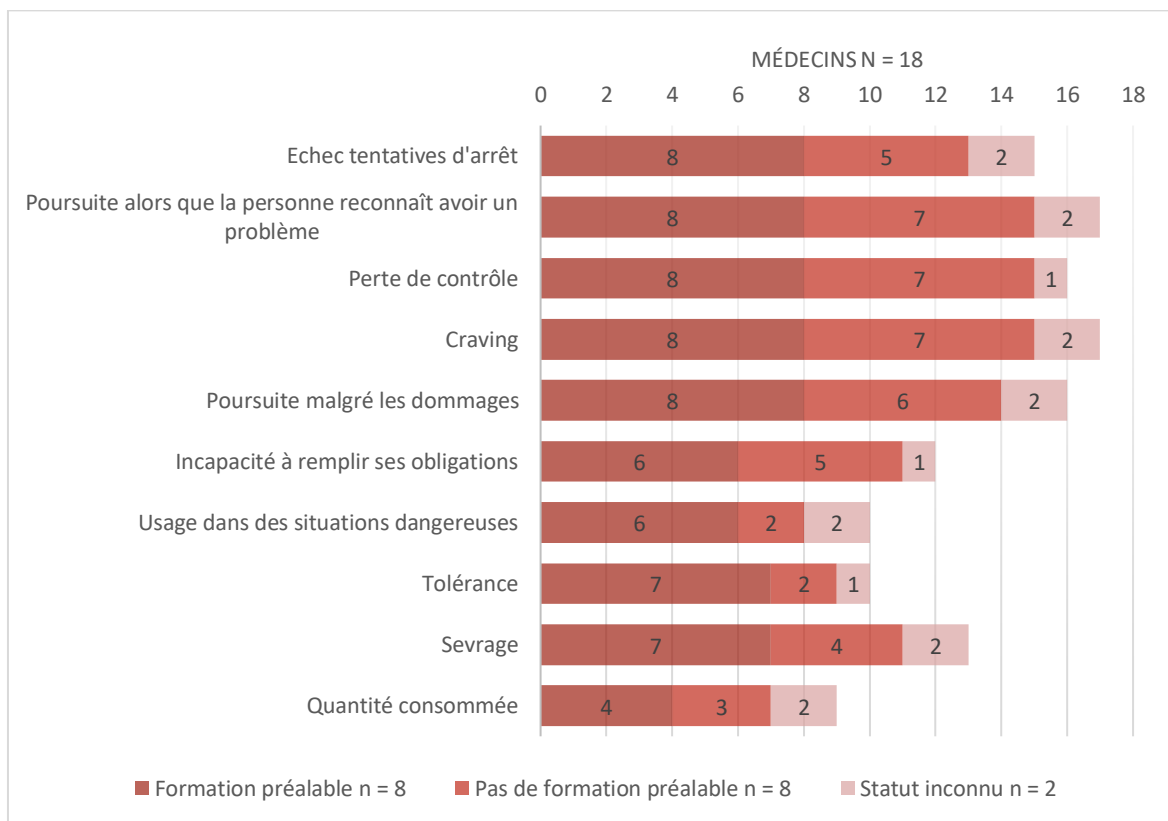


Figure 7 : Critères diagnostiques utilisés par les médecins à T0

- *Recherche de consommations associées*

17/18 médecins recherchaient des consommations à T0, au premier plan desquelles le tabac et le cannabis. Les médecins du groupe *Formation préalable* recherchaient en plus grand nombre les consommations associées. La consommation de cocaïne, d'héroïne et les addictions comportementales étaient recherchées par moins de la moitié des médecins.

Les consommations associées recherchées à T0 sont détaillées dans la Figure 8.

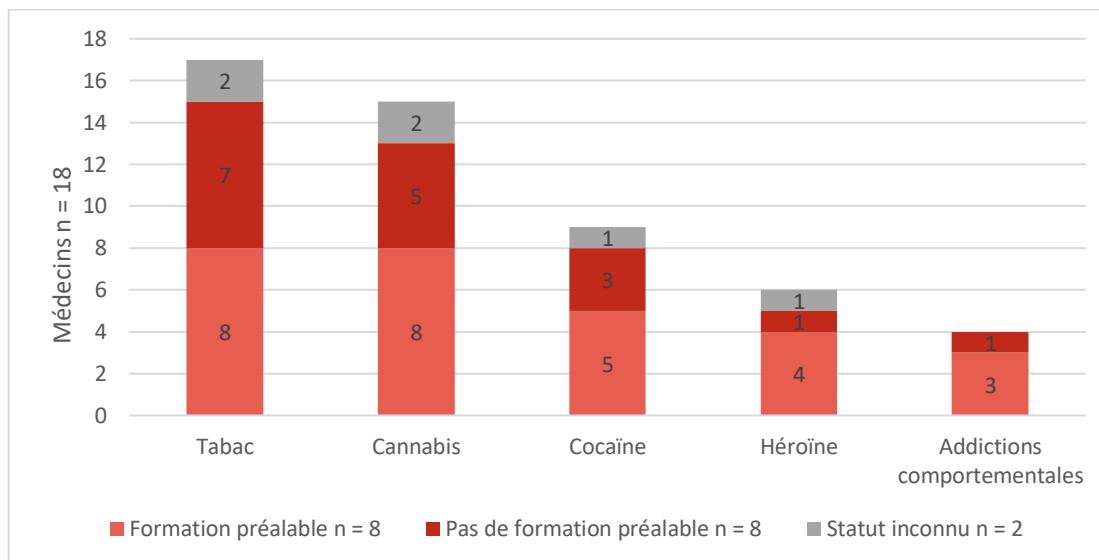


Figure 8 : Consommations associées recherchées par les médecins à T0

- *Prise en charge des troubles de l'usage alcool au cabinet*

Les modes de prise en charge proposés au cabinet étaient :

- Intervention brève
- Soutien relationnel/motivationnel
- Aide au repérage et à la gestion du craving
- Réduction de consommation avec un traitement médicamenteux anti-craving
- Sevrage ambulatoire
- Thérapie cognitivo-comportementale

Les prises en charge proposées étaient sensiblement les mêmes dans les deux groupes. La majorité des médecins (16/18) réalisaient du soutien relationnel et motivationnel. Bien que prescripteurs de traitements anti-craving (15/18), seulement la moitié d'entre eux proposait une aide à la gestion et au repérage du craving.

L'intervention brève, acte préventif, n'était proposée que rarement pour la prise en charge de l'addiction.

Les sevrages ambulatoires restaient l'exception, les sevrages en structure leur étant préférés.

Les médecins du territoire avaient largement recours aux centres d'addictologie.

Les prises en charge et les orientations proposées par les médecins à T0 sont décrites dans les Figures 9 et 10.

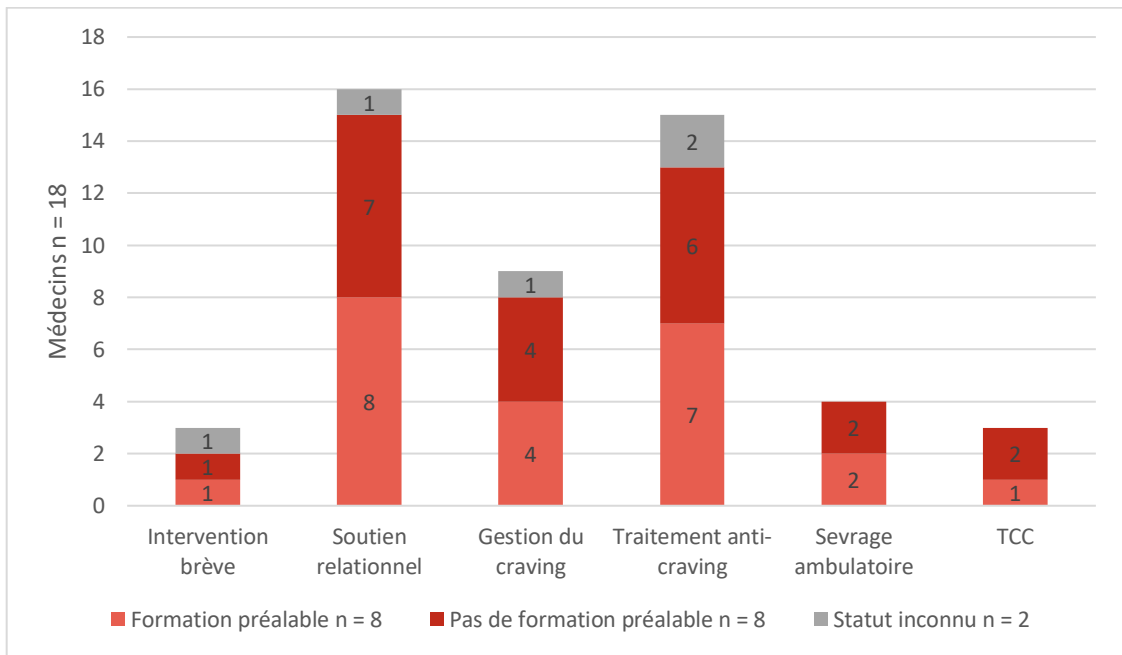


Figure 9 : Prise en charge proposée au cabinet par les médecins à TO

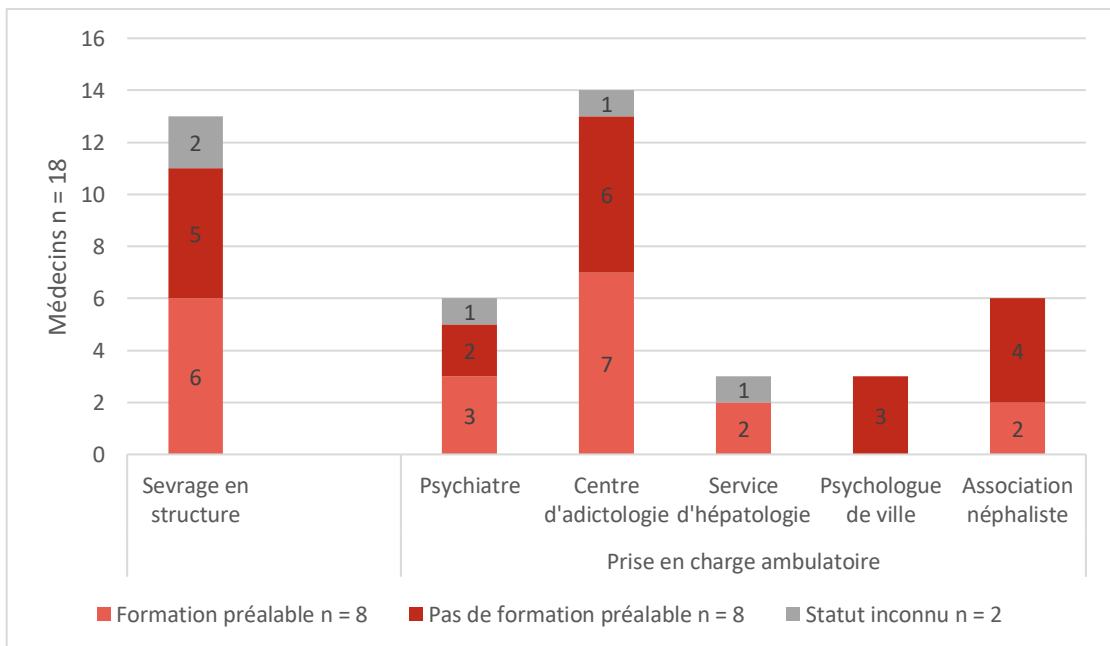


Figure 10 : Orientations proposées par les médecins à TO

- *Prescription de médicaments anti-craving dans les troubles de l'usage alcool*

15/18 médecins prescrivait des traitements anti-craving à T0, avec pour objectifs principaux la réduction du craving et la réduction de la consommation.

Baclofène, nalméfène et acamprosate étaient les plus prescrits.

Les Figures 11 et 12 décrivent les objectifs de prescriptions et les molécules anti-craving employées par les médecins à T0.

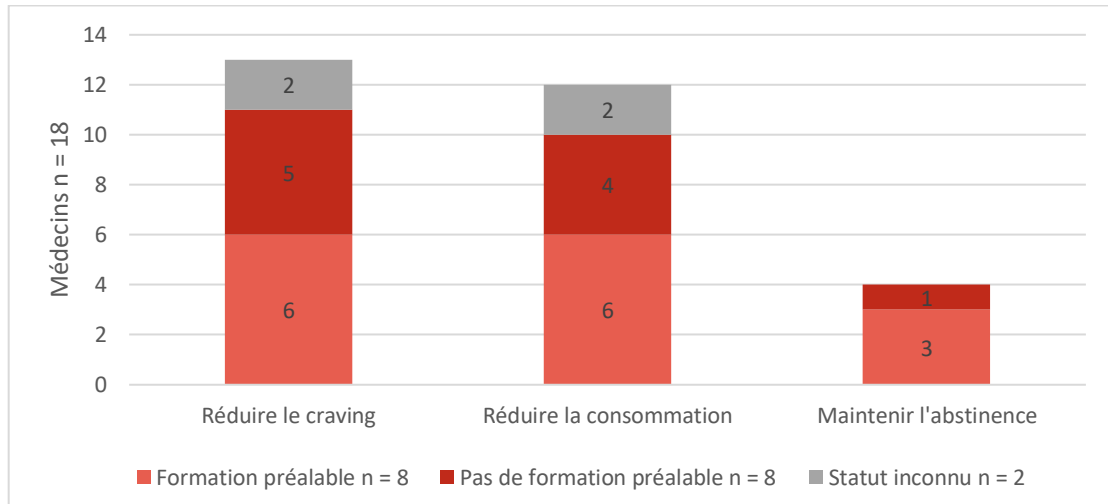


Figure 11 : Objectifs des prescriptions de traitement anti-craving à T0

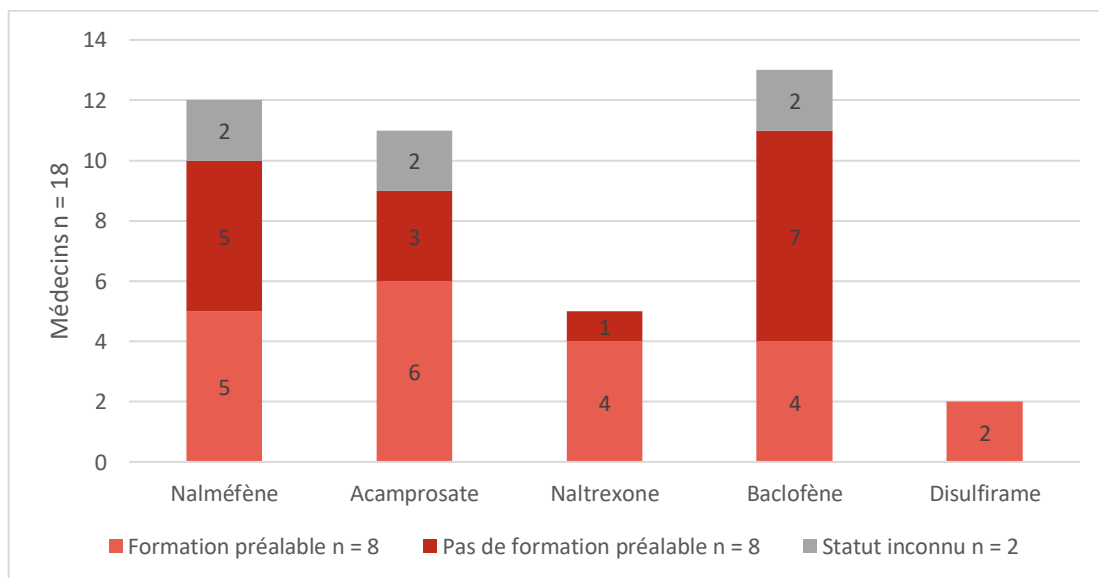


Figure 12 : Nombre de médecins prescrivant des médicaments anti-craving à T0

- *Monitoring du craving au cours du suivi*

14/18 médecins réévaluaient le craving en cours de suivi d'une addiction à l'alcool, 7/8 chez les préalablement formés et 5/8 chez les non formés.

- *Prescription de passages infirmiers*

Seulement 3 médecins, dans le groupe *Formation préalable*, prescrivait des passages infirmiers dans le cadre de l'accompagnement des patients présentant une addiction à l'alcool.

Les motifs de prescription cités étaient :

- Education thérapeutique, suivi de l'observance et du craving (2/18)
- Sevrage ambulatoire (1/18)
- Administration des traitements anti-craving (1/18)
- Suivi psychiatrique (1/18)

- *Fréquence des contacts avec les infirmiers et les pharmaciens dans le mois précédent*

Les contacts avec les infirmiers et les pharmaciens étaient peu fréquents. 10/18 médecins n'avaient jamais été en contact avec un IDE et 13/18 n'avaient jamais été en contact avec un pharmacien. Les médecins préalablement formés étaient cependant plus souvent en contact avec les IDE.

La Figure 13 détaille la fréquence des contacts à T0. Les motifs des contacts sont présentés en annexe.

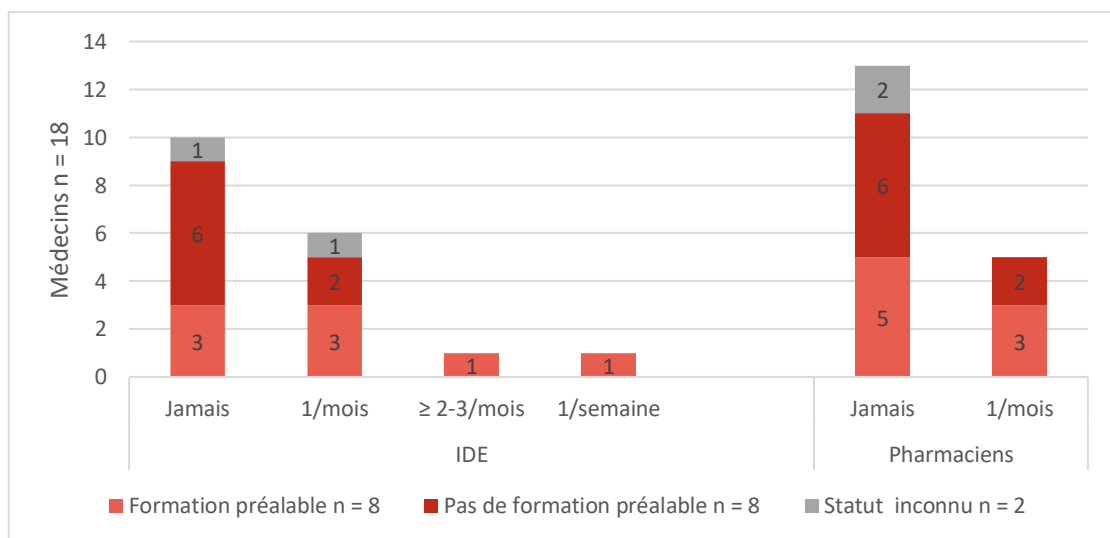


Figure 13 : Fréquence des contacts avec les IDE et les pharmaciens pour les patients présentant une addiction à l'alcool dans le mois précédent T0

- *Organisation du suivi*

12/18 médecins prévoyaient systématiquement une consultation de suivi, parmi lesquels 5/8 préalablement formés, 5/8 non formés et les deux médecins dont le statut est inconnu. 5/18 médecins laissaient l'organisation du suivi à l'initiative du patient (2 formés/3 non formés).

- *Motifs d'orientation vers une consultation spécialisée en cours de suivi*

Tous les médecins (18/18), étaient amenés à réorienter leurs patients en cours de prise en charge d'une addiction à l'alcool.

A noter, le manque de temps n'a jamais été cité comme motif de réorientation.

Les motifs d'orientation en cours de suivi sont décrits dans la Figure 14.

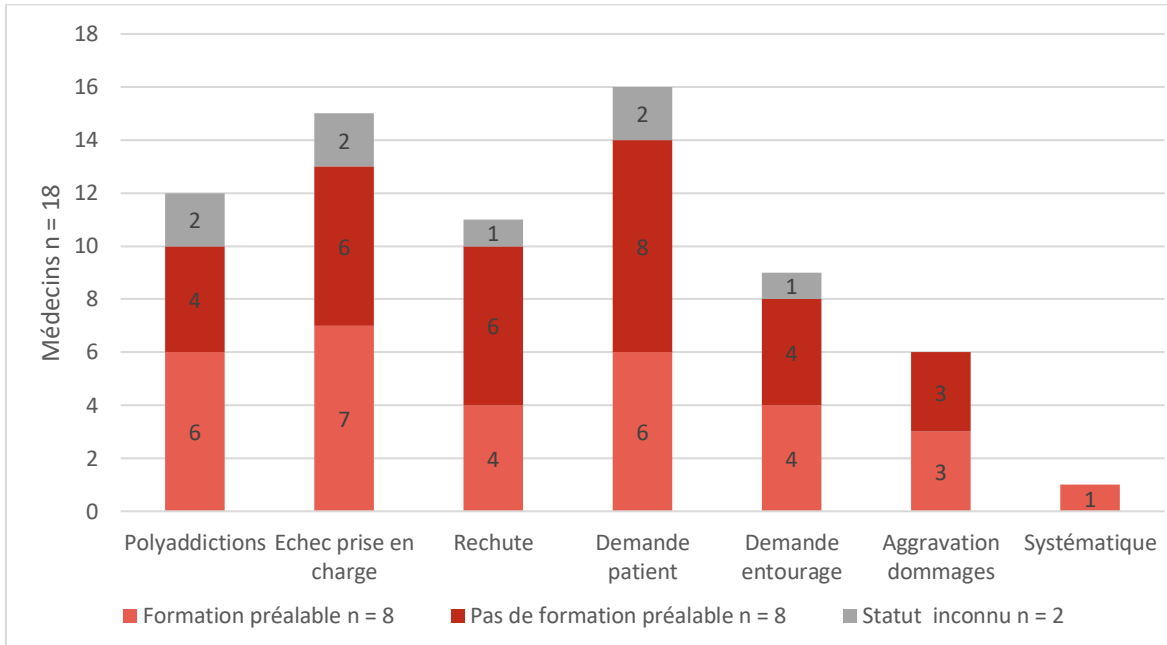


Figure 14 : Motifs d'orientation des patients en cours de prise en charge d'une addiction à l'alcool, à T0

3.2.2 Comparaison des groupes Formation préalable et Pas de formation préalable

- *Répartition des participants en fonction de l'existence d'une formation préalable à T0*

Les médecins ayant reçu une formation en addictologie préalable à l'étude, étaient répartis dans les groupes *Intervention* et *Témoin* de manière statistiquement non significative.

- *Critère de jugement principal en fonction de l'existence d'une formation préalable*

Le critère de jugement principal était le nombre de patients suivis pour une addiction à l'alcool. Dans le groupe *Formation préalable*, 8/8 médecins suivaient au moins un patient pour une addiction à l'alcool à T0. Dans le groupe *Pas de formation préalable*, ils étaient 7/8. Les différences observées n'étaient pas statistiquement significatives.

Devant ces résultats non significatifs, nous avons choisi de ne pas poursuivre la comparaison des deux groupes sur les critères de jugement secondaires.

Les tableaux détaillant ces résultats sont présentés en annexe.

3.2.3 Comparaison des groupes *Intervention* et *Témoin* à T0, T1 et T2

- *Nombre de patients suivis*

2 médecins à T1 et un médecin à T2, n'ont pas répondu à la question. Le Tableau 2 détaille le nombre de patients suivis par les médecins aux trois temps de l'étude.

Nombre de patients suivis	<i>Intervention</i>			<i>Témoin</i>		
	T0	T1	T2	T0	T1	T2
Effectifs	6	6	6	12	10	9
<i>Aucun</i>	1	1	1	0	0	0
<i>1-2 patients</i>	0	3	0	2	0	1
<i>3-4 patients</i>	4	0	3	3	3	6
<i>5-7 patients</i>	1	1	0	6	3	1
<i>8-9 patients</i>	0	0	1	1	3	1
<i>≥ 10 patients</i>	0	0	0	0	0	0
Non répondu	0	1	1	0	1	0

Tableau 2 : Nombre de patients suivis par les médecins des groupes *Intervention* et *Témoin* à T0, T1 et T2.

Nous avons choisi d'effectuer une comparaison entre les valeurs « aucun patient » et « ≥1 patient » au vu des petits effectifs dans chaque catégorie.

Nous n'avons pas observé de différence statistiquement significative entre les groupes *Intervention* et *Témoin* aux trois temps de l'étude sur le critère de jugement principal. Les résultats sont décrits dans le Tableau 3.

	<i>Intervention</i>			<i>Témoin</i>		
	T0	T1	T2	T0	T1	T2
Effectifs	6	6	6	12	10	9
0 patient	1	1	1	0	0	0
	17%	17%	17%	0%	0%	0%
≥1 patients	5	4	4	12	9	9
	83%	67%	67%	100%	90%	100%
Non répondu	0	1	1	0	1	0
	0%	17%	17%	0%	10%	0%

Tableau 3 : Nombre de patients suivis par les médecins dans les groupes *Intervention* et *Témoin* à T0, T1 et T2. Comparaison *Intervention/Témoin*, $p > 0,05$

- *Abord de la question de l'alcool*

L'abord systématique de la consommation d'alcool était minoritaire : aucun médecin *Intervention* et 1 à 2 dans le groupe *Témoin*.

Les situations principales permettant d'aborder la consommation d'alcool étaient les signes cliniques évocateurs, les dommages physiques, psychologiques ou sociaux, un bilan sanguin perturbé ou suite à une alerte de l'entourage.

Les médecins *Intervention* abordaient la consommation d'alcool avec les nouveaux patients en plus grande proportion que dans le groupe *Témoin*, sans différence significative.

Les états physiologiques à risque comme la grossesse ou l'adolescence faisaient rechercher une consommation d'alcool pour au mieux 2/3 des médecins ; pas plus de 20% des cas pour les personnes âgées et la polymédication.

Les situations permettant d'aborder la consommation d'alcool sont décrites dans le Tableau 4.

	<i>Intervention</i>			<i>Témoïn</i>		
	T0	T1	T2	T0	T1	T2
Effectifs	6	6	6	12	10	9
Systématique	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	1 10%	2 22%
Nouveaux patients	3 50%	3 50%	3 50%	4 33%	4 40%	2 22%
Alerté par l'entourage	5 83%	5 83%	6 100%	12 100%	10 100%	9 100%
Dommages physiques, psycho ou sociaux	5 83%	5 83%	6 100%	9 75%	9 90%	7 78%
Bilan sanguin perturbé	5 83%	6 100%	6 100%	12 100%	10 100%	9 100%
Signes cliniques évocateurs	6 100%	5 83%	5 83%	12 100%	10 100%	9 100%
- Imprégnation aiguë ou chronique	4 67%	6 100%	5 83%	11 92%	9 90%	9 100%
- HTA	0 0%	0 0%	1 17%	3 25%	5 50%	5 56%
- Dépression/anxiété	5 83%	5 83%	5 83%	10 83%	6 60%	6 67%
- Troubles du sommeil	3 50%	4 67%	4 67%	8 67%	4 40%	7 78%
- Troubles digestifs	3 50%	3 50%	4 67%	5 42%	4 40%	6 67%
- Chutes	4 67%	4 67%	3 50%	6 50%	6 60%	6 67%
Etats physiologiques à risque	4 67%	4 67%	4 67%	5 42%	6 60%	4 44%
- Grossesse	3 50%	4 67%	2 33%	5 42%	6 60%	4 44%
- Adolescents	3 50%	1 17%	2 33%	5 42%	5 50%	4 44%
- Personnes âgées	0 0%	2 33%	0 0%	0 0%	1 10%	2 22%
- Polymédication	0 0%	1 17%	0 0%	0 0%	2 20%	2 22%

Tableau 4 : Abord de la consommation d'alcool par les médecins dans les groupes Intervention et Témoïn à T0, T1 et T2. Comparaison Intervention/Témoïn, $p > 0,05$

- *Connaissance des seuils de consommation d'alcool présentant un risque pour la santé*

Un nombre important de médecins, majoritairement dans le groupe *Intervention*, n'a pas répondu à cette question.

Les médecins répondus citaient majoritairement les seuils de consommation à risque élevé admis par l'OMS. Nous avons donc classé les réponses comme suit :

- > 3 verres/jour et ≤ 3 verres/jour pour les hommes,
- > 2 verres/jour et ≤ 2 verres/jour pour les femmes.

Les réponses des médecins sont détaillées dans les Tableaux 5 et 6.

	<i>Intervention</i>			<i>Témoin</i>		
	T0	T1	T2	T0	T1	T2
Effectifs	6	6	6	12	10	9
≤3 verres/j	2 33%	2 33%	2 33%	7 58%	7 70%	5 56%
>3 verres /j	1 17%	0 0%	0 0%	1 8%	2 20%	2 22%
non répondus	3 50%	4 67%	4 67%	4 33%	1 10%	2 22%

Tableau 5 : Connaissance des seuils de consommation à risque pour les **hommes** par les médecins dans les groupes *Intervention* et *Témoin* à T0, T1 et T2. Comparaison *Intervention/Témoin*, $p>0,05$

	<i>Intervention</i>			<i>Témoin</i>		
	T0	T1	T2	T0	T1	T2
Effectifs	6	6	6	12	10	9
≤2 verres/j	2 33%	2 33%	2 33%	7 58%	9 90%	7 78%
>2 verres /j	1 17%	0 0%	0 0%	1 8%	0 0%	0 0%
non répondus	3 50%	4 67%	4 67%	4 33%	1 10%	2 22%

Tableau 6 : Connaissance des seuils de consommation à risque pour les **femmes** par les médecins dans les groupes *Intervention* et *Témoin* à T0, T1 et T2. Comparaison *Intervention/Témoin*, $p>0,05$

- *Evaluation de la consommation d'alcool par les questionnaires validés (Audit et FACE)*

A T1, 2 médecins ont répondu utiliser un questionnaire pour l'évaluation de la consommation d'alcool de leurs patients (*Intervention* 1/6, *Témoin* 1/10). Ils n'ont pas précisé quel questionnaire.

A T0 et T2, aucun médecin n'a répondu utiliser de questionnaire.

- *Diagnostic des troubles de l'usage alcool par l'utilisation des critères du DSM-5*

Le craving était recherché par 100% des médecins du groupe *Intervention* aux trois temps de l'étude et par 89 à 92% des médecins *Témoin*.

La quantité consommée ne fait pas partie des critères du DSM-5. Elle était néanmoins utilisée dans le diagnostic de l'addiction à l'alcool par les médecins.

Nous avons observé une différence statistiquement significative entre les deux groupes pour l'enquête T1, en faveur du groupe *Témoin* sur deux critères : la poursuite de la consommation malgré les dommages et la consommation dans les situations où cela peut être physiquement dangereux. Ces différences n'étaient pas retrouvées à T0 et à T2.

Le groupe *Intervention* s'améliorait sur la recherche de manifestations de sevrage et de la quantité consommée.

Les critères diagnostiques sont détaillés dans le Tableau 7.

	<i>Intervention</i>			<i>Témoin</i>		
	T0	T1	T2	T0	T1	T2
Effectifs	6	6	6	12	10	9
Echec tentatives d'arrêt/Rechute	5 83%	5 83%	5 83%	10 83%	8 80%	8 89%
Poursuite de la consommation alors que la personne reconnaît avoir un problème	6 100%	6 100%	6 100%	11 92%	10 100%	9 100%
Perte de contrôle	4 67%	4 67%	4 67%	12 100%	7 70%	6 67%
Craving	6 100%	6 100%	6 100%	11 92%	9 90%	8 89%
Poursuite malgré les dommages	5 83%	2* 33%*	4 67%	11 92%	9* 90%*	8 89%
Incapacité à remplir ses obligations	4 67%	4 67%	2 33%	8 67%	10 100%	7 78%
Usage dans des situations dangereuses	3 50%	1* 17%*	3 50%	7 58%	9* 90%*	6 67%
Tolérance	2 33%	1 17%	2 33%	8 67%	6 60%	6 67%
Sevrage	3 50%	4 67%	4 67%	10 83%	6 60%	8 89%
Quantité consommée	1 17%	2 33%	3 50%	8 67%	7 70%	6 67%

Tableau 7 : Recherche des critères diagnostiques du DSM-5 (+ recherche de la quantité consommée) par les médecins dans les groupes *Intervention* et *Témoin* à T0, T1 et T2. Comparaison *Intervention/Témoin*. * $p < 0,05$

- *Recherche de consommations associées*

67 à 100% des médecins recherchaient des consommations associées au premier rang desquelles le tabac et le cannabis puis la cocaïne, l'héroïne et les addictions comportementales. Elles sont détaillées dans le Tableau 8. Nous n'avons pas observé d'évolution à T1 et à T2.

	<i>Intervention</i>			<i>Témoin</i>		
	T0	T1	T2	T0	T1	T2
Effectifs	6	6	6	12	10	9
Tabac	6 100%	4 67%	5 83%	11 92%	8 80%	8 89%
Cannabis	5 83%	4 67%	4 67%	10 83%	8 80%	7 78%
Cocaïne	3 50%	3 50%	2 33%	6 50%	4 40%	6 67%
Héroïne	2 33%	3 50%	2 33%	4 33%	2 20%	4 44%
Addictions comportementales	1 17%	1 17%	1 17%	3 25%	3 30%	3 33%

Tableau 8 : Consommations associées recherchées par les médecins des groupes Intervention et Témoin aux temps T0, T1 et T2. Comparaison Intervention/Témoin, $p > 0,05$

- *Prise en charge des troubles de l'usage alcool au cabinet*

Aux 3 temps de l'étude, tous les médecins déclaraient prendre en charge les patients souffrant d'une addiction à l'alcool à leur cabinet.

Le nombre de médecins *Intervention* proposant des prises en charge à T1 et à T2 évoluait. Ils étaient notamment plus nombreux à proposer une aide à la gestion et au repérage du craving, contrairement aux *Témoins*. Le nombre de médecins *Intervention* pratiquant des interventions brèves augmentait également.

Les modes de prise en charge proposés par les médecins sont décrits dans le Tableau 9.

	<i>Intervention</i>			<i>Témoin</i>		
	T0	T1	T2	T0	T1	T2
Effectifs	6	6	6	12	10	9
Intervention brève	1 17%	3 50%	4 67%	2 17%	4 40%	3 33%
Soutien relationnel/motivationnel	6 100%	5 83%	4 67%	10 83%	8 80%	7 78%
Gestion et repérage du craving	2 33%	4 67%	4 67%	7 58%	6 60%	3 33%
Traitement anti-craving	5 83%	5 83%	5 83%	8 67%	8 80%	4 44%
Sevrage ambulatoire	1 17%	1 17%	2 33%	3 25%	6 60%	5 56%
Thérapie cognitivo- comportementale	0 0%	0 0%	2 33%	3 25%	4 40%	3 33%

Tableau 9 : Comparaison des modes de prise en charge des troubles de l'usage alcool au cabinet par les médecins des groupes Intervention et Témoin à T0, T1 et T2. Comparaison Intervention/Témoin, $p > 0,05$

- *Réalisation de sevrages ambulatoires*

37% des médecins déclaraient proposer des sevrages ambulatoires. Ils étaient 4 à T0 (*Intervention* 1/6, *Témoin* 3/12), 7 à T1 (*Intervention* 1/6, *Témoin* 6/10) et 7 à T2 (*Intervention* 2/6, *Témoin* 5/9).

- *Prescription de médicaments anti-craving dans les troubles de l'usage alcool*

Dans 78% des cas, les médecins déclaraient prescrire des traitements anti-craving. Ils se répartissaient selon le Tableau 10 ci-dessous, dans lequel on retrouve également les motifs de prescriptions et les molécules prescrites.

Le nombre de médecins *Intervention* prescrivant des traitements anti-craving (acamprosate et naltrexone) dans un objectif de réduction du craving augmentait après la formation.

	<i>Intervention</i>			<i>Témoin</i>		
	T0	T1	T2	T0	T1	T2
<i>Effectifs</i>	6	6	6	12	10	9
Médecins prescripteurs	5	5	5	10	7	6
	83%	83%	83%	83%	70%	67%
Motifs de prescription						
<i>Réduire le craving</i>	4	5	5	9	7	6
	67%	83%	83%	75%	70%	67%
<i>Réduire la consommation</i>	5	5	2	7	7	5
	83%	83%	33%	58%	70%	56%
<i>Maintenir l'abstinence</i>	2	1	2	2	5	3
	33%	17%	33%	17%	50%	33%
Molécule prescrite						
<i>Nalméfène</i>	4	4	4	8	5	5
	67%	67%	67%	67%	50%	56%
<i>Acamprosate</i>	3	5	5	8	5	6
	50%	83%	83%	67%	50%	67%
<i>Naltrexone</i>	2	4	4	3	2	1
	33%	67%	67%	25%	20%	11%
<i>Baclofène</i>	3	3	2	10	7	4
	50%	50%	33%	83%	70%	44%
<i>Disulfirame</i>	0	1	0	2	2	3
	0%	17%	0%	17%	20%	33%

Tableau 10 : Prescriptions de traitement anti-craving alcool par les médecins à T0, T1 et T2. Comparaison *Intervention/Témoin*. $p > 0,05$

- *Monitoring du craving au cours du suivi*

Le craving était monitoré au cours du suivi par 75 à 100% des médecins, comme l'indique le Tableau 11 ci-après.

	<i>Intervention</i>			<i>Témoin</i>		
	T0	T1	T2	T0	T1	T2
Effectifs	6	6	6	12	10	9
OUI	5	6	5	9	8	7
	83%	100%	83%	75%	80%	78%

Tableau 11 : Monitoring du craving au cours du suivi par les médecins des groupes Intervention et Témoin à T0, T1 et T2. Comparaison Intervention/Témoin, $p>0,05$

- *Prescription de passages infirmiers*

A T0 3/18 médecins (*Intervention* 1/6, *Témoin* 2/12) prescrivait des passages infirmiers à domicile dans le cadre de l'accompagnement des patients présentant une addiction à l'alcool. Ils étaient 5 à T1 (*Intervention* 3/6, *Témoin* 2/10) et 5 à T2 (*Intervention* 2/6, *Témoin* 3/9).

Les motifs de prescriptions détaillés dans le Tableau 12, s'élargissaient après la formation pour les médecins *Intervention*.

	<i>Intervention</i>			<i>Témoin</i>		
	T0	T1	T2	T0	T1	T2
Effectifs	6	6	6	12	10	9
Sevrage ambulatoire	0	0	1	1	0	1
	0%	0%	17%	8%	0%	17%
Administration du traitement	1	3	2	0	2	2
	17%	50%	33%	0%	20%	22%
Education thérapeutique Suivi du craving	1	4	2	1	2	0
	17%	67%	33%	8%	20%	0%

Tableau 12 : Motifs de prescription de passages infirmiers à domicile par les médecins des groupes Intervention et Témoin à T0, T1 et T2. Comparaison Intervention/Témoin, $p>0,05$

- *Fréquence des contacts avec les infirmiers et les pharmaciens dans le mois précédent*

Les contacts avec les infirmiers au sujet d'un patient présentant un trouble de l'usage alcool étaient peu fréquents dans le mois précédent T0 d'après les médecins : 67% des *Intervention* et 50% des *Témoins* n'avaient eu aucun contact.

Nous n'avons pas observé d'augmentation de la fréquence des contacts à T1 et à T2.

- *Organisation du suivi*

A T0, 12/18 médecins (*Intervention* 4/6, *Témoin* 8/12) déclaraient prévoir une consultation de suivi pour les patients présentant une addiction à l'alcool contre 5 qui laissaient l'initiative au patient (*Intervention* 1/6, *Témoin* 4/12).

A T1, ils étaient 11 (*Intervention* 6/6, *Témoin* 5/10) contre 4 (*Intervention* 0/6, *Témoin* 4/10).

A T2, ils étaient 12 (*Intervention* 5/6, *Témoin* 7/9) contre 2 (*Intervention* 0/6, *Témoin* 2/9).

- *Motifs d'orientation vers une consultation spécialisée en cours de suivi*

Tous les médecins ont répondu être amenés à orienter leurs patients présentant une addiction à l'alcool vers une consultation d'addictologie en cours de suivi. L'échec de prise en charge était un motif pour tous les médecins *Intervention* aux trois temps de l'étude. En revanche, le nombre de médecin adressant à un spécialiste en cas de polyaddictions baissait à T1 et à T2. Les *Intervention* étaient plus nombreux à adresser devant une rechute, une demande du patient, une demande l'entourage et une aggravation des dommages à T1 et à T2.

Nous avons observé quelques évolutions chez les *Témoins* : sur l'aggravation des dommages à T1 et à la demande de l'entourage à T2.

Nous avons observé une différence significative à T2, pour le motif « à la demande de l'entourage », cité par 100% des médecins *Témoin*.

Les motifs d'orientation sont décrits dans le Tableau 13.

	<i>Intervention</i>			<i>Témoin</i>		
	T0	T1	T2	T0	T1	T2
Effectifs	6	6	6	12	10	9
Jamais	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%
Polyaddictions	6 100%	4 67%	5 83%	6 50%	4 40%	3 33%
Echec de prise en charge	6 100%	6 100%	6 100%	9 75%	5 50%	8 89%
Rechute	4 67%	4 67%	5 83%	7 58%	6 60%	6 67%
A la demande du patient	5 83%	5 83%	6 100%	11 92%	6 60%	9 100%
A la demande de l'entourage	2 33%	3 50%	3 50%*	7 58%	6 60%	9 100%*
Aggravation des dommages	2 33%	4 67%	3 50%	4 33%	8 80%	5 56%
Systématiquement proposé	0 0%	0 0%	0 0%	1 8%	1 10%	1 11%
Par manque de temps	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	1 10%	0 0%

Tableau 13 : Motifs d'orientation des patients présentant une addiction à l'alcool vers une consultation d'addictologie par les médecins des groupes *Intervention* et *Témoin* à T0, T1 et T2. Comparaison *Intervention/Témoin*. *p<0,05

3.2.4 Résumé des résultats statistiquement significatifs pour les médecins

Effectifs	Intervention			Témoin		
	T0	T1	T2	T0	T1	T2
	6	6	6	12	10	9
<i>Critères de jugement secondaires</i>						
Critères diagnostiques DSM-5						
Poursuite malgré les dommages	5	2*	4	11	9*	8
	83%	33%*	67%	92%	90%*	89%
Usage dans des situations dangereuses	3	1*	3	7	9*	6
	50%	17%*	50%	58%	90%*	67%
Motifs d'orientation au cours du suivi						
A la demande de l'entourage	2	3	3*	7	6	9*
	33%	50%	50%*	58%	60%	100%*
<i>Critères complémentaires (présentés en annexe)</i>						
Evaluation par le bilan biologique :						
- CDT	1*	2	2	10*	8	7
	17%*	33%	33%	83%*	80%	78%

3.3 Résultats pour les pharmaciens

3.3.1 Etat des lieux des pratiques à T0

- *Formation préalable à l'étude*

Un unique pharmacien sur les 21 inclus à T0 avait reçu une formation en addictologie préalable à cette étude au cours de sa formation initiale.

- *Nombre de patients suivis*

La majorité des pharmaciens (17/21), suivaient des patients pour une addiction à l'alcool à T0. Le nombre de patients suivis est détaillé dans la Figure 15.

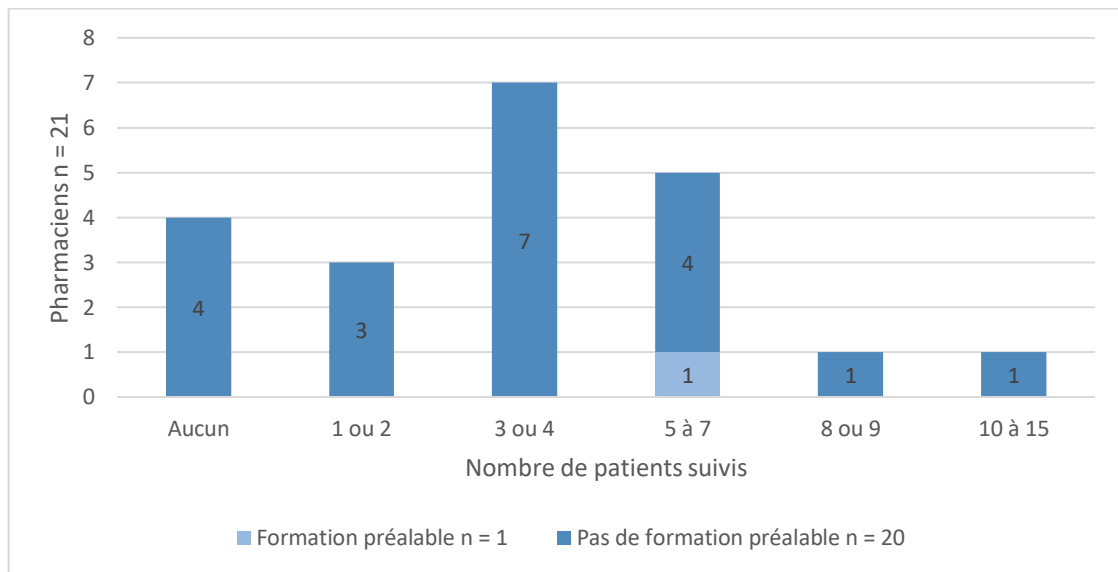


Figure 15 : Nombre de patients suivis par les pharmaciens à T0

- *Abord de la question de l'alcool*

5/21 pharmaciens n'abordaient jamais la question de l'alcool.

Pour les 16 autres pharmaciens, les situations les plus fréquentes étaient une interaction médicamenteuse possible et la grossesse. Les pharmaciens citaient ensuite les signes cliniques évocateurs, (au premier rang desquels les signes d'imprégnation aiguë ou chronique) et la polymédication. Les situations dans lesquelles ils abordaient l'alcool sont décrites dans la Figure 16.

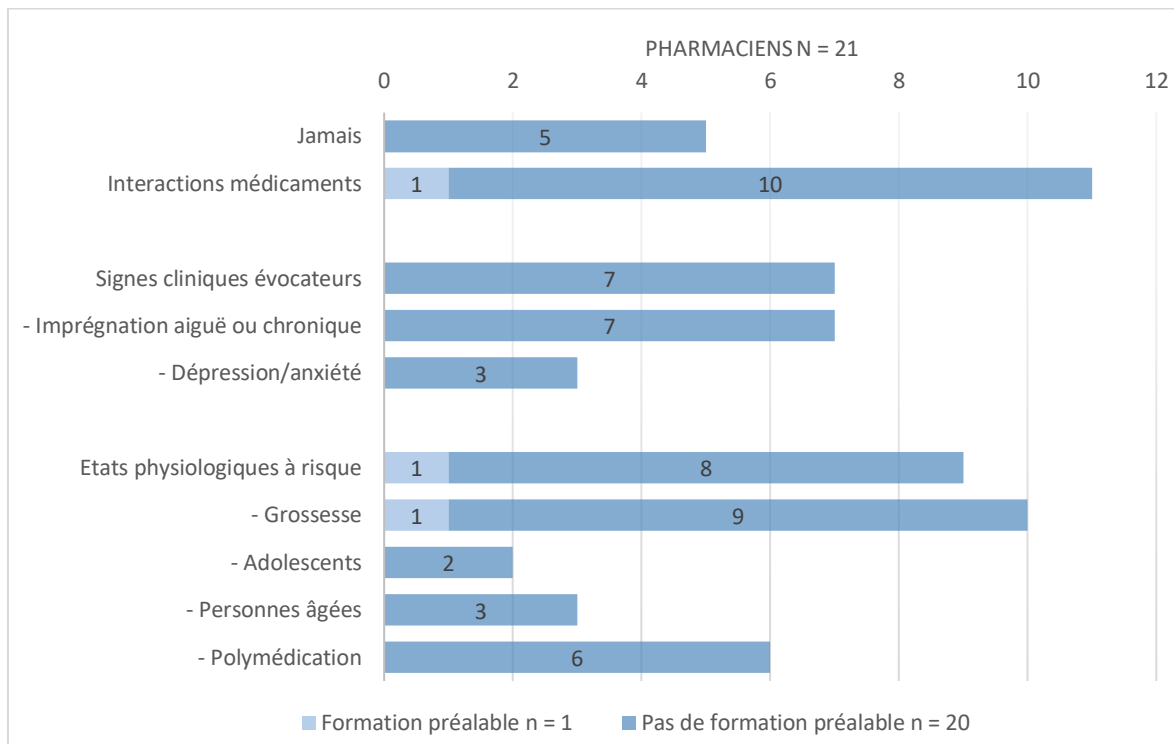


Figure 16 : Situations dans lesquelles les pharmaciens abordaient la consommation à T0

- *Freins à aborder la consommation d'alcool*

15/21 pharmaciens déclaraient ne pas aborder la consommation d'alcool avec leurs patients car cela pourrait les offenser.

Le manque de connaissance et de formation était un frein pour une majorité d'entre eux. Un tiers estimait que l'officine n'est pas un lieu adapté. La Figure 17 détaille les freins cités à T0.

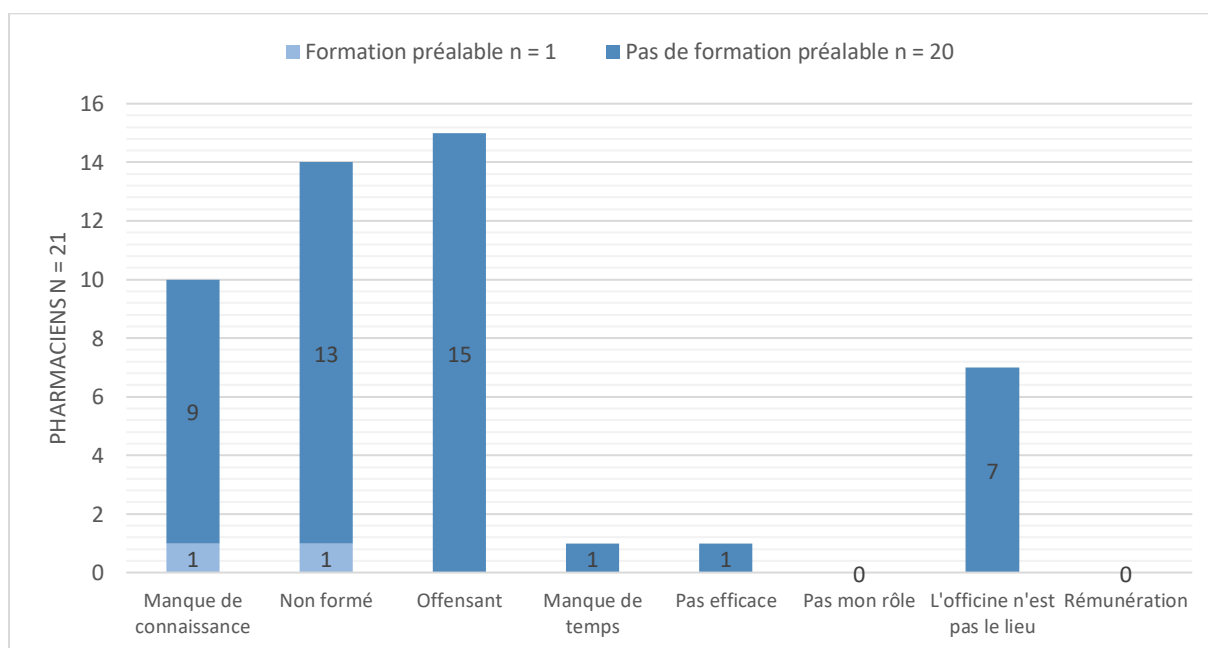


Figure 17 : Freins à aborder la consommation d'alcool par les pharmaciens à T0

- *Evaluation de la consommation d'alcool*

4/21 pharmaciens déclaraient ne pas évaluer la consommation d'alcool.

Parmi les 17 qui réalisaient une évaluation, une question ouverte était plus fréquemment utilisée. Un usage dysfonctionnel et une perte de contrôle étaient recherchés par 8 pharmaciens. La Figure 18 décrit les modes d'évaluation des pharmaciens à T0.

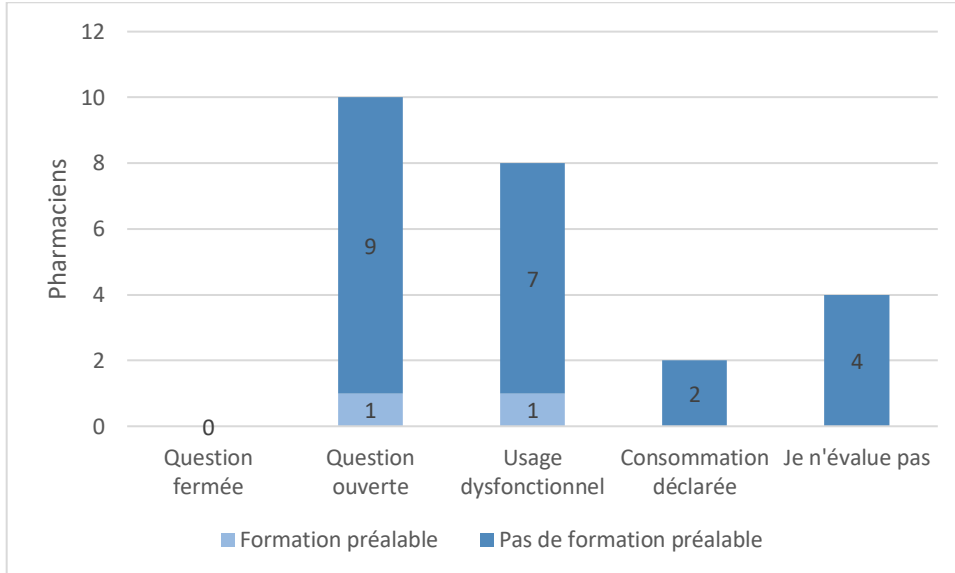


Figure 18 : Evaluation de la consommation d'alcool par les pharmaciens à T0

- *Connaissance des seuils de consommation d'alcool présentant un risque pour la santé*

Cette question était marquée par un faible taux de réponse.

Un seul pharmacien préalablement non formé a indiqué un seuil conforme avec les recommandations de l'OMS pour les hommes (≤ 3 verres/jour) et pour les femmes (≤ 2 verres/jour).

- *Evaluation de la consommation d'alcool par les questionnaires validés (Audit et FACE)*

Aucun pharmacien n'utilisait de questionnaire validé à T0.

- *Repérage des troubles de l'usage alcool par l'utilisation des critères du DSM-5*

Le craving était un critère diagnostique connu par 6/21 pharmaciens.

Deux critères étaient connus par la moitié des pharmaciens : l'échec des tentatives d'arrêt/rechutes répétées et la poursuite de la consommation alors que la personne reconnaît avoir un problème. Les autres critères étaient connus par un quart des pharmaciens ou moins.

Les critères diagnostiques utilisés par les pharmaciens sont décrits dans la Figure 19.

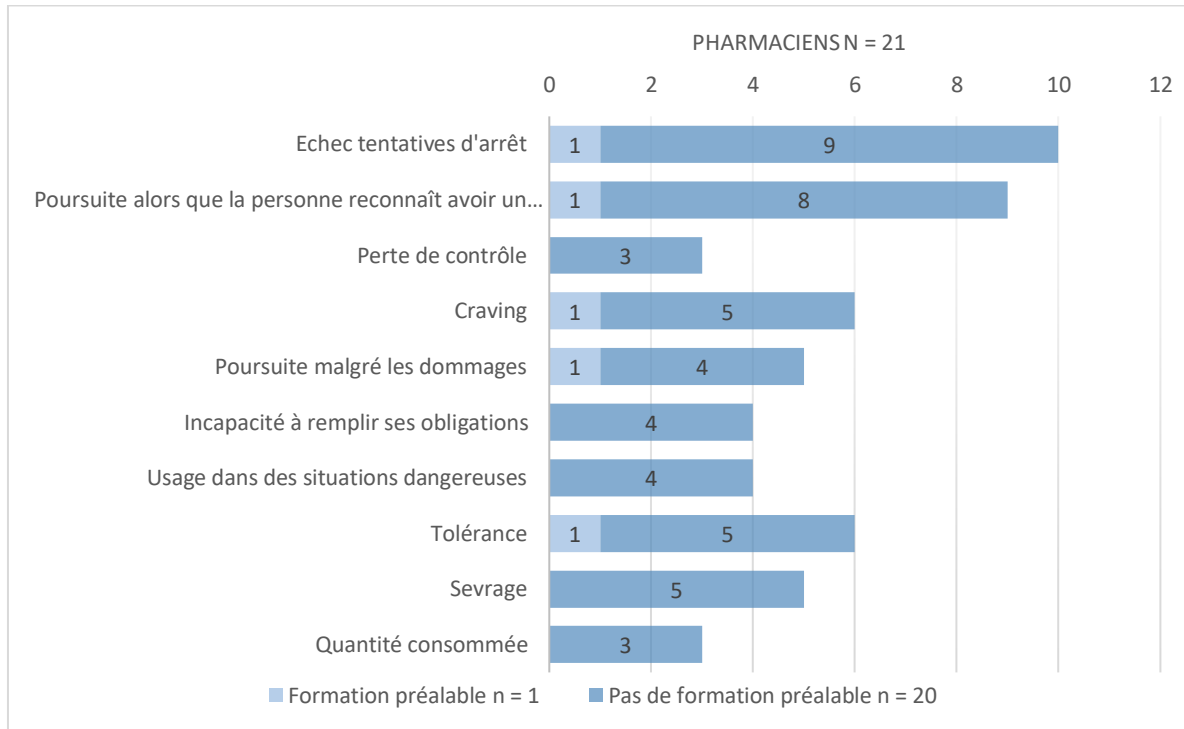


Figure 19 : Critères diagnostiques utilisés par les pharmaciens

- *Réalisation d'interventions brèves*

1 seul pharmacien déclarait proposer un conseil de modération type intervention brève, en l'absence d'addiction. Il n'avait pas reçu de formation préalable.

15 pharmaciens n'en proposaient pas. 5 pharmaciens n'ont pas répondu.

- *Prise en charge proposée*

Les pharmaciens proposaient en majorité (13/21) une orientation vers le médecin traitant du patient. A noter, l'aide au repérage et à la gestion du craving n'a été cochée par aucun pharmacien. Les prises en charges proposées sont détaillées dans la Figure 20.

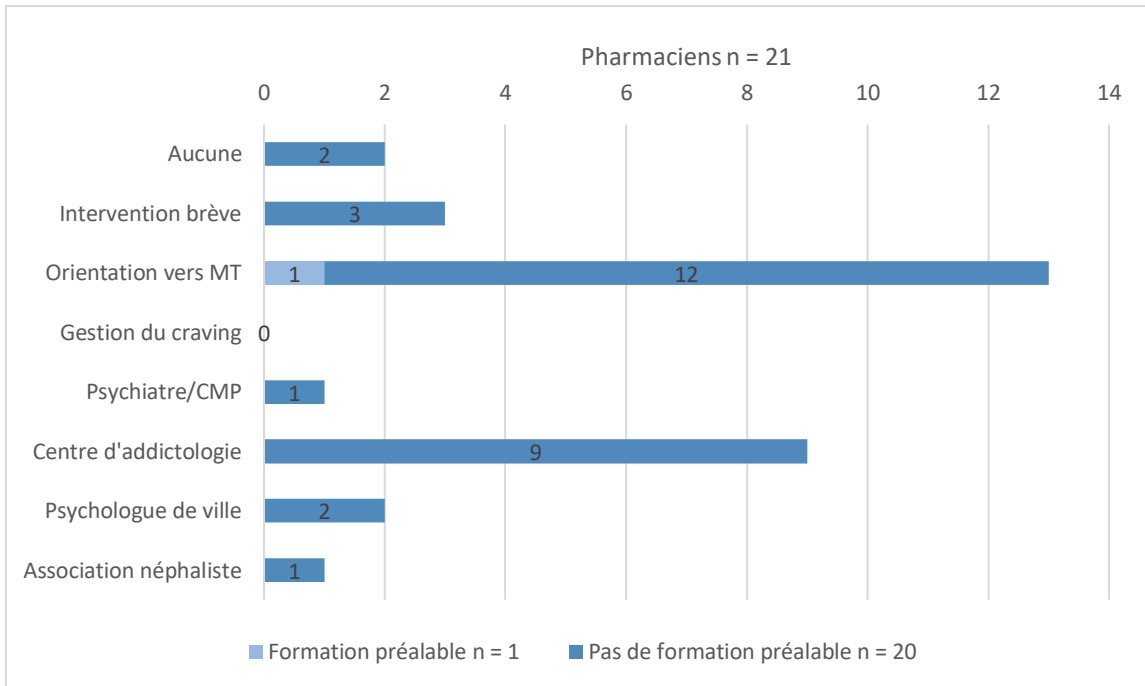


Figure 20 : Prise en charge proposée par les pharmaciens à T0

- *Connaissance des médicaments anti-craving*

Les traitements anti-craving alcool étaient connus par la majorité des pharmaciens, comme le montre la Figure 21.

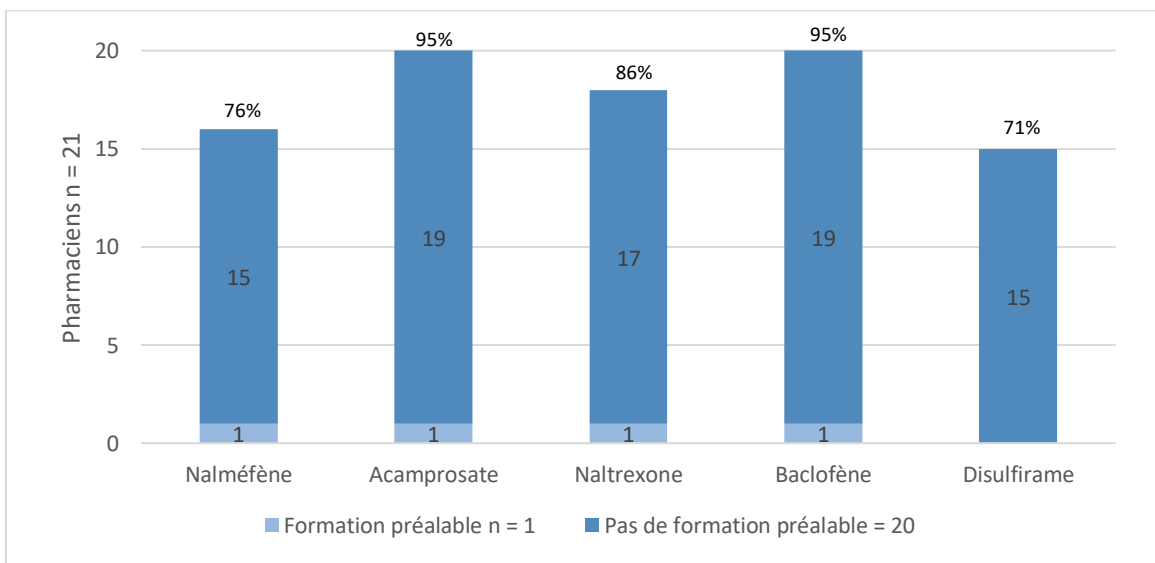


Figure 21 : Connaissance des traitements anti-craving alcool par les pharmaciens à T0 (% des pharmaciens à T0)

- *Nombre de boîtes de médicaments délivrées en officine*

Nous avons demandé aux pharmaciens le nombre de boîtes de chaque molécule délivrées dans leur officine dans le mois précédent l'enquête. Les chiffres cités dans la Figure 22 ci-dessous sont les moyennes des réponses données par les 21 pharmaciens, concernant 11 pharmacies. Tous les participants ont répondu à cette question.

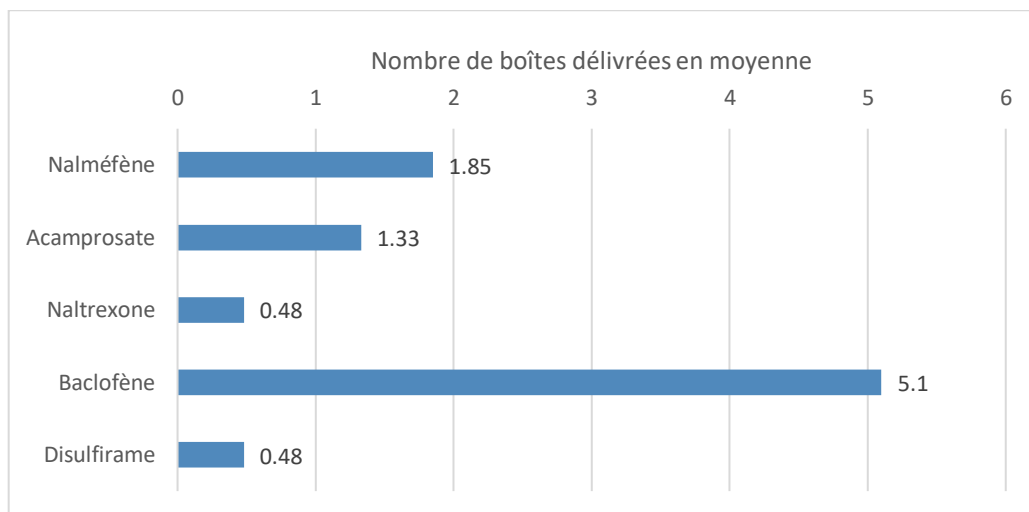


Figure 22 : Nombre moyen de boîtes de médicaments délivrées par pharmacie le mois précédent l'enquête T0

- *Recours au médecin traitant au début ou en cours de suivi d'un trouble de l'usage alcool*

- *Fréquence des contacts le mois précédent l'enquête*

Aucun pharmacien n'avait été en contact avec un médecin au sujet d'un patient présentant une addiction à l'alcool, le mois précédent l'enquête T0.

- *Motifs des contacts pharmacien -> médecin traitant*

6/21 pharmaciens déclaraient ne jamais contacter les médecins au sujet de patients présentant une addiction à l'alcool. La moitié (12/21) contactaient les médecins en cas d'interactions médicamenteuses. Lors du repérage d'une addiction, ils étaient 5/21 à contacter les médecins.

Les motifs sont détaillés en annexe.

- *Motifs des contacts médecin traitant -> pharmacien*

2/21 pharmaciens à T0 déclaraient être contactés par les médecins dans des cas de mésusage du traitement.

Les 19 autres déclaraient ne jamais être contactés par les médecins au sujet de patients présentant une addiction à l'alcool.

3.3.2 Comparaison des groupes *Formation préalable* et *Pas de formation préalable* à T0

Il n'était pas possible de comparer ces deux groupes. En effet, le groupe *Formation préalable* se composait d'un unique participant qui a ensuite rejoint le groupe *Témoin*.

3.3.3 Comparaison des groupes *Intervention* et *Témoin* à T0, T1 et T2

- *Nombre de patients suivis pour une addiction à l'alcool*

Le Tableau 14 ci-dessous détaille le nombre de patients suivis par les pharmaciens aux trois temps de l'étude.

	<i>Intervention</i>			<i>Témoin</i>		
	T0	T1	T2	T0	T1	T2
Effectifs	9	7	7	12	11	11
Aucun	3	2	2	1	1	0
1-2 patients	0	1	1	3	1	2
3-4 patients	3	1	0	4	6	5
5-7 patients	2	2	2	4	1	3
8-9 patients	0	0	2	0	2	0
10-15 patients	1	1	0	0	0	1
>15 patients	0	0	0	0	0	0

Tableau 14 : Nombre de patients suivis pour une addiction à l'alcool par les pharmaciens des groupes *Intervention* et *Témoin* à T0, T1 et T2. Comparaison *Intervention/Témoin*, $p > 0,05$

Comme pour les médecins, nous avons comparé les valeurs « aucun patient » et « ≥ 1 patient ». Nous n'avons pas observé de différence statistiquement significative. Les comparaisons réalisées sont décrites dans le Tableau 15.

	<i>Intervention</i>			<i>Témoin</i>		
	T0	T1	T2	T0	T1	T2
Effectifs	9	7	7	12	11	11
0 patient	3	2	2	1	1	0
	33%	29%	29%	8%	9%	0%
≥ 1 patient	6	5	5	11	10	11
	67%	71%	71%	92%	91%	100%

Tableau 15 : Nombre de patients suivis par les pharmaciens des groupes *Intervention* et *Témoin* à T0, T1 et T2. Comparaison *Intervention/Témoin*. $p > 0,05$

- *Abord de la question de l'alcool*

Aucun pharmacien n'abordait la question de l'alcool de manière systématique

Le plus fréquemment, la consommation d'alcool était abordée devant des interactions médicamenteuses, puis des états physiologiques à risque, au premier rang desquels la grossesse. Les pharmaciens *Intervention* étaient plus nombreux à aborder l'alcool devant des signes cliniques évocateurs et dans certains états physiologiques à risque (grossesse et adolescents) après la formation.

Les situations dans lesquelles ils abordaient l'alcool sont détaillées dans le Tableau 16.

	<i>Intervention</i>			<i>Témoin</i>		
	T0	T1	T2	T0	T1	T2
Effectifs	9	7	7	12	11	11
Jamais	2 22%	0 0%	0 0%	3 25%	3 27%	4 36%
Systématique	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%
Signes cliniques évocateurs	2 22%	3 43%	4 57%	5 42%	6 55%	5 45%
- Imprégnation aiguë ou chronique	2 22%	3 43%	3 43%	5 42%	6 55%	3 27%
- Dépression/anxiété	2 22%	2 29%	0 0%	1 8%	0 0%	2 18%
- Troubles du sommeil	0 0%	1 14%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%
- Troubles digestifs	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	1 9%	2 18%
Interaction médicamenteuse	5 56%	5 71%	4 57%	6 50%	6 55%	6 55%
Etat physiologique à risque	4 44%	7 100%	5 71%	5 42%	7 64%	7 64%
- Grossesse	4 44%	4 57%	5 71%	6 50%	7 64%	5 45%
- Adolescents	0 0%	1 14%	3 43%	2 17%	3 27%	4 36%
- Personnes âgées	0 0%	0 0%	1 14%	3 25%	2 18%	3 27%
- Polymédication	3 33%	3 43%	2 29%	3 25%	3 27%	3 27%

Tableau 16 : Abord de la consommation d'alcool par les pharmaciens des groupes *Intervention* et *Témoin* à T0, T1 et T2. Comparaison *Intervention/Témoin*, $p>0,05$

- *Connaissance des seuils de consommation d'alcool présentant un risque pour la santé*

A T0, un seul pharmacien a répondu à la question des seuils de consommation d'alcool à risque pour la santé chez les hommes et chez les femmes. Il a cité correctement les seuils recommandés par l'OMS.

3 pharmaciens ont répondu à T1 et un pharmacien à T2 : leurs réponses étaient supérieures aux seuils recommandés.

- *Evaluation de la consommation d'alcool par les questionnaires validés (Audit et FACE)*

A T0, aucun pharmacien n'utilisait de questionnaire validé pour évaluer la consommation d'alcool de leurs patients.

Un pharmacien du groupe *Intervention* utilisait le questionnaire AUDIT à T1 et à T2.

- *Repérage des troubles de l'usage alcool par l'utilisation des critères du DSM-5*

La connaissance des critères de diagnostic permettant d'évoquer un trouble de l'usage alcool s'améliorait pour les pharmaciens *Intervention* après la formation, notamment sur le craving et la perte de contrôle

On retrouvait une différence statistiquement significative à T2 sur la recherche d'une perte de contrôle en faveur des pharmaciens du groupe *Intervention* par rapport au groupe *Témoin*.

Les critères employés aux trois temps de l'étude sont décrits dans le Tableau 17.

	<i>Intervention</i>			<i>Témoin</i>		
	T0	T1	T2	T0	T1	T2
Effectifs	9	7	7	12	11	11
Echec tentatives d'arrêt/Rechutes	3	5	3	7	6	4
	33%	71%	43%	58%	55%	36%
Poursuite de la consommation alors que la personne reconnaît avoir un problème	3	3	3	6	4	8
	33%	43%	43%	50%	36%	73%
Perte de contrôle	1	5	5*	2	3	2*
	11%	71%	71%*	17%	27%	18%*
Craving	1	5	4	5	4	2
	11%	71%	57%	42%	36%	18%
Poursuite malgré les dommages	1	2	4	4	2	5
	11%	29%	57%	33%	18%	45%
Incapacité à remplir ses obligations	1	5	2	3	5	4
	11%	71%	29%	25%	45%	36%
Usage dans des situations dangereuses	1	3	2	3	3	4
	11%	43%	29%	25%	27%	36%
Tolérance	1	0	1	5	2	6
	11%	0%	14%	42%	18%	55%
Sevrage	2	2	1	3	2	3
	22%	29%	14%	25%	18%	27%
Quantité consommée	1	0	0	2	2	3
	11%	0%	0%	17%	18%	27%

Tableau 17 : Critères utilisés pour le repérage de l'addiction à l'alcool par les pharmaciens des groupes *Intervention* et *Témoin* à T0, T1 et T2. Comparaison *Intervention/Témoin*. * $p < 0,05$

- *Réalisation d'interventions brèves*

Nous n'avons pas observé d'augmentation du nombre de pharmaciens réalisant des interventions brèves chez les usagers à risque à T1 et à T2, comme le montre le Tableau 18.

	<i>Intervention</i>			<i>Témoin</i>		
	T0	T1	T2	T0	T1	T2
Effectifs	9	7	7	12	11	11
OUI	1 11%	2 29%	1 14%	0 0%	1 9%	1 9%

Tableau 18 : Réalisation d'interventions brèves auprès des patients présentant une consommation d'alcool à risque, par les pharmaciens des groupes Intervention et Témoin à T0, T1 et T2. Comparaison Intervention/Témoin, $p > 0,05$

- *Prise en charge proposée lors du repérage d'une addiction à l'alcool*

Les pharmaciens *Intervention* étaient plus nombreux à proposer une prise en charge après la formation. Ils orientaient plus vers le médecin traitant, rattrapant les *Témoins* à T1 et T2, et vers le psychiatre avec une différence statistiquement significative à T1.

Bien que non recommandée en cas d'addiction, les *Intervention* étaient plus nombreux à proposer des interventions brèves à leurs patients. Il existait une différence significative avec les *Témoins* à T1. Un pharmacien *Intervention* a intégré l'aide à la gestion et au repérage du craving suite à la formation.

Le Tableau 19 détaille les prises en charge proposées par les pharmaciens.

	<i>Intervention</i>			<i>Témoin</i>		
	T0	T1	T2	T0	T1	T2
Effectifs	9	7	7	12	11	11
Aucune	2 22%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	4 36%
Intervention brève	2 22%	4* 57%*	3 43%	1 8%	1* 9%*	3 27%
Gestion et repérage du craving	0 0%	1 14%	1 14%	0 0%	1 9%	0 0%
Orientation vers médecin traitant	2* 22%*	5 71%	5 71%	11* 92%*	7 64%	8 73%
Orientation vers						
-Psychiatre/CMP	1 11%	3* 43%*	0 0%	0 0%	0* 0%*	0 0%
-Centre d'addictologie	4 44%	5 71%	3 43%	5 42%	4 36%	6 55%
-Service d'hépatologie	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%
-Psychologue de ville	1 11%	0 0%	1 14%	1 8%	0 0%	0 0%
-Association néphaliste	0 0%	1 14%	0 0%	1 8%	2 18%	3 27%

Tableau 19 : Prise en charge proposée par les pharmaciens lors du repérage d'une addiction à l'alcool, à T0, T1 et T2. Comparaison Intervention/Témoin. * $p < 0,05$

- *Connaissance des médicaments anti-craving*

Les traitements pharmacologiques étaient bien connus des pharmaciens aux trois temps de l'étude. Ils sont décrits dans le Tableau 20.

Les pharmaciens *Intervention* associaient moins le disulfirame à un traitement anti-craving que les *Témoins* suite à la formation : nous avons observé une différence significative entre les deux groupes à T2. Cette différence n'existait pas à T0 et à T1.

	<i>Intervention</i>			<i>Témoin</i>		
	T0	T1	T2	T0	T1	T2
Effectifs	9	7	7	12	11	11
Nalméfène	6	5	5	10	9	10
	67%	71%	71%	83%	82%	91%
Acamprosate	8	7	7	12	10	11
	89%	100%	100%	100%	91%	100%
Naltrexone	9	7	7	9	9	8
	100%	100%	100%	75%	82%	73%
Baclofène	8	7	7	12	10	11
	89%	100%	100%	100%	91%	100%
Disulfirame	6	5	4*	9	8	11*
	67%	71%	57%*	75%	73%	100%*

Tableau 20 : Connaissance des médicaments anti-craving alcool par les pharmaciens des groupe *Intervention* et *Témoin* à T0, T1 et T2. Comparaison *Intervention/Témoin*. * $p < 0,05$

- *Nombre de boîtes de médicaments délivrées en officine*

Nous avons observé une augmentation du nombre de boîte de nalméfène, d'acamprosate, de naltrexone et de baclofène délivrées à T1 et à T2 dans le groupe *Intervention*. Cette augmentation n'était pas interprétable. En effet, ces moyennes ont été calculées à partir d'effectifs réduits et n'ont pas pu faire l'objet de tests statistiques.

Le Tableau 21 détaille le nombre de boîtes délivrées au cours de l'étude.

	<i>Intervention</i>			<i>Témoin</i>		
	T0	T1	T2	T0	T1	T2
Effectifs						
Nalméfène	1,55	2,29	2,71	2,08	2,18	1,82
Acamprosate	0,56	0,57	2	1,92	1,73	1,82
Naltrexone	0,11	1,14	0,86	0,75	1	1
Baclofène	3,67	9,29	13,57	6,16	4,91	7,91
Disulfirame	0,44	0,29	0,06	0,5	0,09	0

Tableau 21 : Nombre moyen de boîtes délivrées pour chaque molécule le mois précédent l'enquête par les pharmaciens des groupes *Intervention* et *Témoin* à T0, T1 et T2.

- *Motifs et recours au médecin traitant au début ou en cours de suivi d'un trouble de l'usage alcool*

Les pharmaciens ont été en contact avec le médecin traitant au sujet d'un patient présentant une addiction à l'alcool, pour 3 d'entre eux à T1 (*Intervention* 1/7, *Témoin* 2/11). Aucun pharmacien n'avait eu de contact avec un médecin traitant à T0 et à T2.

3.3.4 Résumé des résultats statistiquement significatifs pour les pharmaciens

	<i>Intervention</i>			<i>Témoin</i>		
	T0	T1	T2	T0	T1	T2
Effectifs	9	7	7	12	11	11
<i>Critères de jugement secondaires</i>						
Critères DSM-5						
<i>Perte de contrôle</i>	1	5	5*	2	3	2*
	11%	71%	71%*	17%	27%	18%*
Connaissance médicaments anti-craving						
<i>Disulfirame</i>	6	5	4*	9	8	11*
	67%	71%	57%*	75%	73%	100%*
Prise en charge proposée						
<i>Intervention brève</i>	2	4*	3	1	1*	3
	22%	57%*	43%	8%	9%*	27%
<i>Orientation médecin traitant</i>	2*	5	5	11*	7	8
	22%*	71%	71%	92%*	64%	73%
<i>Orientation vers psychiatre</i>	1	3*	0	0	0*	0
	11%	43%*	0%	0%	0%*	0%
<i>Critères complémentaires (présentés en annexe)</i>						
Evaluation de la consommation d'alcool						
<i>Usage dysfonctionnel, perte de contrôle</i>	2	5*	5	6	2*	5
	22%	71%*	71%	50%	18%*	45%

3.4 Résultats pour les infirmiers libéraux

3.4.1 Etat des lieux des pratiques à T0

- *Formation préalable à l'étude*

Sur les 43 infirmiers inclus, 9 (21%) avaient reçu une formation en addictologie préalable à cette étude, 32 (74%) n'en avaient pas reçu. Deux infirmiers n'ont pas répondu à cette question. Leurs réponses seront présentées dans le groupe « Statut inconnu ».

- *Nombre de patients suivis sur prescription médicale pour une addiction à l'alcool*

A T0, 13/43 infirmiers suivaient des patients pour une addiction à l'alcool sur prescription médicale. Le nombre de patients suivis à T0 est décrit dans la Figure 23.

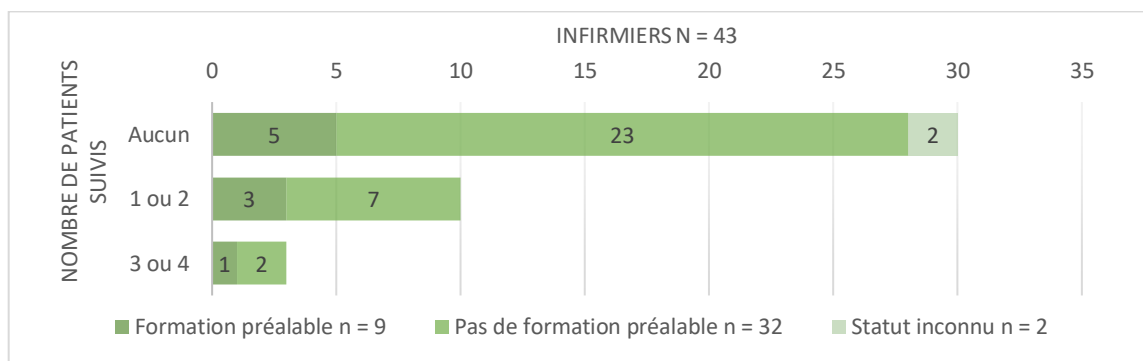


Figure 23 : Nombre de patients suivis par les IDE à T0

- *Motifs de suivi sur prescription médicale*

Parmi les 13 infirmiers suivant des patients sur prescription médicale à T0, les motifs de prise en charge détaillés dans la Figure 24, étaient :

- Suivi de sevrage ambulatoire (7/43),
- Administration des traitements anti-craving alcool (9/43),
- Education thérapeutique, suivi de l'observance et du craving (5/43).

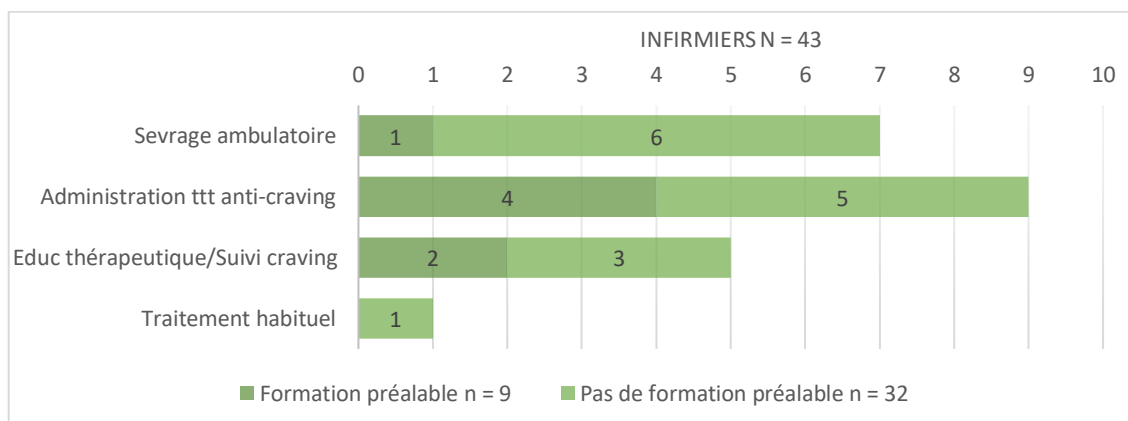


Figure 24 : Motifs de suivi sur prescription médicale par les infirmiers à T0

- *Abord de la question de l'alcool avec les patients*

La majorité des infirmiers (27/43) abordaient la question de l'alcool devant des signes cliniques évocateurs, dont en premier lieu, les signes d'imprégnation aiguë ou chronique.

Les autres circonstances les plus courantes étaient, des éléments du domicile évocateurs d'une consommation, une alerte de l'entourage et des dommages physiques, psychologiques ou sociaux. La Figure 25 les décrit.

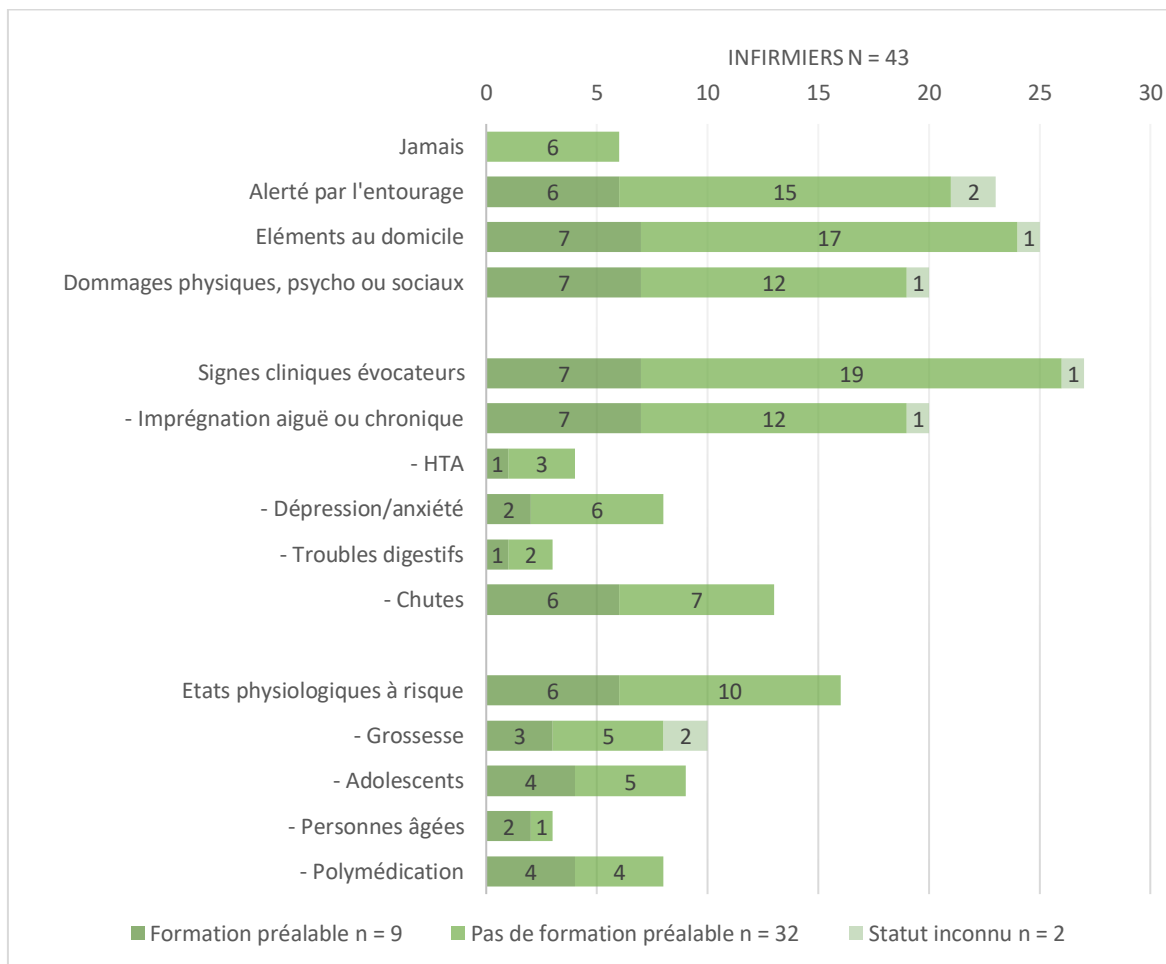


Figure 25 : Situations dans lesquelles les IDE abordaient la consommation d'alcool à T0

- *Freins à aborder la consommation d'alcool*

Le frein le plus fréquent était le risque d'offenser le patient (32/43). Les infirmiers citaient ensuite le manque de connaissance (18/43) et de formation (13/43) et le manque de temps (12/43). Le déni du patient et le tabou autour de l'alcool ont été cités une fois chacun en texte libre. Les freins sont décrits dans la Figure 26.

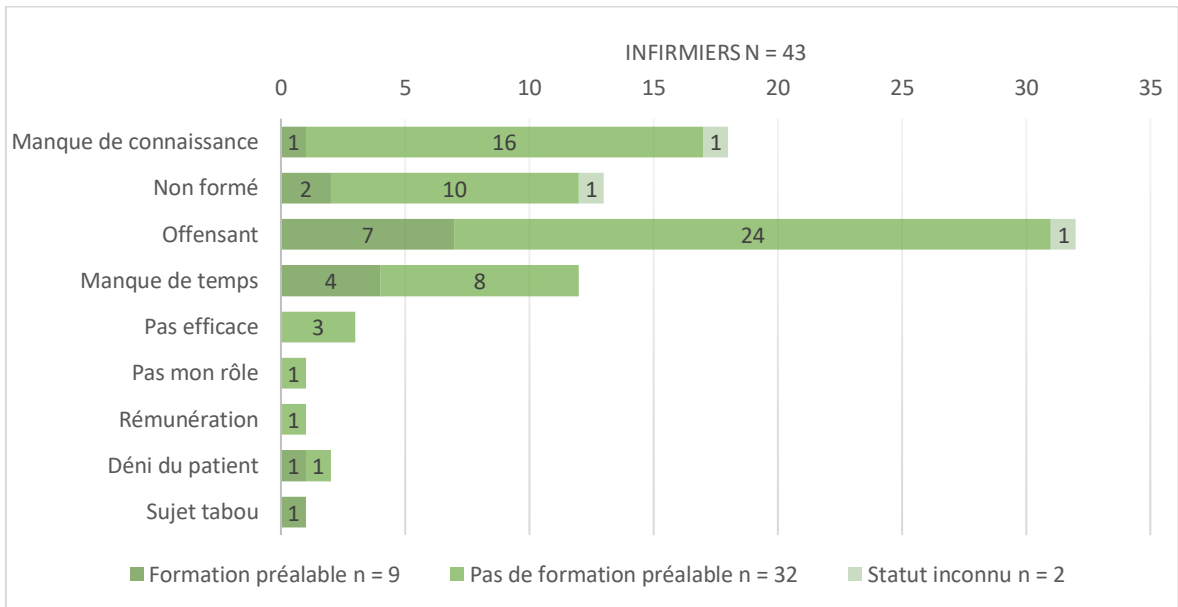


Figure 26 : Freins à aborder la consommation d'alcool pour les IDE à T0

- *Evaluation de la consommation d'alcool*

Les infirmiers évaluaient la consommation d'alcool principalement par le biais des manifestations d'une consommation aiguë (34/43) ou chronique (25/43).

Ils évaluaient moins souvent par l'interrogatoire. Une question ouverte était employée par la moitié des IDE (21/43). La recherche d'un usage dysfonctionnel ou d'une perte de contrôle était peu fréquente (5/43). La Figure 27 décrit les modes d'évaluation.

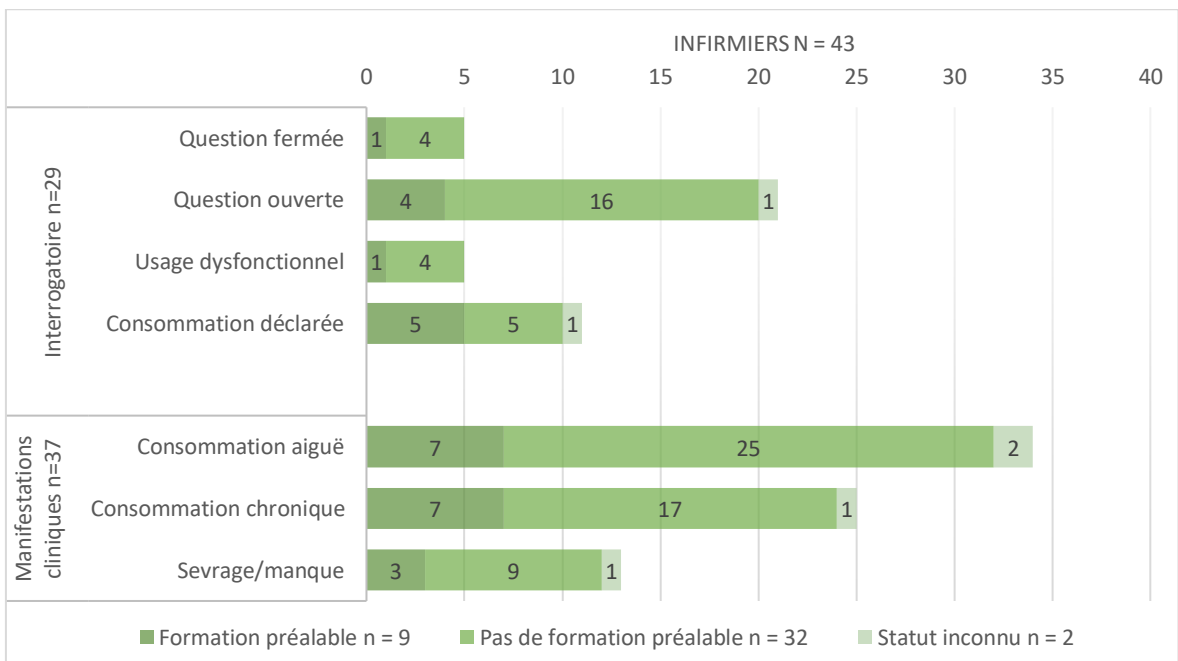


Figure 27 : Evaluation de la consommation d'alcool par les IDE à T0

- *Connaissance des seuils de consommation d'alcool à risque élevé pour la santé*

La majorité des infirmiers (33/43) n'ont pas répondu à la question.

Parmi les 10 répondants, 7 (5/9 formés, 2/32 non formés) citaient correctement les seuils masculins et 6 (4/9 formés, 2/32 non formés) les seuils féminins recommandés par l'OMS.

- *Evaluation de la consommation d'alcool par les questionnaires validés (Audit et FACE)*

Aucun infirmier n'utilisait de questionnaire validé pour l'évaluation de la consommation d'alcool à T0.

- *Repérage des troubles de l'usage alcool par l'utilisation des critères du DSM-5 et notamment, par l'existence d'un craving*

Le craving était recherché par 15/43 infirmiers.

Deux critères étaient recherchés par la moitié des infirmiers : la poursuite de la consommation alors que la personne reconnaît avoir un problème et l'incapacité à remplir ses obligations. Les autres critères étaient recherchés par moins de 50% des infirmiers. Ils sont détaillés dans la Figure 28.

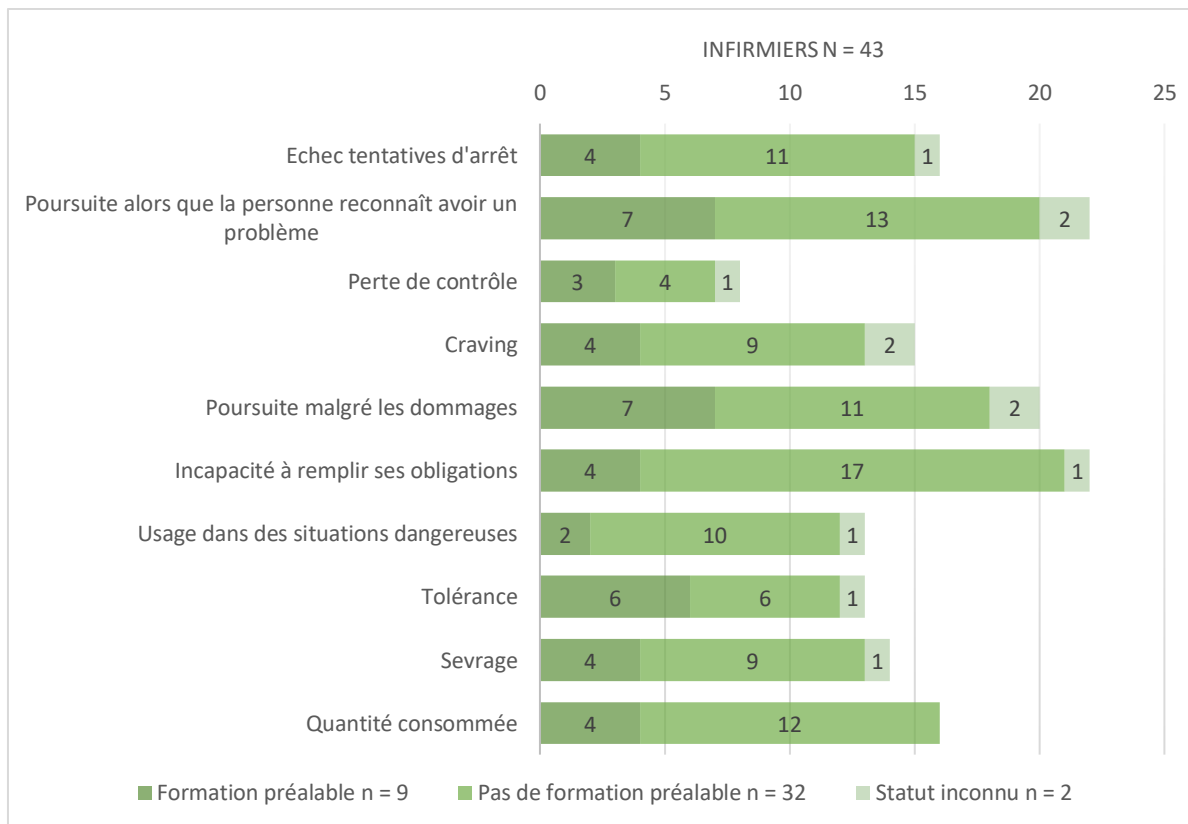


Figure 28 : Critères diagnostiques utilisés par les infirmiers à T0

- *Réalisation d'interventions brèves*

8/43 (19%) infirmiers proposaient des conseils de modération type intervention brève, en l'absence d'addiction, 2/9 préalablement formés et 6/32 non formés.

- *Prise en charge proposée en cas d'addiction*

A 81%, les infirmiers orientaient les patients présentant une addiction à l'alcool vers leur médecin traitant (35/43). Ils étaient la moitié (21/43) à proposer un soutien relationnel ou motivationnel.

La Figure 29 décrit les prises en charge proposées.

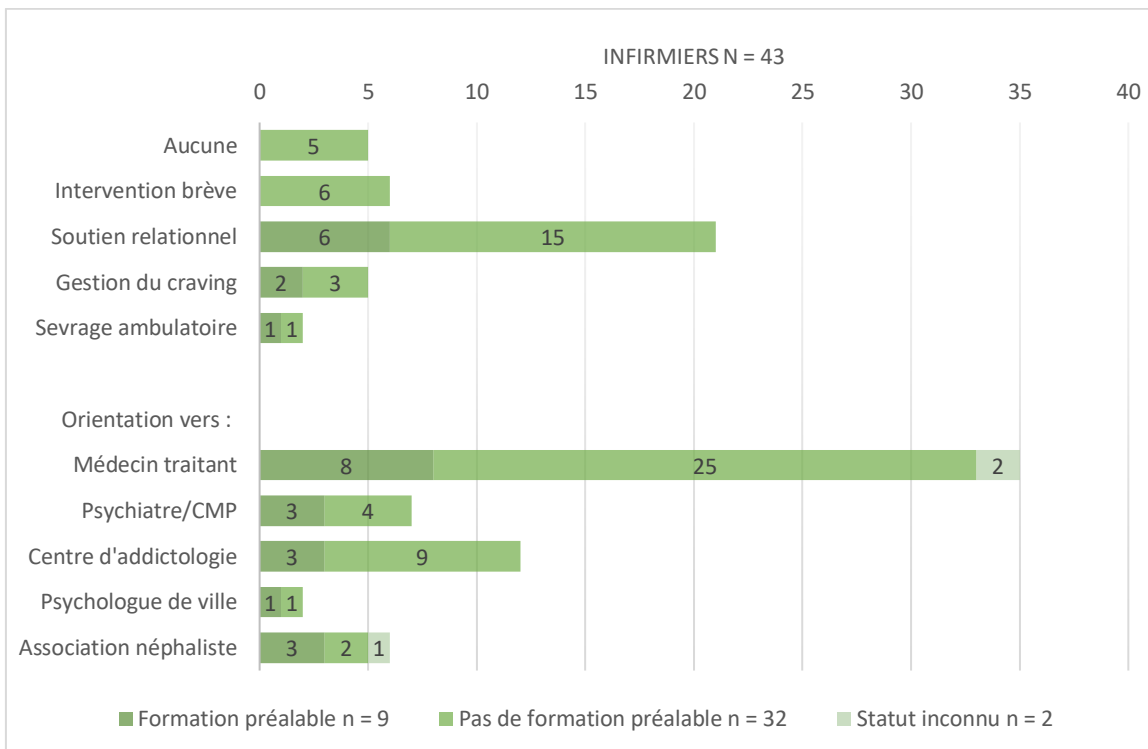


Figure 29 : Prise en charge proposée en cas d'addiction à l'alcool par les infirmiers à T0

- *Recours au médecin traitant lors du repérage d'une addiction à l'alcool*

30/43 (70%) infirmiers déclaraient contacter le médecin traitant lorsqu'ils repéraient une addiction à l'alcool, 8/9 préalablement formés, 20/32 non formés et deux infirmiers de statut inconnu.

- *Connaissance des médicaments anti-craving*

La baclofène était connu comme médicament anti-craving par 28/43 infirmiers, soit 65%. Les autres molécules étaient connues par moins d'un tiers des infirmiers, comme nous le voyons dans la Figure 30.

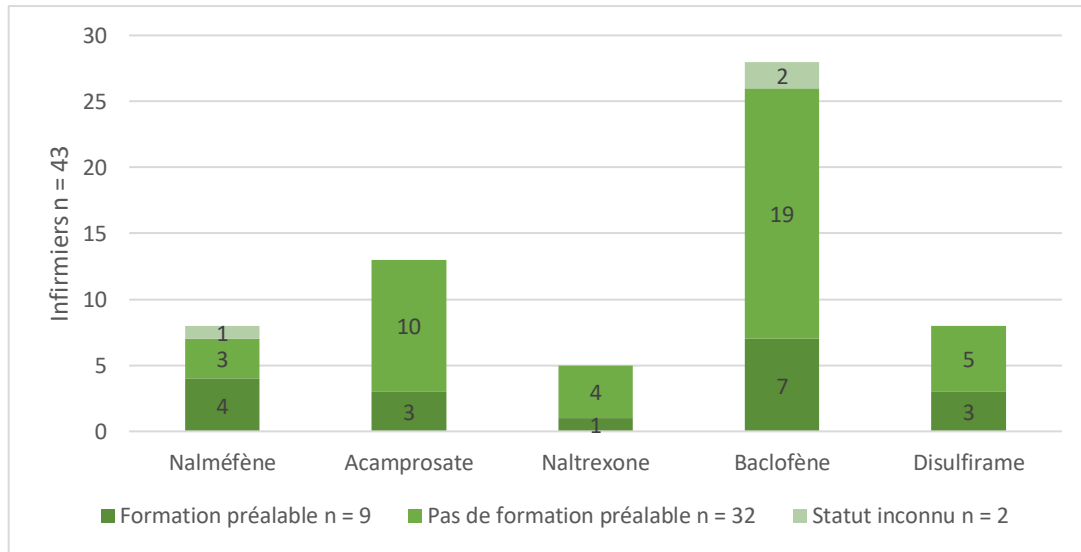


Figure 30 : Connaissance des médicaments anti-craving par les infirmiers à T0

- *Contacts avec le médecin traitant au cours du suivi d'une addiction à l'alcool*

- Fréquence des contacts le mois précédent l'enquête

2 IDE n'ont pas répondu à cette question.

La majorité des infirmiers (27/43) déclaraient ne pas avoir été en contact avec le médecin traitant d'un patient au sujet d'une addiction à l'alcool, dans le mois précédent l'enquête T0.

La Figure 31 décrit la fréquence des contacts avec les médecins.

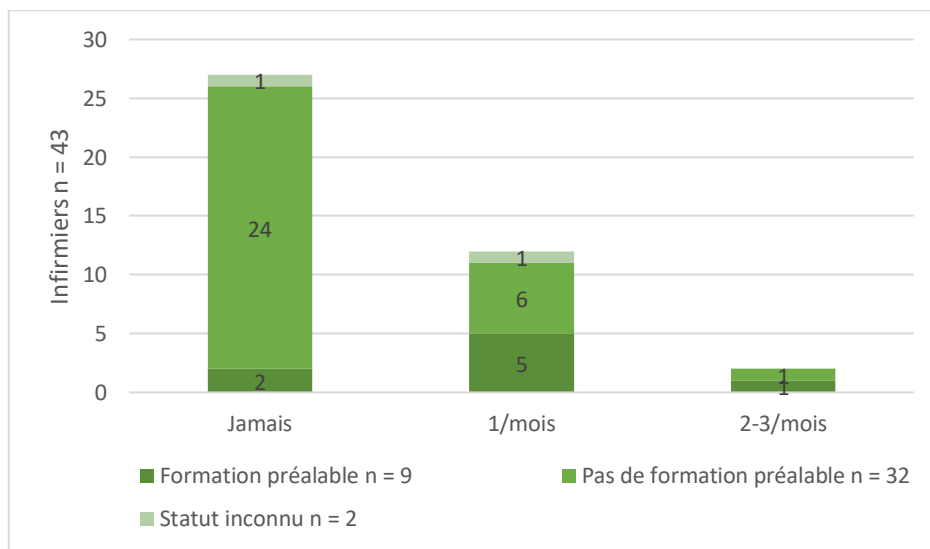


Figure 31 : Fréquence des contacts avec le médecin au sujet d'un patient présentant une addiction à l'alcool dans le mois précédent l'enquête T0

○ Motifs des contacts IDE -> médecin traitant

Tous les infirmiers déclaraient contacter le médecin traitant d'un patient en cours de suivi d'une addiction à l'alcool. Ils contactaient les médecins devant une décompensation physique ou psychologique (23/43), une mauvaise observance du traitement (22/43) ou une rechute (16/43). Le non-contrôle du craving était un motif pour contacter le médecin pour 9/43 infirmiers. Les motifs de ces contacts sont détaillés dans la Figure 32.

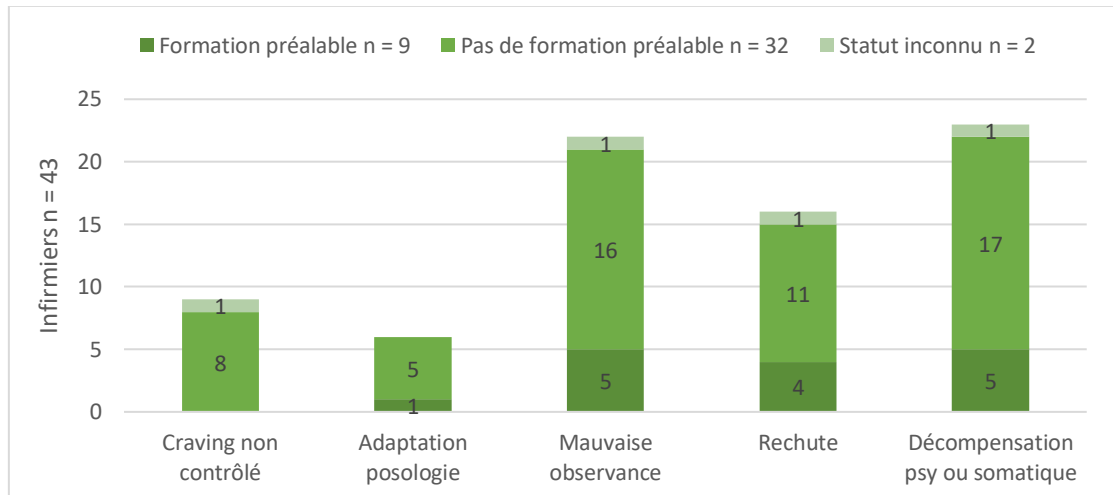


Figure 32 : Situations dans lesquelles les IDE contactaient les médecins au cours de la prise en charge d'une addiction à l'alcool, à T0

○ Motifs des contacts médecin traitant -> IDE

7/43 infirmiers déclaraient n'être jamais contactés par les médecins traitants au cours du suivi de patients pour une addiction à l'alcool.

Pour les 36 autres, les motifs les plus fréquents étaient pour obtenir des renseignements sur l'évolution clinique (13/43), sur la qualité de l'observance (11/43) et pour les adaptations posologiques (13/43). La gestion du craving était rarement citée. La Figure 33 décrit les motifs pour lesquels les IDE sont contactés par les médecins.

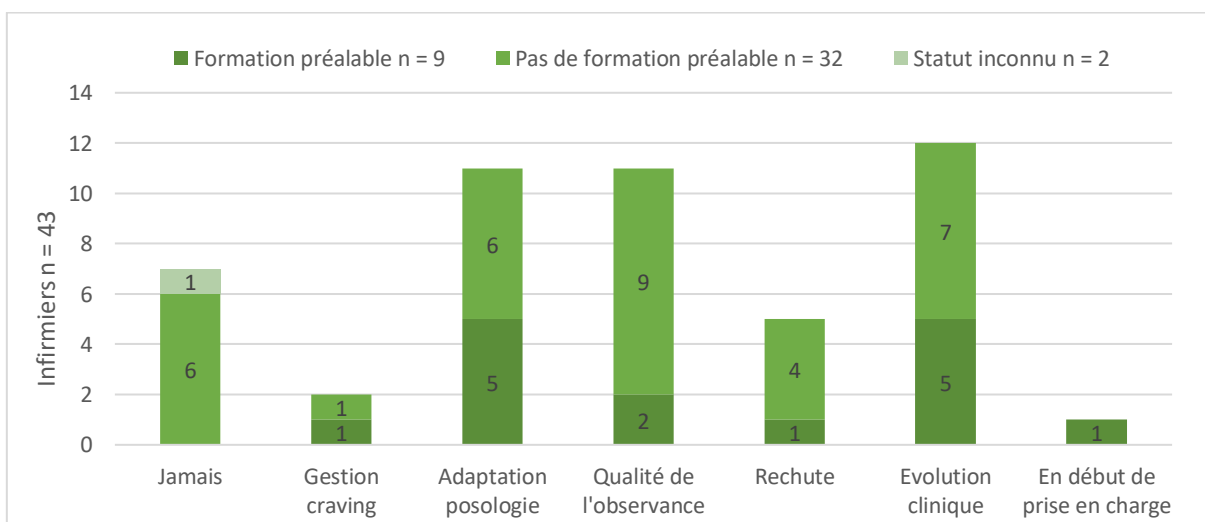


Figure 33 : Situations dans lesquelles les IDE étaient contactés par le médecin au cours de la prise en charge d'une addiction à l'alcool

3.4.2 Comparaison des groupes *Formation préalable* et *Pas de formation préalable* à T0

- *Répartition des participants en fonction de l'existence d'une formation préalable à T0*
A T0, 9/41 infirmiers (22%) avaient reçu une formation en addictologie préalable à l'enquête, contre 32 qui n'en avaient pas reçu. 2 infirmiers n'ont pas répondu à la question.

Ils étaient répartis dans les groupes *Intervention* et *Témoin* de manière statistiquement non significative.

- *Nombre de patients suivis en fonction de l'existence d'une formation préalable*

Le nombre d'infirmiers suivant au moins un patient pour une addiction à l'alcool sur prescription médicale était de 4/9 dans le groupe *Formation préalable* et de 9/31 dans le groupe *Pas de formation préalable*.

3.4.3 Comparaison des groupes *Intervention* et *Témoin* à T0, T1 et T2

- *Nombre de patients suivis sur prescription médicale pour une addiction à l'alcool*
2/43 IDE n'ont pas répondu à cette question à T0. Tous les participants des enquêtes T1 et T2 ont répondu.

13/43 infirmiers suivaient des patients sur prescription médicale pour une addiction à l'alcool à T0. Ils étaient 8/30 à T1 et 8/30 à T2. Le Tableau 22 décrit le nombre de patients suivis par les IDE aux trois temps de l'étude.

	<i>Intervention</i>			<i>Témoin</i>		
	T0	T1	T2	T0	T1	T2
<i>Effectifs</i>	15	14	13	28	16	17
<i>Aucun</i>	11	12	10	17	10	12
<i>1-2 patients</i>	2	2	3	8	4	3
<i>3-4 patients</i>	1	0	0	2	2	2
<i>≥5 patients</i>	0	0	0	0	0	0

Tableau 22 : Nombre de patients suivis pour une addiction à l'alcool sur prescription médicale par les IDE des groupes *Intervention* et *Témoin* à T0, T1 et T2.

Comme pour les médecins et les pharmaciens, nous avons comparé les valeurs « aucun patient » à « ≤1 patient suivi » dans les groupes *Intervention* et *Témoin*. Les résultats sont exposés dans le Tableau 23.

	<i>Intervention</i>			<i>Témoin</i>		
	T0	T1	T2	T0	T1	T2
Effectifs	15	14	13	28	16	17
0 patient	11 73%	12 86%	10 77%	17 61%	10 63%	12 71%
≥1 patient	3 20%	2 14%	3 23%	10 36%	6 38%	5 29%
Non répondu	1 7%	0 0%	0 0%	1 4%	0 0%	0 0%

Tableau 23 : Nombre de patients suivis sur prescription médicale pour une addiction à l'alcool par les IDE des groupes *Intervention* et *Témoin*. Comparaison *Intervention/Témoin*. $p>0,05$

- *Motifs de suivi sur prescription médicale*

Un médecin supplémentaire dans le groupe *Intervention* prescrivait des passages IDE pour de l'éducation thérapeutique à T1 et T2. Les autres motifs de prescription n'évoluaient pas. Les motifs sont décrits dans le Tableau 24.

	<i>Intervention</i>			<i>Témoin</i>		
	T0	T1	T2	T0	T1	T2
Effectifs	15	14	13	28	16	17
Sevrage ambulatoire	1 7%	1 7%	0 0%	6 21%	3 19%	3 18%
Administration traitement	3 20%	2 14%	3 23%	6 21%	3 19%	5 29%
Education thérapeutique	1 7%	2 14%	2 15%	4 14%	3 19%	1 6%

Tableau 24 : Motifs de suivi d'un patient présentant une addiction à l'alcool, par les infirmiers à T0, T1 et T2. Comparaison *Intervention/Témoin*. $p> 0,05$

- *Abord de la consommation d'alcool avec les patients*

Aucun infirmier aux trois temps de l'étude n'abordait la question de l'alcool de manière systématique ou à l'ouverture de dossiers pour les nouveaux patients. Nous avons observé une augmentation du nombre d'infirmiers abordant l'alcool devant certains signes d'appel à T1 et à T2 dans le groupe *Intervention*.

Le Tableau 25 décrit les situations dans lesquelles les IDE abordaient l'alcool.

	<i>Intervention</i>			<i>Témoin</i>		
	T0	T1	T2	T0	T1	T2
Effectifs	15	14	13	28	16	17
Jamais	0 0%	1 7%	0 0%	6 21%	3 19%	2 12%
Systématique	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%
Nouveaux patients	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%
Alerté par l'entourage	7 47%	9 64%	11 85%	16 57%	8 50%	9 53%
Éléments évocateurs au domicile	9 60%	10 71%	10 77%	16 57%	12 75%	16 94%
Dommages physiques, psycho ou socio	8 53%	6 43%	6 46%	12 43%	6 38%	7 41%
Signes cliniques évocateurs	11 73%	9 64%	11 85%	16 57%	11 69%	11 65%
- Imprégnation aiguë ou chronique	7 47%	7 50%	9 69%	13 46%	8 50%	10 59%
- HTA	1 7%	2 14%	1 8%	3 11%	1 6%	1 6%
- Dépression/anxiété	2 13%	4 29%	2 15%	6 21%	1 6%	4 24%
- Troubles du sommeil	0 0%	2 14%	0 0%	0 0%	2 13%	1 6%
- Troubles digestifs	1 7%	2 14%	1 8%	2 7%	1 6%	2 12%
- Chutes	4 27%	5 36%	5 38%	9 32%	7 44%	7 41%
Etats physiologiques à risque	6 40%	5 36%	7 54%	10 36%	7 44%	13 76%
- Grossesse	4 27%	4 29%	5 38%	6 21%	7 44%	5 29%
- Adolescents	3 20%	3 21%	1 8%	6 21%	3 19%	5 29%
- Personnes âgées	1 7%	3 21%	3 23%	2 7%	2 13%	0 0%
- Polymédication	2 13%	2 14%	0 0%	6 21%	4 25%	4 24%

Tableau 25 : *Abord de la consommation d'alcool avec leurs patients par les IDE des groupe Intervention et Témoin à T0, T1 et T2. Comparaison Intervention/Témoin. p>0,05*

- *Connaissance des seuils de consommation d'alcool à risque*

La majorité des infirmiers n'ont pas répondu à cette question à T0 (33/43), à T1 (25/30) et à T2 (23/30). La connaissance des seuils de consommation d'alcool à risque ne s'est pas améliorée au fil des enquêtes.

- *Utilisation des questionnaires validés (Audit ou Face)*

L'utilisation de questionnaires validés pour l'évaluation de la consommation d'alcool était peu répandue chez les infirmiers.

Parmi les 4 réponses affirmatives, le questionnaire FACE était cité 3 fois. Un infirmier n'a pas précisé le questionnaire employé (*Intervention T1*).

- *Diagnostic du trouble de l'usage alcool par les critères du DSM-5 et notamment l'existence d'un craving*

La recherche du craving augmentait en proportion de l'effectif dans les deux groupes. Dans le groupe *Intervention*, le nombre d'infirmiers a augmenté sur la plupart des critères diagnostiques. Ils sont détaillés dans le Tableau 26.

	<i>Intervention</i>			<i>Témoin</i>		
	T0	T1	T2	T0	T1	T2
Effectifs	15	14	13	28	16	17
Echec tentatives d'arrêt	4	8	9	12	10	8
	27%	57%	69%	43%	63%	47%
Poursuite de la consommation alors que la personne reconnaît avoir un problème	6	10	8	16	6	10
	40%	71%	62%	57%	38%	59%
Perte de contrôle	2	5	6	6	6	6
	13%	36%	46%	21%	38%	35%
Craving	5	11	8	10	7	9
	33%	79%	62%	36%	44%	53%
Poursuite malgré les dommages	9	7	10	11	9	9
	60%	50%	77%	39%	56%	53%
Incapacité à remplir ses obligations	9	5	3	13	3	7
	60%	36%	23%	46%	19%	41%
Usage dans des situations dangereuses	2	5	7	11	5	6
	13%	36%	54%	39%	31%	35%
Tolérance	4	5	4	9	2	5
	27%	36%	31%	32%	13%	29%
Sevrage	4	5	6	10	5	6
	27%	36%	46%	36%	31%	35%
Quantité consommée	3	3	5	13	1	2
	20%	21%	38%	46%	6%	12%

Tableau 26 : Utilisation des critères du DSM-5 pour le diagnostic de l'addiction à l'alcool par les IDE des groupes *Intervention* et *Témoin* à T0, T1 et T2. Comparaison *Intervention/Témoin*. $p > 0,05$

- *Réalisation d'interventions brèves*

A T0, 8/43 IDE pratiquaient des interventions brèves chez les usagers à risque. Ils étaient 9/30 à T1 et 11/30 à T2, avec une augmentation marquée dans le groupe *Intervention*, comme le Tableau 27.

	<i>Intervention</i>			<i>Témoin</i>		
	T0	T1	T2	T0	T1	T2
Effectifs	15	14	13	28	16	17
OUI	2 13%	6 43%	6 46%	6 21%	3 19%	5 29%

Tableau 27 : Réalisation d'interventions brèves chez les usagers à risque par les IDE des groupes *Intervention* et *Témoin* à T0, T1 et T2. Comparaison *Intervention/Témoin*. $p > 0,05$

- *Prise en charge proposée lors du repérage d'une addiction à l'alcool*

Les IDE *Intervention* étaient plus nombreux à proposer du soutien relationnel et des interventions brèves après la formation, contrairement aux *Témoins*.

Une aide à la gestion et au repérage du craving était proposée par 50% d'entre eux à T1 avec une différence statistiquement significative par rapport aux *Témoins*.

Les prises en charges proposées sont décrites dans le Tableau 28.

	<i>Intervention</i>			<i>Témoin</i>		
	T0	T1	T2	T0	T1	T2
Effectifs	15	14	13	28	16	17
Aucune	1 7%	0 0%	0 0%	4 14%	2 13%	0 0%
Intervention brève	0 0%	3 21%	4 31%	6 21%	1 6%	4 24%
Soutien relationnel	6 40%	10 71%	8 62%	15 54%	5 31%	8 47%
Sevrage ambulatoire	1 7%	3 21%	1 8%	1 4%	1 6%	2 12%
Gestion et repérage du craving	1 7%	7* 50%*	5 38%	4 14%	1* 6%*	2 18%
Orientation vers médecin traitant	13 87%	13 93%	12 92%	22 79%	11 69%	12 71%
Orientation vers :						
-Psychiatre/CMP	3 20%	2 14%	2 15%	4 14%	1 6%	5 29%
-Centre d'addictologie	3 20%	3 21%	6 46%	9 32%	6 38%	9 53%
-Service d'hépatologie	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	1 6%
-Psychologue de ville	0 0%	0 0%	0 0%	2 7%	1 6%	1 6%
-Association néphaliste	2 13%	2 14%	1 8%	4 14%	5 31%	4 24%

Tableau 28 : Prise en charge proposée par les infirmiers à T0, T1 et T2. Comparaison *Intervention/Témoin*. * $p < 0,05$

- *Réalisation de sevrages ambulatoires*

A T0 7/43 pratiquaient des sevrages ambulatoires à domicile sur prescription médicale. Ils étaient 4/30 à T1 et 3/30 à T2.

- *Connaissance des traitements anti-craving alcool*

Le baclofène était le médicament le mieux connu dans les deux groupes, sans différence significative.

Nous avons observé une amélioration de la connaissance du nalméfène dans le groupe *Intervention*, avec une différence significative par rapport au groupe *Témoin* à T1, et de la naltrexone avec une différence significative à T1 et à T2.

Le groupe *Intervention* s'est également amélioré sur la connaissance des trois autres molécules.

Le Tableau 29 décrit la connaissance des traitements anti-craving par les IDE.

	<i>Intervention</i>			<i>Témoin</i>		
	T0	T1	T2	T0	T1	T2
Effectifs	15	14	13	28	16	17
Nalméfène	4	10	6	4	3	3
	27%	71%*	46%	14%	19%*	18%
Acamprosate	6	9	7	7	4	4
	40%	64%	54%	25%	25%	24%
Naltrexone	2	9	8	3	2	1
	13%	64%*	62%*	11%	13%*	6%*
Baclofène	10	13	10	18	11	12
	67%	93%	77%	64%	69%	71%
Disulfirame	3	4	4	5	4	6
	20%	29%	31%	18%	25%	35%

Tableau 29 : Connaissance des traitements anti-craving alcool par les IDE des groupes *Intervention* et *Témoin* à T0, T1 et T2. Comparaison *Intervention/Témoin*. * $p < 0,05$

- *Recours au médecin traitant*

- Lors du repérage d'une addiction à l'alcool

Le nombre d'infirmiers contactant le médecin traitant d'un patient lors du repérage d'une addiction est resté stable au cours des 3 enquêtes.

- Fréquence des contacts le mois précédent l'enquête

Les contacts avec le médecin traitant d'un patient suivi pour une addiction à l'alcool n'ont pas augmenté au cours de l'étude dans les deux groupes.

3.4.4 Résumé des résultats statistiquement significatifs pour les infirmiers

<i>Effectifs</i>	<i>Intervention</i>			<i>Témoin</i>		
	T0	T1	T2	T0	T1	T2
	15	14	13	28	16	17
<i>Critères de jugement secondaires</i>						
Connaissance médicaments anti-craving						
<i>Nalméfène</i>	4	10*	6	4	3*	3
	27%	71%*	46%	14%	19%*	18%
<i>Naltrexone</i>	2	9*	8	3	2*	1*
	13%	64%*	62%*	11%	13%*	6%*
Prise en charge proposée						
<i>Gestion et repérage du craving</i>	1	7*	5	4	1*	2
	7%	50%*	38%	14%	6%*	12%
<i>Critères complémentaires (présentés en annexe)</i>						
Freins à aborder la consommation d'alcool						
<i>Manque de connaissance</i>	3	2*	4	15	9*	8
	20%	14%*	31%	54%	56%*	47%
<i>Pas formé</i>	5	0*	3	8	6*	8
	33%	0%*	23%	29%	38%*	47%
Evaluation de la consommation d'alcool						
<i>Usage dysfonctionnel, perte de contrôle</i>	1	8*	4	4	2*	4
	7%	57%*	31%	14%	13%*	24%

4. DISCUSSION

4.1 Objectif principal

L'objectif principal était d'observer l'impact d'une formation d'addictologie sur la prise en charge des troubles de l'usage alcool auprès de médecins généralistes, de pharmaciens et d'infirmiers libéraux sur un territoire éloigné des structures de soins en addictologie.

Nous n'avons pas observé d'impact sur le nombre de patients suivis, chez les médecins, les pharmaciens et les IDE. Nous discuterons ci-après les évolutions observées sur un certain nombre de critères secondaires.

4.1.1 Médecins

- *Etat des lieux des pratiques*
 - Représentations et freins à aborder l'alcool

L'état actuel de la formation médicale en addictologie demeure insuffisant (18). Seules 11 facultés françaises sur 30 ont un service universitaire d'addictologie (5). Les médecins se forment entre autres via le DPC, les revues médicales et les réseaux de santé territoriaux (33).

Dans notre étude, le manque de formation et de connaissance étaient cités comme des freins à aborder la question de l'alcool. L'alcool était perçu par la moitié des médecins comme un sujet pouvant offenser les patients. Ces derniers estiment pourtant que les médecins sont dans leur rôle lorsqu'ils parlent d'alcool. Si les représentations sociales de « l'alcoolisme » ont évolué dans le temps (34), elles impactent encore les prises en charge proposées par les soignants (35) (36).

Le manque de temps freinait la moitié des médecins. Une consultation de médecine générale en France dure pourtant en moyenne 16 minutes (37), au-dessus de la moyenne européenne. Le médecin généraliste doit bien souvent répondre à plusieurs motifs de consultation dans le temps imparti.

- Des médecins qui s'investissent lors des dommages et du trouble de l'usage alcool

Malgré les difficultés sus-citées, 94% des médecins de notre étude suivaient des patients pour une addiction à l'alcool. Les médecins généralistes sont centrés sur un modèle curatif (33). Ils entrent en action devant l'apparition de dommages liés à l'alcool. Tous les médecins de l'étude intervenaient devant des signes d'appel (signes cliniques évocateurs ou bilan sanguin perturbé). Les dommages physiques, psychologiques et sociaux étaient un point d'appel pour 78% des médecins.

Les prises en charge étaient conformes aux recommandations. Les médecins recherchaient la consommation déclarée d'alcool (CDA) et utilisaient des questions ouvertes. Ils prenaient en charge l'addiction à l'alcool au cabinet et pour la grande majorité (89%), proposaient du soutien relationnel et motivationnel. 15/18 médecins, soit 83% prescrivaient des traitements anti-craving.

- Des critères diagnostiques DSM-5 bien connus

Le craving était largement recherché pour le diagnostic et ciblé par la prise en charge.

Les médecins se basaient largement sur les critères du DSM-5 pour poser un diagnostic d'addiction. Sur les 9 critères proposés, 4 étaient recherchés par 55 à 72% des médecins (tolérance, manifestations de sevrage, incapacité à remplir ses obligations, usage dans des situations physiquement dangereuses). Les 5 autres critères étaient recherchés par plus de 89% des médecins, dont échec des tentatives d'arrêt, poursuite alors que la personne reconnaît avoir un problème, poursuite malgré les dommages. Le craving et la perte de contrôle notamment, étaient recherchés par 90% des médecins.

Le craving, apparu parmi les critères caractérisant une addiction avec la classification DSM-5 de 2013, signifie le besoin impérieux, irréprouvable d'avoir recours ou de faire usage d'une substance ou d'un comportement, alors qu'on ne le souhaite pas à ce moment-là. Le craving est donc involontaire, son expérience est profondément égodystosique pour l'individu. (14) (38)

- Des médecins isolés mais investis

Nous avons choisi d'intervenir sur une zone rurale éloignée des structures de soins en addictologie pensant répondre à un besoin important de formation.

Pourtant nous constatons que les médecins de notre étude avaient des pratiques actives et actualisées vis-à-vis de l'addiction à l'alcool, bien que la moitié seulement déclaraient avoir bénéficié d'une formation préalable. La forte participation à l'étude (75% des recrutés) témoigne de leur implication dans les troubles de l'usage alcool. Nous n'avons pas recueilli les données socio-démographiques de notre population d'étude qui auraient pu nous aider à interpréter ce phénomène.

Dans l'étude sur la prise en charge de l'addiction au tabac dont s'inspire ce travail (32), les médecins préalablement non formés n'évaluaient pas le craving de leurs patients et ils étaient moins de 10% à proposer un traitement pharmacologique de l'addiction au tabac. En regard, dans notre étude, 7/8 médecins non formés recherchaient un craving et 6/8 prescrivaient des traitements anti-craving, alors même que la prise en charge de l'addiction à l'alcool est plus complexe que l'addiction au tabac.

Les bons scores de nos médecins mettent en lumière la forte autonomie des prescripteurs ruraux qui s'investissent dans la prise en charge des patients souffrant de troubles de l'usage d'alcool. Ils semblent avoir intégré dans leur pratique professionnelle l'approche de réduction des risques et des dommages (5). Parmi les 15 médecins prescrivant des médicaments anti-craving, la majorité poursuivait un but de réduction du craving (13/15) ou de réduction de consommation (12/15). Cette prescription s'accompagnait d'une aide au repérage et à la gestion du craving pour 9 d'entre eux, soit 60% des prescripteurs. Le craving était réévalué par 14 médecins en cours de suivi, soit 78% de l'effectif. Les 2/3 prévoient des consultations de suivis.

Une thèse de 2014 sur les pratiques de recherche documentaire des médecins en Pays Basque relevait de nombreuses lacunes dans ce domaine (39), bien qu'elle ne concernait pas tout à fait notre territoire d'étude. Force est de constater que les médecins de notre étude dérogent à ce constat. Nous supposons qu'ils ont eu recours à l'autoformation et qu'ils ont progressé par le biais de la presse médicale, par l'influence des équipes d'addictologie du territoire et du Resapsad, par la résonance médiatique du balofène depuis 2008, par l'AMM dans la réduction de consommation du nalméfène commercialisé depuis 2014.

Le baclofène particulièrement, était prescrit à T0 par 13/18 médecins. Ces médecins généralistes font possiblement partie des militants-prescripteurs de la première heure qui ont utilisé cette molécule hors-AMM dans une approche de réduction de consommation ces 10 dernières années (40).

- o Une prise en charge ne prenant pas suffisamment en compte la dimension chronique de l'addiction

Les problématiques liées à l'alcool sont souvent traitées en aigu, sans véritable prise en compte de la dimension chronique de cette pathologie qui nécessite des consultations répétées et rapprochées et un accompagnement au long cours (41).

Le sevrage restait un objectif thérapeutique fréquent. Les médecins orientaient le plus souvent les patients en structure (13/18). 4/18 médecins accompagnaient des sevrages ambulatoires, un seul médecin prescrivait des passages infirmiers pour les encadrer. Nous supposons que les sevrages ambulatoires étaient en majorité réalisés sans surveillance quotidienne ou vitaminothérapie injectable.

Seuls 4/18 médecins veillaient au maintien de l'abstinence après la cure, par la prescription ou le renouvellement de médicaments addictolytiques. 9 médecins, soit 50% de l'effectif total ne proposaient pas d'aide au repérage et à la gestion du craving au cabinet. Par ailleurs, le recours aux IDE à domicile pour la prise en charge de l'addiction à l'alcool était minoritaire. 3 médecins seulement prescrivaient des soins infirmiers à domicile, dont 2 médecins pour de l'éducation thérapeutique, limitant l'impact des traitements prescrits.

Si le craving était pris en compte dans une démarche diagnostique et ciblé par la prise en charge initiale, il faisait l'objet de peu d'éducation thérapeutique dans le suivi. Son aspect central dans l'addiction ne semblait pas bien appréhendé. Le craving possède une expression clinique complexe et multidimensionnelle pouvant rendre ce phénomène difficile à identifier, tant pour le patient que pour les médecins insuffisamment formés. Son expression peut être physiologique (transpiration, pression artérielle, salivation, rythme cardiaque...), émotionnelle (anxiété, excitation, irritabilité, nervosité...), cognitive (attentes, pensées intrusives ou obsédantes, rêves...) ou comportementale (recherche compulsive de la substance, transfert sur d'autres objets d'addiction) (14) (38).

Par ailleurs, les co-consommations de cocaïne et d'héroïne et les addictions comportementales étaient peu prises en compte par les médecins. Les consommations associées recherchées étaient essentiellement le tabac et le cannabis. Ce constat est dommageable, l'usage de substances illicites se développant dans les milieux ruraux tandis que les soins, notamment addictologiques, sont moins accessibles qu'en milieu urbain (42).

- Moins d'implication dans la prévention de l'usage d'alcool

L'abord de la consommation d'alcool n'était jamais systématique. Il ne concernait les nouveaux patients que pour 7/18 médecins. L'usage d'alcool lors d'états physiologiques à risque, préoccupaient peu les médecins. L'alcool n'était abordé en cas de grossesse et chez les adolescents que pour 8/18 médecins, alors que les dommages de l'alcool sur le fœtus sont largement connus et prouvés et que les comportements de type binge-drinking se développent chez les jeunes. L'alcool n'était jamais abordé chez les personnes âgées et en cas de polymédication.

Les seuils de consommation à risque connus et cités par 9 des 11 des répondants étaient ceux de l'OMS. Cependant 7 médecins, soit 39% de l'effectif n'ont pas répondu à la question. Depuis 2017, Santé Publique France recommande de ne pas consommer plus de 10 verres standard par semaine et pas plus de 2 verres standards par jour pour les hommes et pour les femmes (43). Ces seuils plus récents n'étaient pas évoqués lors de l'état des lieux des pratiques en décembre 2017. Ces notions de seuils de consommation, non relayées voire contredites par les politiques font l'objet de polémiques qui peuvent dérouter les médecins généralistes et les éloigner du champ de la prévention.

Les questionnaires validés type Audit et Face n'étaient pas intégrés à la pratique des médecins.

L'intervention brève en alcoologie est une technique thérapeutique développée sur un modèle qui utilise en même temps l'évaluation, le conseil et la stratégie comportementale. Elle vise à interpeller le patient à priori non addict sur sa consommation et à l'inciter à modifier ce comportement (44). Son efficacité est démontrée sur la baisse de la consommation pendant un à 4 ans et sur la baisse de la mortalité liée l'alcool. Elle a été largement recommandée aux médecins généralistes depuis 15 ans (45) (46) (47). Dans notre étude, les médecins déclaraient pratiquer peu d'interventions brèves. Toutefois, elle était présentée dans notre questionnaire comme une possible prise en charge de l'addiction et non comme une action préventive. Ce défaut a pu perturber les médecins et entraîner une sous-évaluation de la pratique du RPIB.

- *Impact de la formation*

La participation à l'étude a été bonne, avec 75% des recrutés à T0, puis 66 et 62% à T1 et T2. 6 médecins étaient présents à la formation, un effectif faible. Ils représentaient cependant un tiers de l'effectif de départ, participation habituelle, voire supérieure pour ce type de formation sur le territoire (participation habituelle de l'ordre de 20 % des invités. Source : Resapsad).

Nous n'avons constaté aucun abandon dans le groupe *Intervention*, par rapport au groupe *Témoin*, ce qui suppose une plus forte implication de leur part dans cette étude et dans la prise en charge de l'addiction à l'alcool.

Peu de résultats sont apparus statistiquement significatifs du fait des faibles effectifs de l'étude et du bon niveau de formation initiale des médecins. Bien qu'ayant un faible intérêt pour la pratique clinique, nous les citons ci-après :

- Une différence significative apparaît entre les deux groupes à T1 sur l'utilisation de deux critères du DSM-5 (poursuite malgré les dommages et usage dans des situations physiquement dangereuses). Cette différence est liée à la diminution de l'usage de ces critères par le groupe *Intervention* et disparaît à T2.
- Le motif de réorientation « A la demande de l'entourage » augmente pour les *Témoin* à T2.

- Le dosage du CDT utilisé de manière plus importante dans le groupe *Témoin* à T0, traduit possiblement une difficulté plus grande à diagnostiquer par le seul biais de l'interrogatoire et de la clinique. Le CDT est un examen spécifique mais peu sensible et non recommandé pour le repérage de troubles de l'usage alcool (48) (12).

Certaines évolutions, bien que statistiquement non significatives, nous ont parues plus intéressantes à discuter.

- o Les médecins concentrent leur action sur le trouble de l'usage

L'abord de l'alcool restait difficile à T1 et T2, y compris dans les états physiologiques à risque alors que leur niveau de compétence était bon. Le taux de réponse sur les seuils de risque d'une consommation d'alcool n'augmentait pas. Les médecins ne s'aidaient pas plus des questionnaires validés. Par contre, le nombre de médecins pratiquant des interventions brèves augmentait de 1 médecin à 4/6 dans le groupe *Intervention*, ce qui témoigne de la levée de certains freins dès qu'ils y perçoivent un sens thérapeutique.

Les consultations de médecine générale sont denses et il est difficile d'y intégrer toutes les thématiques de prévention recommandées. Une étude américaine a ainsi estimé que le temps de travail des médecins généralistes ne suffisait pas pour prendre en charge les 10 maladies chroniques les plus courantes en suivant toutes les recommandations (49).

Les pouvoirs publics cherchent à développer le rôle de prévention des médecins généralistes (33), mais pourtant, la majorité des programmes d'ETP sont à l'hôpital (50). La création de maisons de santé pluridisciplinaires ou la formation de praticiens paramédicaux apparaissent comme des solutions (51) (52). Des idées émergent, mais les financements manquent.

Nos médecins sont compétents dans la prise en charge du trouble de l'usage alcool. Ils semblent rechercher l'efficacité en se concentrant sur les patients souffrant d'une maladie addictive.

- o Le craving, mieux ciblé

Les prises en charge proposées par les médecins *Intervention* s'amélioraient : nous avons observé une augmentation du nombre de médecins proposant une aide à la gestion et au repérage du craving, de 33% à T0 à 67% à T1 et T2. De même, la réduction du craving était un motif de prescription en hausse et se traduisait par une augmentation de la prescription d'acamprosate (50% vs 83%) et de naltrexone (33% vs 67%).

Nous avons rappelé durant la formation que ces médicaments avaient l'AMM depuis 1987 et 1996 dans le maintien de l'abstinence, mais que la réduction de consommation avait été plus récemment validée comme un objectif intermédiaire par les autorités de santé (15). La formation a réhabilité ces molécules auprès des médecins participants, au même niveau que la nalméfène et le baclofène déjà utilisés dans la réduction du craving.

En parallèle les pratiques du groupe *Témoin* vis-à-vis de la réduction du craving et de la prescription de traitements addictolytiques n'ont pas évolué pas et ont même plutôt baissé. Cependant comme nous l'avons dit plus haut, ils prescrivent des traitements et développent des compétences qui demanderaient à être accompagnées et renforcées.

Contrairement au volet prévention lourd à mettre en œuvre, le traitement des addictions n'effrayait pas nos médecins. S'ils proposaient déjà des prises en charge de l'addiction à l'alcool, la formation a permis au groupe *Intervention* de comprendre que la cible thérapeutique était le craving.

- Des progrès à poursuivre dans l'accompagnement au long cours

Le nombre de médecins prescrivant des passages IDE augmentait dans le groupe *Intervention*, de manière plus marquée que pour les *Témoins*, pour l'administration du traitement et pour l'éducation thérapeutique et le suivi du craving. Les médecins *Intervention* ne recherchaient pas plus souvent les consommations associées.

La réalisation de sevrages en structure augmentait pour les *Intervention*. Mais les sevrages ambulatoires demeuraient anecdotiques. Les médecins ne cherchaient plus à obtenir l'abstinence du jour au lendemain de la part de leurs patients au domicile, contrairement aux *Témoins* qui poursuivaient l'organisation de sevrages ambulatoires.

Le nombre de médecins *Intervention* réalisant des thérapies cognitivo-comportementales augmentait. Les informations délivrées durant la formation leur a peut-être permis d'identifier certaines de leurs pratiques comme efficaces, se rapprochant de techniques de TCC.

4.1.2 Pharmaciens.

- *Etat des lieux*

- Un rôle de prévention primaire peu assumé

Parler d'alcool était difficile, 24% des pharmaciens n'abordaient jamais le sujet. Pour les 76% restant, cette pratique n'était pas systématisée. La moitié des pharmaciens ne parlaient pas d'alcool devant une possible interaction médicamenteuse, 72% n'en parlaient pas en cas de polymédication. Ces résultats posent la question du risque iatrogénique encouru en l'absence de toute prévention.

L'officine était perçue comme un lieu inadapté pour évoquer l'alcool par 1/3 des pharmaciens. Le respect de la confidentialité est un critère essentiel de la prise en charge des patients, tant moralement que légalement. L'incapacité matérielle à répondre à cette condition devient un frein commun à toutes les thématiques de prévention.

Les questionnaires, qui présentés sous format papier pourraient aider à contourner la barrière de la confidentialité, n'étaient pas utilisés. 1 seul pharmacien réalisait des interventions brèves malgré la diffusion de recommandations en ce sens depuis plusieurs années (27).

- Un manque de formation évident

Le manque de formation était criant pour les pharmaciens : un seul d'entre eux avait bénéficié d'une formation préalable en addictologie. Les critères diagnostiques du DSM-5 étaient peu connus, chaque critère étant coché par 1/3 des pharmaciens. 3 pharmaciens seulement utilisaient la quantité consommée comme critère diagnostique. La connaissance des seuils de consommation recommandés n'était pas évaluable, le taux de réponse étant très faible. Nous sommes tentés de l'expliquer par une faible connaissance des seuils recommandés.

Les manques de connaissance et de formation étaient largement cités comme freins (48% et 67%). 81% des pharmaciens étaient pourtant confrontés à des patients présentant un trouble de l'usage alcool.

- Des compétences qui demandent à être développées

Malgré l'obstacle que peut représenter le milieu ouvert de l'officine, 80% des pharmaciens déclaraient évaluer la consommation d'alcool, en priorité par une question ouverte (47%) et la recherche d'un usage dysfonctionnel (38%).

Les traitements anti-craving étaient connus de 70 à 95% des pharmaciens. Notre avis est mitigé quant à ce résultat, nous espérions un sans-faute de la part de spécialistes du médicament. Ceci peut être en lien avec la méconnaissance du terme craving. En effet, les questions traitant du craving et de la perte de contrôle ont généré peu de réponses. Le craving est une notion développée depuis une dizaine d'années à peine, un temps court à l'échelle de l'histoire de la recherche médicale. Les médecins eux-mêmes n'ont pas encore totalement intégré la gestion du craving à leurs pratiques (53).

Les pharmaciens connaissaient les structures d'addictologie. La moitié d'entre eux déclaraient y adresser les patients. La déléguée santé prévention du Resapsad a pour mission depuis 2013, de rendre visite à la totalité des médecins généralistes et pharmaciens d'officine du territoire (64 et sud des Landes). Ces visites participent à la bonne connaissance du dispositif de soins par les professionnels interrogés dans notre étude.

Le nombre de boîtes de médicaments délivrées pourrait être un critère pertinent pour évaluer les pratiques quant à la prise en charge des addictions sur le territoire. Mais comme en témoignent certains patients, il leur arrive de se procurer leurs traitements dans d'autres pharmacies que celles où ils se rendent habituellement (54).

- *Impact de la formation*

La participation a été excellente pour les pharmaciens. Elle était de 95% à T0 et descendait à 85% à T1 et T2. Les pharmaciens n'avaient pour la plupart pas reçu de formation préalable, ce qui peut expliquer que cette étude ait suscité leur intérêt. 9/21 pharmaciens étaient présents à la formation.

- Amélioration du repérage de l'usage d'alcool

La formation a conforté les pharmaciens dans leur rôle et leurs capacités de prévention.

L'abord de la consommation d'alcool évoluait chez les *Intervention*. La totalité d'entre eux abordaient le sujet à T1 et T2. Aucun d'entre eux n'avait systématisé l'abord de l'alcool, mais ils devenaient plus sensibles aux signes cliniques évocateurs d'une consommation, notamment aux signes d'imprégnation aigus ou chroniques. Ils évoquaient en outre plus souvent l'alcool devant des états physiologiques à risque dont la grossesse et l'adolescence.

La réalisation d'intervention brève en l'absence d'addiction n'augmentait pas. Cependant, les pharmaciens le proposaient en plus grand nombre devant une addiction à l'alcool. Le taux passait de 22% à 57% à T1 dans le groupe *Intervention* et laissait apparaître une différence statistiquement significative entre les deux groupes. Une telle augmentation n'existait pas chez les *Témoins*.

Ce résultat est à tempérer, l'intérêt d'une IB étant faible en cas d'addiction. Mais nous nous réjouissons que les pharmaciens formés se soient appropriés l'outil.

- Amélioration des compétences

Les pharmaciens *Intervention* intégraient la recherche d'une perte de contrôle et d'un usage dysfonctionnel dans leur évaluation. Ils étaient 22% à rechercher ce critère à T0, et 71% à T1 et T2. Une différence statistiquement significative existait avec les *Témoins*, à 18% à T1.

De la même manière, la perte de contrôle en tant que critère diagnostique était en forte augmentation dans le groupe *Intervention*. 11% la recherchaient à T0 contre 71% à T1 et T2. Ils se différenciaient significativement des *Témoins*, à 18% à T2.

L'évolution observée sur la perte de contrôle comme critère diagnostique, se retrouvait sur quasiment tous les critères du DSM-5. Le craving notamment, était recherché par 11% des pharmaciens *Intervention* à T0, 71% à T1 et 57% à T2. En regard, les chiffres diminuaient pour les *Témoins*.

Les pharmaciens étaient préalablement peu familiarisés avec ces notions et ne sont pas formés au diagnostic. Ils bénéficiaient d'une large marge de progression. Craving et perte de contrôle ont cependant été particulièrement assimilés.

Les *Interventions* adressaient peu de patient au médecin traitant à T0 devant le repérage d'une addiction. Ce défaut était corrigé à T1 et T2. La formation leur a permis de rattraper l'avance prise par les *Témoins* qui dès le départ orientaient massivement vers le médecin traitant.

La connaissance du disulfirame baissait chez les *Intervention* à T2, ce qu'on peut mettre sur le compte de l'absence d'intérêt de cette molécule pour la réduction du craving. Cela a été précisé lors de la formation.

- Augmentation de la délivrance de médicaments anti-craving

Le nombre de boîtes de médicaments délivrées augmentait pour toutes les molécules dans le groupe *Intervention*, sauf le disulfirame, tandis qu'il restait stable dans le groupe *Témoin*. Le nombre de boîtes de nalméfène augmentait de 70% à T2 par rapport à T0, il triplait pour l'acamprosate et pour le baclofène et était multiplié par 8 pour la naltrexone.

Cette évolution est difficile à expliquer. Dans la mesure où la délivrance d'un médicament répond à une prescription médicale, elle n'est pas censée être pharmacien dépendante. Cependant, nous pouvons émettre certaines suppositions : les pharmaciens *Intervention* ont pu inciter leurs patients à consulter pour un problème d'addiction, et générer ainsi de nouvelles prescriptions. Ou par une parole plus ouverte sur le sujet, encourager certains patients qui n'osaient pas ou plus, à revenir se fournir dans leur officine de référence.

L'augmentation de la délivrance de baclofène était notable et visible dans les deux groupes. La formation a eu lieu en janvier 2018, quelques mois après la limitation de l'AMM pour le baclofène à des doses maximales de 80mg par jour, et la polémique qui s'en est suivie. Le sujet a été abordé durant la soirée et cette discussion a certainement rassuré les médecins sur l'usage de la molécule en tant que traitement anti-craving.

4.1.3 Infirmiers libéraux

- *Etat des lieux*
 - Un manque évident de formation

L'alcool était difficilement abordé en dehors de tout signe de consommation évidente. Les états physiologiques à risque faisaient l'objet de trop peu de prévention, ils représentaient un motif pour aborder l'alcool pour 37% des IDE seulement.

63% des IDE abordaient la question de l'alcool avec leurs patients devant des signes cliniques évocateurs, dont en priorité les signes d'imprégnation aiguë ou chronique et les chutes. Les IDE présentaient l'avantage d'intervenir auprès des patients dans leur environnement familial, les éléments évocateurs à domicile étaient un point d'appel pour 58%.

En termes d'évaluation, les IDE s'appuyaient plus largement sur les manifestations cliniques d'une consommation (86%) que sur l'interrogatoire (67%). Elles répondaient peu à la question sur les seuils de consommation. Aucune IDE ne s'appuyait sur les questionnaires validés.

Peu d'IDE réalisaient des interventions brèves à titre préventif. Cela suppose bien sûr d'aborder la consommation d'alcool et de proposer une évaluation avant l'apparition de tout signe clinique.

A l'instar des pharmaciens, les IDE étaient peu formés en addictologie avant cette étude, 21% avaient suivi une formation préalable. Contre toute attente, ils mettaient moins en avant le manque de connaissance et de formation et le manque de temps par rapport aux pharmaciens et médecins. Le frein principal était pour 74% d'entre eux le risque d'offenser les patients. Ces résistances seraient en partie levées par des formations sur l'entretien motivationnel.

Les critères du DSM-5 étaient peu connus. Le score maximum a été recueilli pour le critère « poursuite de la consommation alors que la personne reconnaît avoir un problème » à 51%. Le craving était cité par 35% des IDE et la perte de contrôle 18%.

Les médicaments anti-craving étaient inégalement connus. Acamprostate, nalméfène, naltrexone étaient connus au mieux par 30% des IDE. La baclofène dérogeait à ce constat avec 65% des IDE qui le connaissaient. Il a fait l'objet d'une forte médiatisation depuis 2009 sous la pression des patients qui se sont montés en association pour porter à la connaissance des pouvoirs publics les vertus thérapeutiques de cette molécule (55).

- Des IDE prêts à accompagner les patients

Devant le repérage d'une addiction à l'alcool, 80% des IDE orientaient les patients vers le médecin traitant et 2/3 le contactaient directement. Par ailleurs, la moitié proposaient du soutien relationnel. La majorité des IDE encourageaient donc les patients à la prise en charge de leur addiction et étaient prêts à les accompagner et à les soutenir dans cette démarche.

D'ores et déjà 13 IDE, soit 30% des IDE à T0 déclaraient suivre des patients sur prescriptions médicales pour une addiction à l'alcool. Ce taux est en contradiction avec les 16% de médecins déclarant prescrire des passages infirmiers à domicile pour ce motif. Ces prescriptions pouvaient cependant être le fait de médecins spécialistes.

- *Impact de la formation*

La participation à l'étude a été plus faible que pour les médecins et pharmaciens. Elle est toutefois très satisfaisante : de 70% des recrutés à T0, elle passe à 49% à T1 et T2. La participation a baissé de 40% au fil de l'étude dans le groupe *Témoin*, et de 15% dans le groupe *Intervention*.

15 IDE étaient présents à la formation, soit 35% de l'effectif. Ils ont exprimé leur satisfaction d'être sollicités pour cette étude et disaient se sentir démunis face aux problématiques d'alcool.

- *Amélioration du repérage de l'usage d'alcool*

L'abord de l'alcool demeurait difficile après la formation. Le repérage systématique n'a pas progressé. Nous percevions cependant des améliorations dans le groupe *Intervention*. Les IDE étaient plus enclins à parler d'alcool aux femmes enceintes (de 27% à T0 à 38% à T2) et aux personnes âgées (de 7% à T0 à 23% à T2). Ils étaient plus souvent alertés par les chutes (27% à T0 et 38% à T2).

Ils progressaient également sur les signes d'alertes les plus fréquemment cités à T0 : les éléments évocateurs au domicile (60% à T0 et 77% à T2), les signes cliniques d'imprégnation aiguë ou chronique (47% à T0 et 69% à T2) et le fait d'être alerté par l'entourage (47% à T0 à 85% à T2).

Pour l'évaluation de la consommation, les IDE *Intervention* recherchaient plus souvent la consommation déclarée d'alcool (20% à T0 et 31% à T2). Les IDE *Témoins* n'évoluaient pas sur ce critère.

2 IDE *Intervention* ont intégré l'usage de questionnaires d'évaluation de la consommation d'alcool à T1. L'utilisation de questionnaires n'augmentait pas pour les *Témoins*. La connaissance des seuils de consommation à risque ne s'améliorait dans aucun des groupes.

Les IDE *Intervention* étaient plus nombreux à pratiquer des interventions brèves aux usagers à risques, pour 43% d'entre eux à T1 et 46% à T2, contre 13% à T0, tandis que leur nombre demeurait stable chez les *Témoins*. Cela confirme que les IDE ont toute leur place dans les stratégies de prévention. Leur travail au plus près des patients, dans leur environnement, les place dans une position de choix pour délivrer ce type de message.

- *Amélioration des connaissances*

La formation a été bénéfique pour le groupe *Intervention*. Les freins liés au manque de connaissance et de formation étaient levés à T1 avec une différence statistiquement significative par rapport aux *Témoins* :

- Le manque de connaissance était un frein pour 14% des *Intervention* versus 56% des *Témoins*,
- Le fait de n'être pas formé était un frein pour aucun IDE *Intervention* versus 38% des *Témoins*.

Ce frein réapparaissait à T2, mais demeurait moins cité que pour les *Témoins*.

Les IDE *Intervention* ont amélioré leurs connaissances sur quasiment tous les critères du DSM-5. Le nombre d'entre eux citant le craving comme critère diagnostique était en nette augmentation (33% à T0, 79% à T1, 62% à T2), de même sur la perte de contrôle (13% à T0, 46% à T2). Dans le groupe *Témoin*, nous observons des augmentations modérées du nombre d'IDE citant ces critères en pourcentage, sans augmentation de leur nombre en valeur absolue.

Lors de l'évaluation, 57% des *Intervention* recherchaient un usage dysfonctionnel et une perte de contrôle à T1 alors qu'ils n'étaient que 7% à T0, avec une différence statistiquement significative par rapport aux *Témoins* (13%).

Ils progressaient également sur la connaissance des médicaments anti-craving pour se différencier de manière statistiquement significative des *Témoins* sur le nalméfène à T1 (71%/19%) et sur la naltrexone à T1 (64%/13%) et à T2 (62%/6%).

- Des progrès qui demandent à être soutenus

Bien que le nombre de patients suivis sur prescription médicale n'augmentait pas, le nombre d'IDE *Intervention* suivant un patient pour éducation thérapeutique progressait légèrement passant de 1/15 à T0 à 2/13 à T2.

Les IDE *Intervention* étaient prêts à s'engager auprès des patients et à leur proposer de l'éducation thérapeutique. Ils n'étaient que 7% à proposer de l'aide à la gestion et au repérage du craving à T0, alors qu'ils étaient 50% à T1. Une telle évolution n'était pas observée chez les *Témoins*, qui n'étaient que 6% à T1 (différence statistiquement significative).

La plupart des améliorations du groupe *Intervention* statistiquement significatives à T1, ne l'étaient plus à T2. Il persistait cependant une amélioration des pratiques par rapport à T0, non visible chez les *Témoins*.

4.2 Objectif secondaire

Les objectifs secondaires étaient de sensibiliser les soignants de premiers recours du territoire à la prise en charge des troubles de l'usage alcool et de promouvoir une prise en charge pluridisciplinaire en créant une dynamique interprofessionnelle.

La formation a eu un impact positif pour chaque catégorie professionnelle sur le repérage du trouble de l'usage, les connaissances et les pratiques en addictologie. Elle a aussi participé à développer une culture commune en addictologie fondamentale pour faciliter la coordination des soins autour des patients et leur confiance dans la stratégie thérapeutique proposée par le médecin.

Les contacts médecins-pharmaciens n'augmentaient pas du point de vue des deux parties concernées. Les motifs de recours s'élargissaient cependant. Les pharmaciens *Intervention* étaient plus nombreux à appeler les médecins en cas de rechute et de mauvaise observance thérapeutique. Le nombre de pharmaciens *Témoins* appelant les médecins augmentait dans des situations de repérage, en cas de rechute et de mauvaise observance. Du côté des médecins, ils étaient également plus nombreux dans le groupe *Intervention* à appeler pour des adaptations posologiques, en cas de mauvaise observance et de craving mal contrôlé.

Les contacts médecins-IDE ne se développaient pas plus en quantité. Là aussi, les motifs de recours étaient plus larges après la formation. Le nombre de médecins *Intervention*, appelant pour des adaptations posologiques, en cas de mauvaise observance et de craving mal contrôlé, augmentait. Les IDE des deux groupes étaient plus nombreux à contacter les médecins en cas de craving non contrôlé et pour les adaptations posologiques.

Le nombre de médecins réalisant des sevrages ambulatoires augmentait modérément sans toutefois s'accompagner d'une prescription de passages IDE chez les *Intervention*. L'éducation thérapeutique était cependant un motif de prescription en hausse d'après les IDE.

Ces résultats suggèrent une intention de travailler de manière plus collaborative. Nous avons constaté une amélioration qualitative des contacts entre médecins, pharmaciens et IDE qui ne s'est pas manifestée encore par une augmentation quantitative.

Nous pouvons espérer que les médecins sauront fédérer un réseau d'infirmiers sensibilisés par notre formation et que nous avons identifiés comme très demandeurs de collaboration.

4.3 Forces et faiblesses de l'étude

4.3.1 Sélection

Le principal biais de cette étude résidait dans la faiblesse des effectifs. En effet, les petits effectifs nous ont empêché de statuer sur la significativité de certaines évolutions observées et ont limité la réalisation des comparaisons au sein des groupes *Intervention*.

Nous avons ciblé une zone rurale, par nature faiblement peuplée. La participation a cependant été excellente, favorisée par le protocole de recrutement qui comprenait une rencontre avec les professionnels. Ce protocole a été plus difficile à mettre en œuvre avec les infirmiers, car ceux-ci ne disposaient pas tous d'un cabinet propre et leur mode d'exercice les rendait moins disponibles pour un entretien. Pour beaucoup d'entre eux, la rencontre n'a pas eu lieu. Un membre du cabinet seulement était contacté et transmettait les questionnaires à ses collègues.

Les abandons en cours d'étude ont été plus importants chez les infirmiers. Chaque enquête a pourtant fait l'objet de relances téléphoniques (appels, SMS). La mise en œuvre de ces relances aurait été plus aisée et plus efficace par le biais d'un mailing. Cette dimension n'a pas été prise en compte au début de l'étude et nous n'avons donc pas pensé à demander les adresses mails de tous les participants lors du recrutement.

4.3.2 Randomisation

Nos groupes n'étaient pas représentatifs de la population ciblée. Les groupes *Intervention* et *Témoin* n'étaient pas comparables à la base, les *Interventions* étant à priori plus intéressés par la problématique alcool. Ce biais aurait pu être levé par une randomisation des groupes (56).

Nous avons exclu une randomisation, car elle entraînait un risque de voir nos groupes diminuer de taille. En effet, la participation à la formation des professionnels inclus dans le groupe *Intervention* n'était pas du tout garantie. Cela n'était pas plus acceptable sur le plan éthique car nous risquions d'exclure des personnes intéressées par la formation.

La recherche d'une formation préalable en addictologie cherchait à atténuer le biais induit par l'absence de randomisation. Les personnes préalablement formées se répartissaient de manière aléatoire dans les groupes *Intervention* et *Témoin*.

4.3.3 Intervention

Nous avons comparé une intervention à l'absence d'intervention. Cela exposait les groupes *Interventions* à l'effet Hawthorne. L'effet positif observé pouvait être lié au simple fait que les participants se sentaient observés. Inversement, les *Témoins* ont pu se démotiver du fait d'être dans le groupe *Témoin*.

Une solution aurait pu être de proposer deux formations différentes et de les comparer. Mais le nombre de *Témoins* aurait certainement diminué, réduisant la puissance de l'étude.

4.3.4 Evaluation des pratiques

La procédure d'enquête était standardisée. En effet, nous avons utilisé les mêmes questionnaires pour les trois enquêtes.

Cependant, le recueil de données sur un mode déclaratif entraînait un biais de mesure avec un risque de surestimation de leurs pratiques par les participants.

L'observation des pratiques par un évaluateur externe était trop compliquée à mettre en œuvre. De la même manière, l'évaluation de pratiques par le biais des patients nous auraient obligé à vulgariser les questionnaires et à perdre beaucoup d'informations.

Une enquête un mois après formation, puis une autre enquête 3 mois après formation ont été réalisées pour permettre aux groupes *Interventions* de s'approprier les informations délivrées durant la formation et de les mettre en pratique. Ainsi, nous augmentions les chances de voir apparaître des améliorations des pratiques déclarées. Par ailleurs les évolutions observées à T1 pouvaient être mises sur le compte d'une tendance préexistante. Le fait que l'amélioration se confirme à T2 confortait la possibilité d'un lien avec la formation.

4.3.5 Analyse

Nous avons choisi de comparer les groupes *Interventions* à des *Témoins* pour mettre en lumière une évolution différente dans chaque population.

Nous aurions voulu comparer les groupes *Interventions* à chaque temps de l'étude (T0-T1 et T0-T2), mais les effectifs ne le permettaient pas. Une différence statistiquement significative aurait alors été un argument en faveur de l'impact de la formation sur l'amélioration des pratiques.

4.4 Interprétation des résultats

4.4.1 L'implication des professionnels lors de l'apparition de dommages reste efficace

Force est de constater que les médecins isolés des structures d'addictologie se sont impliqués dans la prise en charge de l'alcool ces dernières années. Il faut souligner une importante évolution des pratiques en 15 ans avec une implication systématique des médecins (100% dans notre étude) lors de la présence de dommages, ce qui était loin d'être la norme lors de l'initiation du programme régional RPIB alcool aquitain 2004-2009 (17).

Cette implication lors des dommages est pertinente, la surmortalité augmentant exponentiellement avec les quantités consommées (8). Pour diminuer la morbi-mortalité liée à l'alcool, il faudrait toucher la population des plus gros consommateurs, parmi laquelle se trouve une proportion importante de personnes souffrant d'une addiction à l'alcool. (6)

Une nouvelle grande étude épidémiologique publiée en 2018 dans ACER démontre encore une fois qu'une réduction durable de la consommation d'alcool chez un sujet addict est associée à une baisse significative de la pression artérielle, une amélioration du bilan hépatique et une amélioration de la qualité de vie (57).

4.4.2 Approfondir les efforts de formation

Impliqués dans les démarches d'amélioration des pratiques professionnelles, les médecins de notre étude sont à même de repérer les troubles de l'usage alcool et de proposer une prise en charge adaptée à leurs patients.

Par contre, ils s'impliquent peu dans la prévention. La prévention des conduites addictives fait l'objet d'une rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP), parmi 4 autres axes qui ont été jugés prioritaires (58). Malgré cela, 23% des médecins généralistes abordent la consommation d'alcool au moins une fois avec chaque patient alors qu'ils sont 63% à en faire de même pour le tabac (33).

Les médecins manquent de temps pour développer auprès de leurs patients toutes les thématiques de prévention. La promotion d'un repérage opportuniste lorsque la consommation expose à des risques immédiats ou face à des dommages liés à l'alcool, serait probablement plus réaliste (44). L'implication des infirmiers, pharmaciens mais aussi de tous les professionnels paramédicaux le plus précocement possible dans les problématiques liées à l'alcool les aiderait également à agir plus tôt. Le développement de leur rôle de prévention passe par des formations en éducation pour la santé (33). La proposition de formations régulières en addictologie consoliderait les acquis des praticiens de premiers recours.

Les pharmaciens et infirmiers de notre étude sont les grands bénéficiaires de la formation. Ils ont montré une modification des pratiques dans le repérage ciblé. Mais les connaissances théoriques ne suffisent pas. Les freins à aborder la consommation d'alcool que nous avons relevés (risque d'offenser le patient, représentations négatives de l'addiction à l'alcool, manque de temps, manque de formation) demeuraient prégnants. Les professionnels paramédicaux ont besoin de développer des attitudes positives dans les soins aux patients présentant une addiction à l'alcool. Cela peut se faire par la mise en place de groupes de soutien, ou plus simplement par des échanges avec des confrères au sujet des patients pris en charge en commun (59), ou par des programmes d'éducation thérapeutique (ETP).

Malheureusement, les formations en ETP au sein des IFSI sont peu développées (60).

La création du statut d'infirmier en pratique avancée (IPA) par la loi de modernisation de la santé du 26 janvier 2016 vise l'amélioration de l'accompagnement des patients présentant des maladies chroniques stabilisées. Des infirmiers libéraux participant à l'expérimentation Asalée, prennent d'ores et déjà en charge des patients présentant un diabète de type 2, un fort risque cardio-vasculaire, une BPCO post-tabagique ou des troubles cognitifs (61). De façon plus pragmatique, la rédaction des protocoles de soins dans le cadre de la prise en charge en ALD-30 peut être un moyen d'entraîner les infirmiers à réaliser de l'éducation thérapeutique.

Les pharmaciens, fortement impliqués par le Respadd dans la prise en charge des addictions (62) (63), réfléchissent également sur la place qu'ils pourraient occuper dans l'éducation thérapeutique des patients (64). Cependant, leur participation n'est envisageable que dans une démarche multidisciplinaire (65). Un programme d'éducation thérapeutique perd de son intérêt s'il ne prend pas en charge le patient dans sa globalité.

4.4.3 Développer la pluridisciplinarité

Le fait de proposer une étude et une formation commune a séduit les professionnels et les a poussés à prendre conscience de l'intérêt de sortir de leur isolement et de mutualiser leur connaissance du patient. L'optique d'ouverture favorise la collaboration interprofessionnelle et permet d'optimiser les prises en charge.

Une culture addictologique commune apportera sans nul doute de la synergie dans les prises en charge et une meilleure coordination du soin autour du patient. Notre formation aura apporté une meilleure compréhension de l'approche de réduction des risques et des dommages déjà développée par les médecins généralistes, auprès des autres partenaires que sont les pharmaciens et les infirmiers.

Les programmes d'ETP en ville ne peuvent se concevoir de manière isolée, d'autant plus s'agissant de l'addiction à l'alcool qui nécessite une prise en charge médicale, sociale et psycho-éducative. Le développement de Maisons de Santé susceptibles de percevoir des financements pour la coordination des soins, permet d'envisager la mise en place d'ETP en ville (66). Des exemples montrent qu'il est également possible de faire travailler des professionnels libéraux ensembles, en-dehors de ce type de structure (67).

4.5 Perspectives et conclusion

Notre étude et la soirée de formation pluridisciplinaire sur l'addiction à l'alcool ont été particulièrement bien accueillies par les professionnels de Basse Navarre. L'excellente participation témoigne de leur intérêt pour cette problématique et de la pertinence de notre proposition. Nous avons mis en évidence un bon niveau de pratiques professionnelles des médecins, que la formation a su renforcer.

L'isolement des soignants et le manque de formation ne les empêche pas de s'investir. Ils ont développé des compétences malgré le changement de modèle que l'addictologie a vécu ces 10 dernières années. Leurs aptitudes méritent d'être soutenues par des formations complémentaires régulières et répétées mais courtes, traitant d'un sujet ciblé. La formation initiale en addictologie est insuffisante et doit indéniablement être actualisée et complétée par la formation continue. Une formation librement suivie par un professionnel est assurément influente sur sa pratique.

L'amélioration des pratiques professionnelles dans la prise en charge du trouble de l'usage alcool devrait entraîner une augmentation du nombre de patients suivis pour une addiction.

Les médecins généralistes, pharmaciens et infirmiers libéraux sont essentiels pour assurer la prise en charge des patients au quotidien, d'autant plus dans un contexte où les maladies chroniques sont en passe de devenir le fléau du 21^{ème} siècle (68). Le développement des soins ambulatoires n'a jamais été aussi nécessaire.

Une formation axée sur la collaboration médecin-pharmacien-infirmier est apparue pertinente, les soins de ville manquant de coordination et de culture addictologique commune. Les infirmiers sont demandeurs de collaboration avec les médecins autour de ces problématiques. Parallèlement, l'élargissement des formations communes aux travailleurs sociaux apporterait un levier thérapeutique supplémentaire dans la prise en charge locale des patients.

Ces considérations ne nous font pas oublier la place prépondérante de tous les professionnels de premier recours dans la prévention, notamment auprès des populations vulnérables comme les jeunes dont la pratique du binge-drinking multiplie les risques de dommages et de basculement dans l'addiction. Mais les soignants ne peuvent pas porter seuls ces messages dans un pays où certains vignobles sont inscrits au patrimoine mondial de l'Unesco et où boire de l'alcool est présenté comme un fait culturel (69). Les professionnels réclament la mise en place d'une politique de santé publique ambitieuse sur l'alcool comme il en existe sur la sécurité routière ou plus récemment sur le tabac. Mais loin d'œuvrer à faire changer les représentations de l'alcool, les autorités cèdent aux lobbies et ont permis en 2015 un assouplissement de la loi Evin encadrant la publicité sur les boissons alcoolisées (70) (71). Ça n'est pas demain que nous verrons des bouteilles de vin barrées d'un « L'alcool tue ».

5. BIBLIOGRAPHIE

1. Richard J-B, Palle C, Guignard R, Nguyen-Thanh V, Beck F, Arwidson P. La consommation d'alcool en France en 2014. Evolutions-Résultats d'études et de recherches en prévention et en éducation pour la santé. avr 2015;(32):1-6.
2. Observatoire français des drogues et des Toxicomanies (OFDT), Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES), Beck F, Richard J-B, Guignard R, Spilka. Les niveaux d'usage des drogues en France en 2014. Baromètres santé 2014. Tendances. mars 2015;1-8.
3. DREES- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. L'état de santé de la population en France : Rapport 2017 [Internet]. 2017 [cité 27 juin 2017]. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/esp2017.pdf>
4. Michaud P, Dewost A-V, Fouillard P. "Boire moins c'est mieux": Comment intégrer le repérage précoce et l'intervention brève auprès des consommateurs à risque dans la pratique des médecins ? La Presse Médicale. mai 2006;35(5, Part 2):831-9.
5. Reynaud M. Les dommages liés aux addictions et les stratégies validées pour réduire ses dommages. Paris: Rapport remis à Madame Daniele Jourdain-Menninger Présidente de la MILDT; 2014 p. 109.
6. Anderson P, Baumberg B. L'Alcool en Europe. Une approche en santé publique. Londres: Rapport à la Commission européenne; 2006 juin p. 493.
7. Li T-K, Hewitt BG, Grant BF. The Alcohol Dependence Syndrome, 30 years later : a commentary. The 2006 H. David Archibald Lecture. Addiction. 4 août 2007;102(10):1522-30.
8. Saha TD, Chou SP, Grant BF. Toward an alcohol use disorder continuum using item response theory : results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. Psychological Medicine. juill 2006;36(07):931.
9. Rehm J, Room R, Graham K, Monteiro M, Gmel G, Sempos CT. The relationship of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking to burden of disease: an overview. Addiction. 2003;98(9):1209-28.
10. Li T-K. Quantifying the risk for alcohol-use and alcohol-attributable health disorders: Present findings and future research needs. Journal of Gastroenterology and Hepatology. 2007;23(s1):S2-8.
11. GBD 2016 Alcohol Collaborators. Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990-2016 : a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. The Lancet. sept 2018;392(10152):1015-35.
12. Société Française d'Alcoologie-SFA. Mésusage de l'alcool ; dépistage, diagnostic et traitement. Recommandation de bonne pratique. Alcoologie et Addictologie. 2015;37(1):5-84.
13. O'Brien C. Addiction and dependence in DSM-V. Addiction. 2010;106(5):866-7.
14. Auriacombe M, Serre F, Fatséas M. Le craving : marqueur diagnostique et pronostique des addictions ? In: Traité d'addictologie 2ème édition. Lavoisier. (Traités).
15. Aubin H-J, Luquiens A, Benyamina A. Approches pharmacologiques du trouble de l'usage d'alcool : Maintien de l'abstinence ou contrôle de la consommation ? Alcoologie et Addictologie. 2015;37(3):205-11.
16. Gautier A, Fournier C, Beck F. Pratiques et opinions des médecins généralistes en matière de prévention. Santé Publique. déc 2011;(77):5-10.
17. Lévi L. Enquête sur la prise en charge des conduites addictives par les médecins généralistes de la côte basque en 2009 [Thèse d'exercice pour le Diplôme d'Etat de docteur en Médecine]. [Bordeaux]: Université de Bordeaux; 2010.

18. Djengue A. L'alcoologie et les futurs médecins généralistes français: évaluation des connaissances, des pratiques et de la formation reçue en fin d'internat [Thèse d'exercice pour le Diplôme d'Etat de docteur en Médecine]. [France]: Université de Caen Normandie; 2015.
19. Le Bœuf D. La lutte contre les conduites addictives en France. *Soins*. juin 2017;62(816):30-2.
20. Fédération addiction, Réseau de prévention des addictions (Respadd), Institut de promotion de la prévention secondaire en addictologie (Ippsa), Ministère chargé de la Santé. *Alcool, drogues : Quelle conduite à tenir face à une consommation de substances psycho-actives ?* 2012.
21. Schmitt A, Schwan R, Llorca P-M. Intérêt des prises en charge coordonnées : l'alcoologie de liaison et les réseaux de santé. *Annales médico-psychologiques*. 24 juill 2007;165(6):449-53.
22. Tisserand L, Mezerette C, Rolland B, Cottencin O, Vignau J, Muysen A, et al. Sevrage ambulatoire : une expérience de la coopération en addictologie. *Soins psychiatrie*. 2 juill 2013;34(287):38.
23. Mitchell AM, Kane I, Lindsay DL, Hagle H, Puskar K, Aiello J, et al. Educating Emergency Department Registered Nurses (EDRNs) in screening, brief intervention, and referral to treatment (SBIRT): Changes in attitudes and knowledge over time. *International Emergency Nursing*. 1 juill 2017;33(Supplement C):32-6.
24. Rica M, Principe A, Le Reste J-Y, Guillou Landreat M. Autoévaluation des attitudes soignantes aux urgences face aux conduites addictives. Étude exploratoire. *L'Encéphale*. 1 févr 2017;43(1):10-4.
25. Harris BR, Yu J. Attitudes, perceptions and practice of alcohol and drug screening, brief intervention and referral to treatment: a case study of New York State primary care physicians and non-physician providers. *Public Health*. 1 oct 2016;139(Supplement C):70-8.
26. Coloma-Carmona A, Carballo JL, Tirado-González S. Barriers for identification and treatment of problem drinkers in primary care. *Gaceta Sanitaria*. 1 mars 2017;31(2):95-9.
27. Respadd (Réseau de prévention des addictions). *Guide de l'addictologie en pharmacie d'officine*. 2014.
28. Pouyet-Poulet É, Sauvant M-P, Pépin D, Planche R. Le pharmacien d'officine face au problème des buveurs excessifs. *Santé Publique*. 1 janv 2008;13(3):237-48.
29. Réseau Sud Aquitain des Professionnels de Soins en Addictologie - RESAPSAD. *Dispositif local de soins en addictologie*. 2018.
30. DRASS d'Aquitaine. *Schéma régional médico-social d'addictologie : Région Aquitaine 2009-2014. Les dossiers de la DRASS Aquitaine*. (59):1-39.
31. Réseau Sud Aquitain des Professionnels de Soins en Addictologie - RESAPSAD. *Rapport d'activité 2009*. 2009.
32. Hollier J. Impact d'une formation pluridisciplinaire sur la prise en charge de l'addiction au tabac. *Etude d'intervention avec contrôle des témoins* [Thèse d'exercice pour le Diplôme d'Etat de docteur en Médecine]. Bordeaux; 2016.
33. Fournier C, Buttet P, Le Lay E. Prévention, éducation pour la santé et éducation thérapeutique en médecine générale. In: *Baromètre santé médecin généraliste 2009*. 2009. p. 45-83.
34. Gaussoit L. Les représentations de l'alcoolisme et la construction sociale du « bien boire ». *Sciences sociales et santé*. 1998;16(1):5-42.
35. Gache P. Prise en charge du patient alcoolo-dépendant : préjugés et contre-attitudes. *Revue Médicale Suisse* [Internet]. 2000 [cité 12 sept 2018];4(20815). Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2000/RMS-2316/20815>

36. Bouix J-C, Gache P, Rueff B, Huas D. Parler d'alcool reste un sujet tabou : Connaissances, opinions, attitudes et pratiques de médecins généralistes français concernant l'alcool. *La Revue du Praticien*. 2002;16(588):1488-92.
37. Médicale MP. La durée de consultation en médecine générale [Internet]. *prevention-medicale.org*. [cité 10 sept 2018]. Disponible sur: <https://www.prevention-medicale.org/Actualites-et-revues-de-presse/Toutes-les-actualites/Medecin/duree-consultation-medecine-generale>
38. Auriacombe M, Fatséas M, Daulouède J-P, Tignol J. Le craving et nouvelle clinique de l'addiction : une perspective simplifiée et opérationnelle. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. oct 2018;176(8):746-9.
39. Léon É. Les pratiques de recherche documentaire des médecins généralistes: les freins et les difficultés pour l'accès à une information de qualité [Thèse d'exercice pour le Diplôme d'Etat de docteur en Médecine]. Bordeaux; 2014.
40. Chaignot C, Weill A, Ricordeau P, Alla F. Utilisation en France du baclofène dans l'alcoolodépendance de 2007 à 2013 : étude à partir du SNIIRAM et du PMSI. *Thérapie*. 8 juill 2016;70(5):443-53.
41. Benyamina A, Reynaud M. Stratégie de prise en charge de l'alcoolodépendance en ambulatoire : quel suivi et quelle durée de traitement ? *L'Encéphale*. 1 févr 2016;42(1):67-73.
42. Gandilhon M, Cadet-Taïrou A, Lazès-Charmetant A, Zurbach E, Schléret Y, Pavic G, et al. Les usages de drogues en espace rural. *Tendances-OFDT*. nov 2015;(104):1-4.
43. Santé Publique France, Institut National du Cancer. Avis d'experts relatif à l'évolution du discours public en matière de consommation d'alcool en France. 2017 mai p. 150.
44. Castera P, Kinouani S, Joseph J-P. Repérage précoce et intervention brève. Succès et limites. *Alcoologie et Addictologie*. 2015;37(1):85-92.
45. Haute Autorité de Santé. Outil d'aide au repérage précoce et intervention brève : alcool, cannabis, tabac chez l'adulte. 2014.
46. Primary Health Care European Project on Alcohol (PHEPA), Anderson P, Gual A, Colom J. Alcool et médecine générale-Recommandations cliniques pour le repérage précoce et les interventions brèves. Paris; 2008.
47. Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives-MILDECA. Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017. La documentation française; 2013.
48. Seta N, Dupré T. Transferrine désialylée. *EMC, Biologie clinique*. 23 oct 2009;90-10-0915:1-5.
49. Østbye T, Yarnall KSH, Krause KM, Pollak KI, Gradison M, Michener JL. Is There Time for Management of Patients With Chronic Diseases in Primary Care? *Ann Fam Med*. mai 2005;3(3):209-14.
50. Massol P. L'éducation thérapeutique doit sortir de l'hôpital. *Egora*. févr 2014;8-10.
51. Desgrées du Loû G. La maison du patient : un modèle d'évolution de programme ETP. *Le concours médical*. mai 2015;137(5):353.
52. Holué C. Des paramédicaux praticiens au secours des médecins ? *Le concours médical*. mars 2011;133(3):177-8.
53. Auriacombe M, Dubernet J, Sarram S, Daulouède J-P, Fatséas M. Traitements pharmacologiques dans les addictions : pour une approche transversale et simplifiée. In: *Les addictions : approches thérapeutiques*. 2016. p. 307-10.
54. J'ai honte [Internet]. *Psychoactif, l'espace solidaire entre les consommateurs de substances psychoactives*. [cité 1 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.psychoactif.org/forum/t23289-p1-j-ai-honte.html>

55. Ameisen O. Le dernier verre. Denoël. 2008. 288 p. (Impacts).
56. HAS-Haute Autorité de Santé. Méthodes quantitatives pour évaluer les interventions visant à améliorer les pratiques. 2007.
57. Witkiewitz K, Kranzler HR, Hallgren KA, O'Malley SS, Falk DE, Litten RZ, et al. Drinking Risk Level Reductions Associated with Improvements in Physical Health and Quality of Life Among Individuals with Alcohol Use Disorder. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* [Internet]. 5 nov 2018 [cité 26 nov 2018]; Disponible sur: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/acer.13897>
58. Holué C. Comment financer une action de prévention ? *Le concours médical*. avr 2018;140:21-2.
59. Menecier P, Poillot A, Menecier-Ossia L, Bernard B, Constant N, Ploton L. Etudiants infirmiers, infirmiers et mésusage d'alcool du sujet âgé, étude sur les attitudes et croyances. *Annales de gérontologie*. sept 2009;2(3):183-9.
60. Rooij GV, Crozet C, Andrade VD, Gagnayre R. Enquête sur l'enseignement de l'éducation thérapeutique auprès de 30 instituts de formation en soins infirmiers de la région Île-de-France. *Educ Ther Patient/Ther Patient Educ*. 1 déc 2012;4(2):S111-21.
61. Simon P. Pratique avancée des infirmières : une chance pour la santé publique. *Bulletin Infirmier du cancer*. 2018;18(2):65-71.
62. Fauque C. Le pharmacien d'officine : éducateur de santé. Son rôle dans le repérage précoce du « risque alcool » et l'intervention brève (RPIB). *La lettre du Respadd*. nov 2014;4-5.
63. Michaud P, Lécallier D. Quatre premières expériences de formation des pharmaciens d'officine au repérage précoce du mésusage d'alcool et aux interventions brèves. *La lettre du Respadd*. janv 2012;4-5.
64. Service pharmacie, Hôpital Antoine Béclère, Clamart. Le rôle du pharmacien dans l'éducation thérapeutique du patient. *Journal de pharmacie clinique*. juin 2010;29(2):90-2.
65. Baudrant M, Rouprêt J, Trout H, Certain A, Tissot E, Allenet B. Réflexions sur la place du pharmacien dans l'éducation thérapeutique du patient. *Journal de pharmacie clinique*. déc 2008;27(4):201-4.
66. Garros B. Maison de santé, chaînon manquant de l'organisation ambulatoire ? *Santé Publique*. 1 oct 2009;21(hs1):7-16.
67. Martin L. Pratiques coordonnées : il n'y a pas que les MSP. *Le concours médical*. févr 2016;138(2):98.
68. Negaret P. De l'assurance maladie à l'assurance santé. *Fondation pour l'innovation politique*. 2017.
69. Rigaud A. Les représentations sociétales de l'alcool et de sa consommation : les paradoxes français. In: *Les représentations de l'alcoolique* [Internet]. ERES; 2015 [cité 12 sept 2018]. p. 45-50. Disponible sur: <http://www.cairn.info/les-representations-de-l-alcoolique--9782749246208-page-45.htm>
70. Loi Evin : un assouplissement controversé. *La dépêche* [Internet]. 25 nov 2015 [cité 20 oct 2018]; Disponible sur: <https://www.ladepeche.fr/article/2015/11/25/2224642-loi-evin-un-assouplissement-controverse.html>
71. Benyamina A, Samitier M-P. Comment l'alcool détruit la jeunesse. *Albin Michel*. 2017. 205 p.

6. ANNEXES

6.1 Questionnaire soumis aux médecins à T0, T1 et T2.

1- a) Avez-vous déjà bénéficié d'une formation en addictologie et/ou alcoologie ?

Oui

Non

b) Si oui, quel type de formation ?

Formation initiale

DU/Capacité

FMC/DPC

Autre

2- a) Dans quelles situations abordez-vous la question de la consommation d'alcool avec vos patients ? (Plusieurs réponses possibles)

- De manière systématique à tous les patients
- A l'ouverture de dossier pour les nouveaux patients
- Parce que l'entourage vous a alerté
- Devant l'existence de signes cliniques évocateurs :
 - Signes d'imprégnation aigüe ou chronique
 - HTA
 - Dépression/anxiété
 - Troubles du sommeil
 - Troubles digestifs
 - Chutes
 - Autres (préciser) : ...
- Devant des dommages somatiques et/ou psychologiques et/ou sociaux évocateurs
- Devant un bilan sanguin perturbé
- Dans certains états physiologiques à risque :
 - Grossesse
 - Adolescents et jeunes adultes
 - Personnes âgées
 - Polymédication
 - Autres (préciser) : ...
- Autres (préciser) : ...

b) Dans votre pratique, quels sont les freins à aborder la question de la consommation d'alcool ? (Plusieurs réponses possibles)

- Le manque de connaissance
- Le fait de n'être pas formé.
- Cela pourrait offenser le patient
- Le manque de temps.
- Je ne suis pas à l'aise pour aborder ce sujet.
- Je ne pense pas que ce soit efficace.
- Je ne pense pas que ce soit mon rôle.
- Il n'existe pas de rémunération spécifique pour ce type d'acte.
- Autres (préciser) : ...

**3- Comment évaluez-vous habituellement la consommation d'alcool de vos patients ?
(Plusieurs réponses possibles)**

- A l'interrogatoire :
 - En posant une question fermée
 - En posant une question ouverte
 - Par la consommation déclarée d'alcool. Préciser le seuil qui vous alerte pour un homme : ... pour une femme: ...
 - En recherchant un usage dysfonctionnel , une perte de contrôle
 - En utilisant des questionnaires :
 - AUDIT ou AUDIT-C
 - FACE
 - Autres (préciser) : ...
- Par l'examen clinique :
 - Manifestations cliniques d'une consommation aiguë (ivresse ou haleine caractéristique)
 - Manifestations cliniques d'une consommation chronique
 - Manifestations cliniques d'un sevrage/manque
- Par le bilan biologique :
 - Bilan hépatique
 - VGM
 - CDT
 - Autres (préciser) : ...
- Autres (préciser) : ...

4- Sur quels critères diagnostiquez-vous habituellement une addiction à l'alcool (ou trouble de l'usage alcool) ? (Plusieurs réponses possibles)

- Echecs des tentatives d'arrêts/rechutes répétées
- Consommation d'alcool poursuivie alors que la personne reconnaît avoir un problème avec l'alcool
- Perte de contrôle sur la quantité et le temps dédié
- Existence d'un craving (désir impérieux de consommer)
- Poursuite malgré les dommages
- Incapacité à remplir ses obligations
- Usage d'alcool dans des situations physiquement dangereuses
- Tolérance (besoin de quantités plus importantes pour obtenir le même effet)
- Manifestations de sevrage à l'arrêt
- Par rapport à la quantité consommée
 - Autres (préciser) : ...

5- a) Recherchez-vous des consommations associées ?

- Oui Non

b) Si oui, lesquelles ?

- Tabac Cocaïne Addictions comportementales (jeu, sexe, nourriture)
 Cannabis Héroïne

6- Lorsque vous diagnostiquez une addiction à l'alcool, quelle prise en charge proposez-vous ? (Plusieurs réponses possibles)

Au cabinet :

- Aucune
- Intervention brève
- Soutien relationnel/motivationnel
- Aide au repérage et à la gestion du craving
- Réduction de consommation avec un traitement médicamenteux anti-craving
- Sevrage ambulatoire
- Thérapie cognitivo-comportementale

Orientation :

- Pour sevrage au sein d'une structure
- Vers une consultation spécialisée :
 - Psychiatre/CMP
 - Centre d'addictologie
 - Service d'hépatologie
- Vers une psychologue de ville
- Vers une association néphaliste (type Alcooliques Anonymes)
- Autres (préciser) : ...

7- a) Prescrivez-vous des traitements pour diminuer l'envie de consommer (craving) de l'alcool ?

- Oui Non

b) Si oui, dans quel objectif ? (Plusieurs réponses possibles)

- Réduire le craving
- Réduire la consommation d'alcool
- Maintenir l'abstinence
- Autres (préciser) : ...

c) Si non, pourquoi ? (Plusieurs réponses possibles)

- Je considère que c'est une prescription spécialisée.
- Par manque de connaissance des thérapeutiques.
- Je ne pense pas que ces traitements soient efficaces.
- Autres (préciser) : ...

8- Quels sont les médicaments contre les envies de consommer (craving) de l'alcool que vous prescrivez ? (plusieurs réponses possibles)

- Nalméfène (Selincro)
- Baclofène (Lioresal)
- Acamprosate (Aotal)
- Disulfirame (Esperal)
- Naltrexone (Revia)
- Autres (préciser) : ...

9- Continuez-vous à évaluer le craving au cours du suivi d'un patient présentant une addiction à l'alcool ?

- Oui Non

10- a) Prescrivez-vous des passages IDE au domicile dans le cadre de l'accompagnement des patients présentant une addiction à l'alcool ?

- Oui Non

b) Pour quels motifs ? (Plusieurs réponses possibles)

- Sevrage ambulatoire
- Administration des traitements anti-craving alcool
- Education thérapeutique (observance thérapeutique/suivi du craving)
- Autres (préciser) : ...

11- En cours de suivi pour une addiction à l'alcool, dans quelles situations contactez-vous directement le pharmacien ou les infirmiers qui suivent le patient ? (plusieurs réponses possibles)

- Jamais
- En cas de craving mal contrôlé
- Pour les adaptations posologiques
- En cas de mauvaise observance du traitement
- Lors d'une rechute
- En cas de décompensation psychologique ou somatique
- Pour solliciter une délivrance quotidienne ou hebdomadaire du traitement
- En cas de mésusage thérapeutique
- En cas de prescription hors AMM
- Autres (préciser) : ...

12- Dans le mois précédent, à quelle fréquence avez-vous été en contact avec un pharmacien au sujet d'un patient présentant une addiction à l'alcool ?

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Jamais | <input type="checkbox"/> une fois par semaine | <input type="checkbox"/> Plusieurs fois par jour |
| <input type="checkbox"/> 1 fois par mois | <input type="checkbox"/> 2-4 fois par semaine | |
| <input type="checkbox"/> 2 à 3 fois par mois | <input type="checkbox"/> Tous les jours | |

13- Dans le mois précédent, à quelle fréquence avez-vous été en contact avec une infirmière libérale au sujet d'un patient présentant une addiction à l'alcool ?

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Jamais | <input type="checkbox"/> une fois par semaine | <input type="checkbox"/> Plusieurs fois par jour |
| <input type="checkbox"/> 1 fois par mois | <input type="checkbox"/> 2-4 fois par semaine | |
| <input type="checkbox"/> 2 à 3 fois par mois | <input type="checkbox"/> Tous les jours | |

14- Comment s'organise le suivi ?

- Vous prévoyez systématiquement une consultation de suivi
- Laissé à l'initiative du patient

15- Pour quels motifs êtes-vous amené à orienter des patients vers une consultation d'addictologie en cours de suivi ? (Plusieurs réponses possibles)

- Jamais
- Polyaddictions
- Echec d'une prise en charge. Préciser au bout de combien de temps : ...
- Lors d'une rechute
- A la demande du patient
- A la demande de l'entourage
- Aggravation des dommages liés à la consommation d'alcool
- Autres (préciser) : ...

16- Combien de patients présentant une addiction à l'alcool prenez-vous en charge pour ce motif ?

- | | | |
|--------------------------------|--------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aucun | <input type="checkbox"/> 5-7 | <input type="checkbox"/> >15 |
| <input type="checkbox"/> 1-2 | <input type="checkbox"/> 8-10 | |
| <input type="checkbox"/> 3-4 | <input type="checkbox"/> 10-15 | |

6.2 Questionnaires soumis aux pharmaciens à T0, T1 et T2

1- a) Avez-vous déjà bénéficié d'une formation en addictologie et/ou alcoologie ?

- Oui Non

b) Si oui, quel type de formation ?

- Formation initiale DU/Capacité FMC/DPC Autre

2- a) Dans quelle(s) situation(s) abordez-vous la question de la consommation d'alcool avec vos patients ? (Plusieurs réponses possibles)

- Jamais
 De manière systématique à tous les patients
 Devant l'existence de signes évocateurs :
 - Signes d'imprégnation aiguë ou chronique
 - HTA
 - Dépression/anxiété
 - Troubles du sommeil
 - Troubles digestifs
 - Autres (préciser) : ...
- Devant une interaction médicamenteuse possible avec l'alcool
 Dans certains états physiologiques à risque :
 - Grossesse
 - Adolescents et jeunes adultes
 - Personnes âgées
 - Polymédication
 - Autres (préciser) : ...
- Autres (préciser) : ...

b) Dans votre pratique, quels sont les freins à aborder la question de la consommation d'alcool ? (Plusieurs réponses possibles)

- Le manque de connaissance
 Le fait de n'être pas formé
 Cela pourrait offenser le patient
 Le manque de temps
 Je ne suis pas à l'aise pour aborder ce sujet
 Je ne pense pas que ce soit efficace
 Je ne pense pas que ce soit mon rôle
 L'officine n'est pas un lieu qui permet d'aborder ce sujet
 Il n'existe pas de rémunération spécifique pour ce type d'acte
 Autres (préciser) : ...

- 3- Comment évaluez-vous habituellement la consommation d'alcool de vos patients ? (Plusieurs réponses possibles)**
- En posant une question fermée
 - En posant une question ouverte
 - Par la consommation déclarée d'alcool. Préciser le seuil qui vous alerte pour un homme : ... pour une femme: ...
 - En recherchant un usage dysfonctionnel, une perte de contrôle
 - En utilisant des questionnaires :
 - AUDIT ou AUDIT-c
 - FACE
 - Autres (préciser) : ...
 - Autres (préciser) : ...
- 4- Sur quels critères suspectez-vous habituellement une addiction à l'alcool (ou trouble de l'usage alcool) ? (Plusieurs réponses possibles)**
- Echecs des tentatives d'arrêts/rechutes répétées
 - Consommation d'alcool poursuivie alors que la personne reconnaît avoir un problème avec l'alcool
 - Perte de contrôle sur la quantité et le temps dédié
 - Existence d'un craving (désir impérieux de consommer)
 - Poursuite malgré les dommages
 - Incapacité à remplir ses obligations
 - Usage d'alcool dans des situations physiquement dangereuses
 - Tolérance (besoin de quantités plus importantes pour obtenir le même effet)
 - Manifestations de sevrage à l'arrêt
 - Par rapport à la quantité consommée
 - Autres (préciser) : ...
- 5- En interrogeant les patients sur leur niveau de consommation, proposez- vous systématiquement un conseil de modération type Intervention Brève, en l'absence d'addiction ?**
- Oui
 - Non
- 6- Chez un patient qui présente une addiction à l'alcool, quelle prise en charge proposez-vous ? (Plusieurs réponses possibles)**
- Aucune
 - Intervention brève
 - Aide au repérage et à la gestion du craving
 - Orientation vers le médecin traitant
 - Orientation vers une consultation spécialisée :
 - Psychiatre/CMP
 - Centre d'addictologie
 - Service d'hépatologie
 - Orientation vers une psychologue de ville
 - Orientation vers une association néphaliste (type Alcooliques Anonymes)
 - Autres (préciser) : ...

7- Quels sont les médicaments contre les envies de consommer (craving) de l'alcool que vous connaissez ? (plusieurs réponses possibles)

- Nalméfène (Selincro)
- Acamprosate (Aotal)
- Naltrexone (Revia)
- Baclofène (Lioresal)
- Disulfirame (Esperal)
- Autres (préciser) : ...

8- Combien de boîtes de médicaments contre les envies de consommer (craving) de l'alcool ont été délivrées dans votre officine, le mois précédent cette enquête ?

- Nalméfène (Selincro) : ...
- Acamprosate (Aotal) : ...
- Naltrexone (Revia) : ...
- Baclofène (Lioresal) : ...
- Disulfirame (Esperal) : ...

9- Dans quelles situations contactez-vous le médecin traitant du patient ? (Plusieurs réponses possibles)

- Jamais
- Si vous repérez un trouble de l'usage
- Lors d'une rechute
- En cas de mauvaise observance du traitement
- En cas d'interactions médicamenteuses
- En cas de non-respect des recommandations
- Autres (préciser) : ...

10- Dans quelles situations le médecin traitant du patient vous contacte t-il ? (Plusieurs réponses possibles)

- Jamais
- Pour solliciter une délivrance quotidienne ou hebdomadaire du traitement
- En cas de mésusage thérapeutique
- En cas de prescription hors AMM
- Autres (préciser) : ...

11- Dans le mois précédent, à quelle fréquence avez-vous été en contact avec le médecin traitant d'un patient présentant un trouble de l'usage alcool ?

- Jamais
- 1 fois par mois
- 2 à 3 fois par mois
- une fois par semaine
- 2-4 fois par semaine
- Tous les jours
- Plusieurs fois par jour

12- Dans votre officine, combien de patients suivez-vous pour un trouble de l'usage alcool ?

- Aucun
- 1-2
- 3-4
- 5-7
- 8-10
- 10-15
- >15

6.3 Questionnaire soumis aux infirmiers libéraux à T0, T1 et T2

1- a) Avez-vous déjà bénéficié d'une formation en addictologie et/ou alcoologie ?

- Oui Non

b) Si oui, quel type de formation ?

- Formation initiale DU/Capacité FMC/DPC Autre

2- a) Dans quelles situations abordez-vous la question de la consommation d'alcool avec vos patients ? (Plusieurs réponses possibles)

- Jamais
 De manière systématique à tous les patients
 Pour les nouveaux patients
 Parce que l'entourage vous a alerté
 Parce que des éléments au domicile vous font penser qu'il existe une consommation d'alcool.
 Devant l'existence de signes cliniques évocateurs :
 Signes d'imprégnation aiguë ou chronique
 HTA
 Dépression/anxiété
 Troubles du sommeil
 Troubles digestifs
 Chutes
 Autres (préciser) : ...
 Devant des dommages psychologiques et/ou sociaux évocateurs
 Dans certains états physiologiques à risque :
 Grossesse
 Adolescents et jeunes adultes
 Personnes âgées
 Polymédication
 Autres (préciser) : ...
 Autres (préciser) : ...

b) Dans votre pratique, quels sont les freins à aborder la question de la consommation d'alcool ? (Plusieurs réponses possibles)

- Le manque de connaissance
 Le fait de n'être pas formé.
 Cela pourrait offenser le patient
 Le manque de temps.
 je ne suis pas à l'aise pour aborder ce sujet.
 Je ne pense pas que ce soit efficace.
 Je ne pense pas que ce soit mon rôle.
 Il n'existe pas de rémunération spécifique pour ce type d'acte.
 Autres (préciser) : ...

**3- Comment évaluez-vous habituellement la consommation d'alcool de vos patients ?
(Plusieurs réponses possibles)**

- A l'interrogatoire :
 - En posant une question fermée
 - En posant une question ouverte
 - Par la consommation déclarée d'alcool. Préciser le seuil qui vous alerte pour un homme : ... pour une femme: ...
 - En recherchant un usage dysfonctionnel, une perte de contrôle
 - En utilisant des questionnaires :
 - AUDIT ou AUDIT-c
 - FACE
 - Autre (préciser) : ...
- Par la clinique :
 - Manifestations cliniques d'une consommation aiguë (ivresse ou haleine caractéristique)
 - Manifestations cliniques d'une consommation chronique
 - Manifestations cliniques d'un sevrage/manque
- Autres (préciser) : ...

4- Sur quels critères suspectez-vous habituellement une addiction à l'alcool (ou trouble de l'usage alcool) ? (Plusieurs réponses possibles)

- Echecs des tentatives d'arrêts/ rechutes répétées
- Consommation d'alcool poursuivie alors que la personne reconnaît avoir un problème avec l'alcool
- Perte de contrôle sur la quantité et le temps dédié
- Existence d'un craving (désir impérieux de consommer)
- Poursuite malgré les dommages
- Incapacité à remplir ses obligations
- Usage d'alcool dans des situations physiquement dangereuses
- Tolérance (besoin de quantités plus importantes pour obtenir le même effet)
- Manifestations de sevrage à l'arrêt
- Par rapport à la quantité consommée
 - Autres (préciser) : ...

5- En interrogeant les patients sur leur niveau de consommation, proposez- vous systématiquement un conseil de modération type Intervention Brève, en l'absence d'addiction ?

- Oui Non

6- Lorsque vous repérez une addiction à l'alcool, contactez-vous le médecin traitant ?

- Oui Non

7- Chez un patient qui présente une addiction à l'alcool, quelle prise en charge proposez-vous ? (plusieurs réponses possibles)

- Aucune
- Intervention brève
- Soutien relationnel/motivationnel
- Aide au repérage et à la gestion du craving (envie de consommer)
- Gestion de sevrage alcool ambulatoire
- Orientation vers le médecin traitant
- Orientation vers une consultation spécialisée :
 - Psychiatre/CMP
 - Centre d'addictologie
 - Service d'hépatologie
- Orientation vers une psychologue de ville
- Orientation vers une association néphaliste (type Alcooliques Anonymes)
- Autres (préciser) : ...

8- Quels sont les médicaments contre les envies de consommer (craving) de l'alcool que vous connaissez ? (plusieurs réponses possibles)

- Nalméfène (Selincro)
- Acamprosate (Aotal)
- Naltrexone (Revia)
- Baclofène (Lioresal)
- Disulfirame (Espéral)
- Autres (préciser) : ...

9- a) Suivez-vous des patients sur prescription médicale pour une addiction à l'alcool ?

- Oui
- Non

b) Si oui, combien ?

- Aucun
- 1-2
- 3-4
- 5-7
- 8-10
- 10-15
- >15

c) Pour quels motifs ? (Plusieurs réponses possibles)

- Délivrance / supervision des traitements du sevrage ambulatoire
- Administration des traitements anticraving alcool
- Education thérapeutique (observance thérapeutique/suivi du craving)
- Autres (préciser) : ...

10- En cours de suivi pour une addiction à l'alcool, dans quelles situations contactez-vous le médecin traitant du patient ? (Plusieurs réponses possibles)

- Jamais
- En cas de craving mal contrôlé
- Pour les adaptations posologiques
- En cas de mauvaise observance du traitement
- Lors d'une rechute
- En cas de décompensation psychologique ou somatique
- Autres (préciser) : ...

11- En cours de suivi pour une addiction à l'alcool, dans quelles situations le médecin traitant du patient vous contacte-t-il ? (Plusieurs réponses possibles)

- Jamais
- Au sujet de la gestion du craving
- Pour objectiver la qualité de l'observance thérapeutique
- Pour les adaptations posologiques
- Pour recueillir des informations sur l'évolution clinique
- Lors d'une rechute
- Autres (préciser) : ...

12- Dans le mois précédent, à quelle fréquence avez-vous été en contact avec le médecin généraliste d'un patient présentant un trouble de l'usage alcool ?

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Jamais | <input type="checkbox"/> une fois par semaine | <input type="checkbox"/> Plusieurs fois par jour |
| <input type="checkbox"/> 1 fois par mois | <input type="checkbox"/> 2-4 fois par semaine | |
| <input type="checkbox"/> 2 à 3 fois par mois | <input type="checkbox"/> Tous les jours | |

6.4 Résultats complémentaires pour les médecins

6.4.1 Etat des lieux des pratiques déclarées

- *Connaissance des seuils de consommation d'alcool présentant un risque élevé pour la santé*

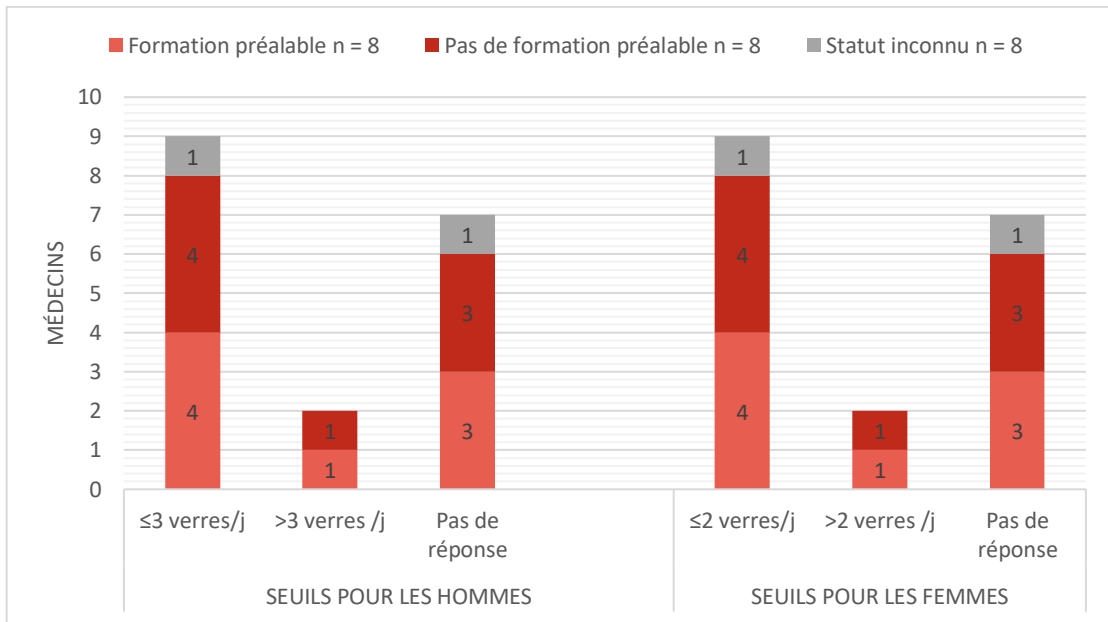


Figure 34 : Connaissance des seuils de consommation d'alcool à risque élevé pour les hommes et pour les femmes par les médecins à T0

- *Motifs des contacts avec les pharmaciens et infirmiers*

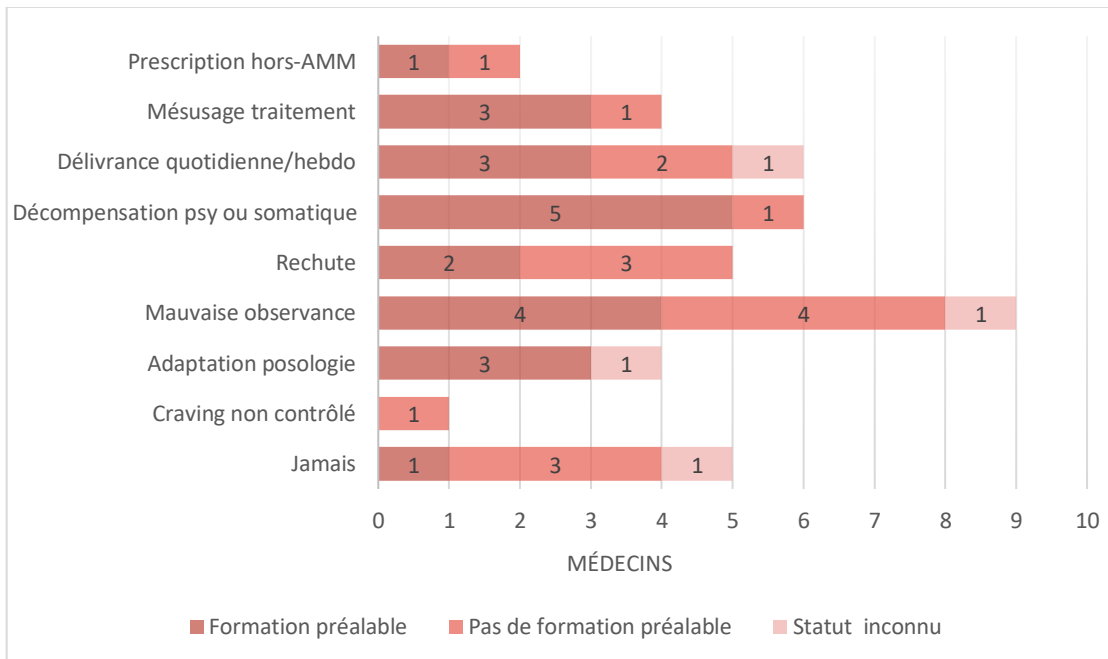


Figure 35 : Situations dans lesquelles les médecins contactaient les pharmaciens ou les infirmiers pour un patient présentant une addiction à l'alcool, à T0

6.4.2 Comparaison des groupes *Formation préalable* et *Pas de formation préalable*

Tableau 30 : Répartition des médecins dans les groupes *Intervention* et *Témoin* en fonction de l'existence d'une formation préalable

	<i>Intervention</i>	<i>Témoin</i>	<i>Total</i>
Effectifs	5	11	16
Formation préalable	3	5	8
	60%	45%	50%
Pas de formation préalable	2	6	8
	40%	55%	50%

Tableau 31 : Nombre de patients suivis en fonction de l'existence d'une formation préalable

	<i>Aucun patient suivi</i>	<i>≥ 1 patient suivi</i>	<i>TOTAL</i>
Formation préalable	0	8	8
	0%	100%	100%
Pas de formation préalable	1	7	8
	13%	88%	100%

6.4.3 Comparaison *Intervention* et *Témoin* à T0, T1 et T2

- *Freins à aborder la consommation d'alcool*

Tableau 32 : *Freins à aborder la consommation d'alcool par les médecins à T0, T1 et T2. Comparaison Intervention/Témoin. p > 0,05*

	<i>Intervention</i>			<i>Témoin</i>		
	T0	T1	T2	T0	T1	T2
<i>Effectifs</i>	6	6	6	12	10	9
<i>Manque de connaissance</i>	2	3	3	5	2	4
	33%	50%	50%	42%	20%	44%
<i>Pas formé</i>	2	1	3	3	1	2
	33%	17%	50%	25%	10%	22%
<i>Offensant</i>	5	1	3	4	1	3
	83%	17%	50%	33%	10%	33%
<i>Manque de temps</i>	3	5	3	6	4	4
	50%	83%	50%	50%	40%	44%
<i>Pas à l'aise</i>	0	1	0	0	0	0
	0%	17%	0%	0%	0%	0%
<i>Pas efficace</i>	0	0	0	1	0	2
	0%	0%	0%	8%	0%	22%
<i>Pas mon rôle</i>	0	0	0	1	0	0
	0%	0%	0%	8%	0%	0%
<i>Rémunération</i>	1	1	1	1	0	1
	17%	17%	17%	8%	0%	11%
<i>Aucun frein</i>	0	0	1	2	1	1
	0%	0%	17%	17%	10%	11%

- *Evaluation de la consommation d'alcool*

Tableau 33 : Evaluation de la consommation d'alcool par les médecins T0, T1 et T2. Comparaison Intervention/Témoïn.
 $p > 0,05$

	<i>Intervention</i>			<i>Témoïn</i>		
	T0	T1	T2	T0	T1	T2
Effectifs	6	6	6	12	10	9
Interrogatoire						
Question fermée	1 17%	1 17%	0 0%	1 8%	1 10%	4 44%
Question ouverte	6 100%	6 100%	6 100%	10 83%	8 80%	8 89%
Usage dysfonctionnel	3 50%	5 83%	3 50%	6 50%	6 60%	6 67%
Consommation déclarée	3 50%	4 67%	4 67%	9 75%	9 90%	7 78%
Manifestations cliniques :						
- d'une consommation aiguë	6 100%	5 83%	5 83%	8 67%	8 80%	9 100%
- d'une consommation chronique	6 100%	5 83%	6 100%	10 83%	9 90%	8 89%
- d'un sevrage/manque	3 50%	4 67%	5 83%	4 33%	6 60%	6 67%
Bilan biologique						
- bilan hépatique	5 83%	6 100%	6 100%	10 83%	9 90%	8 89%
- VGM	4 67%	5 83%	6 100%	11 92%	10 100%	9 100%
- CDT	1 17%	2 33%	2 33%	10 83%	8 80%	7 78%

- *Orientation proposée lors du repérage d'une addiction à l'alcool*

Tableau 34 : Orientation proposée lors du repérage d'une addiction à l'alcool par les médecins à T0, T1 et T2. Comparaison Intervention/Témoin. *p < 0,05

	<i>Intervention</i>			<i>Témoin</i>		
	T0	T1	T2	T0	T1	T2
Effectifs	6	6	6	12	10	9
Sevrage en structure	2	3	4	11	9	9
	33%*	50%	67%	92%*	90%	100%
Psychiatre	2	2	1	4	7	6
	33%	33%	17%	33%	70%	67%
Centre d'addictologie	5	5	5	9	8	7
	83%	83%	83%	75%	80%	78%
Service d'hépatologie	0	0	0	3	2	1
	0%	0%	0%	25%	20%	11%
Psychologue de ville	1	1	1	2	2	2
	17%	17%	17%	17%	20%	22%
Association néphaliste	2	1	1	4	3	4
	33%	17%	17%	33%	30%	44%

- *Fréquence des contacts avec les infirmiers et les pharmaciens dans le mois précédent*

Tableau 35 : Fréquence des contacts avec les **infirmiers** au sujet d'un patient présentant une addiction à l'alcool pour les médecins des groupes Intervention et Témoin à T0, T1 et T2. Comparaison Intervention/Témoin, p>0,05

	<i>Intervention</i>			<i>Témoin</i>		
	T0	T1	T2	T0	T1	T2
Effectifs	6	6	6	12	10	9
Jamais	4	4	4	6	4	3
	67%	67%	67%	50%	40%	33%
1/mois	1	1	2	5	3	6
	17%	17%	33%	42%	30%	67%
≥ 2-3/mois	0	1	0	1	3	0
	0%	17%	0%	8%	30%	0%
1/semaine	1	0	0	0	0	0
	17%	0%	0%	0%	0%	0%
≥ 2-4/semaine	0	0	0	0	0	0
	0%	0%	0%	0%	0%	0%

Tableau 36 : Fréquence des contacts avec les **pharmaciens** au sujet d'un patient présentant une addiction à l'alcool pour les médecins des groupes Intervention et Témoin à T0, T1 et T2. Comparaison Intervention/Témoin, $p > 0,05$

	Intervention			Témoin		
	T0	T1	T2	T0	T1	T2
Effectifs	6	6	6	12	10	9
Jamais	4 67%	4 67%	5 83%	9 75%	8 80%	7 78%
1/mois	2 33%	1 17%	0 0%	3 25%	1 10%	1 11%
≥ 2-3/mois	0 0%	1 17%	1 17%	0 0%	1 10%	0 0%
1/semaine	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	1 11%
≥ 2-4/semaine	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%

- *Motifs des contacts avec les pharmaciens et les infirmiers*

Tableau 37 : Motifs des contacts avec les infirmiers ou les pharmaciens, par les médecins à T0, T1 et T2. Comparaison Intervention/Témoin. $p > 0,05$

	Intervention			Témoin		
	T0	T1	T2	T0	T1	T2
Effectifs	6	6	6	12	10	9
Jamais	1 17%	1 17%	1 17%	4 33%	2 20%	2 22%
Craving non contrôlé	1 17%	1 17%	2 33%	0 0%	3 30%	2 22%
Adaptation posologie	1 17%	3 50%	3 50%	3 25%	3 30%	2 22%
Mauvaise observance	3 50%	4 67%	4 67%	6 50%	6 60%	5 56%
Rechute	3 50%	0 0%	2 33%	2 17%	2 20%	0 0%
Décompensation psy ou somatique	2 33%	3 50%	0 0%	4 33%	4 40%	4 44%
Délivrance quotidienne/hebdo	3 50%	1 17%	2 33%	3 25%	3 30%	5 56%
Mésusage traitement	1 17%	3 50%	1 17%	3 25%	5 50%	5 56%
Prescription hors-AMM	1 17%	0 0%	0 0%	1 8%	0 0%	0 0%

6.5 Résultats complémentaires pour les pharmaciens

6.5.1 Etat des lieux des pratiques

- *Motifs des contacts pharmacien -> médecin traitant*

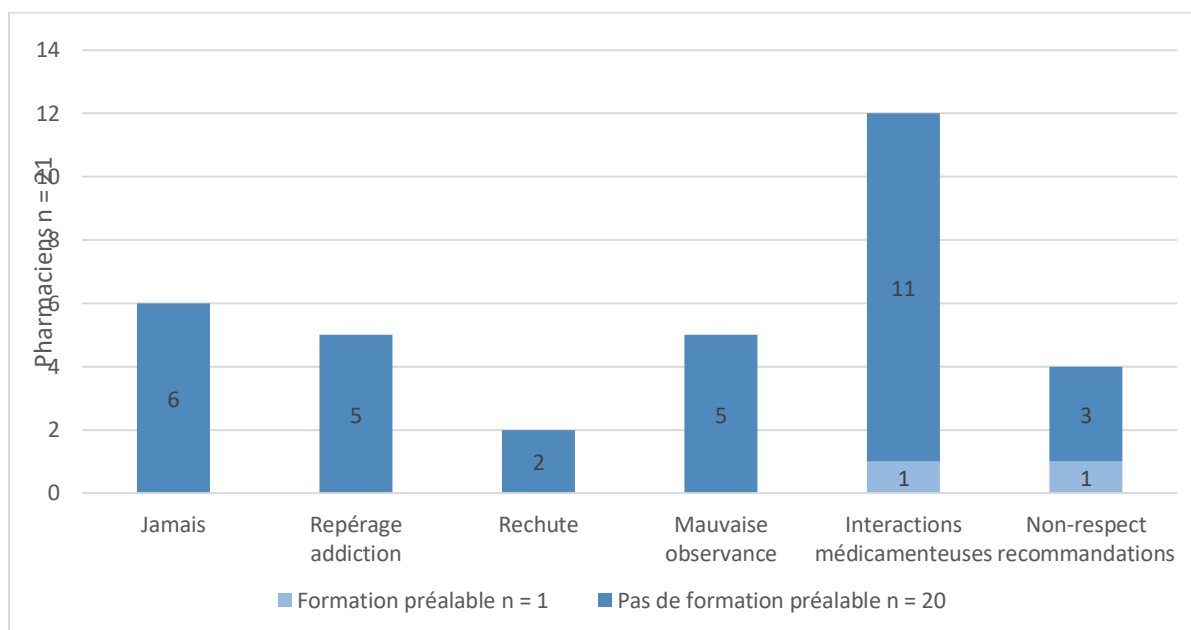


Figure 36 : Motifs pour lesquels les pharmaciens contactaient les médecins lors du suivi d'une addiction à l'alcool à T0

6.5.2 Comparaison des groupes *Formation préalable* et *Pas de formation préalable* à T0

Tableau 38 : Répartition des pharmaciens dans les groupes *Intervention* et *Témoin* en fonction de l'existence d'une formation préalable

	<i>Intervention</i>	<i>Témoin</i>	
Effectifs	9	12	21
Formation préalable	0	1	1
	0%	8%	5%
Pas de formation préalable	9	11	20
	100%	92%	95%

6.5.3 Comparaison *Intervention* et *Témoin* à T0, T1 et T2

- *Connaissance des seuils de consommation présentant un risque élevé pour la santé*

Tableau 39 : Connaissance des seuils de consommation d'alcool à risque pour les **hommes** par les pharmaciens des groupes *Intervention* et *Témoin* à T0, T1 et T2. Comparaison *Intervention/Témoin*, $p>0,05$

	<i>Intervention</i>			<i>Témoin</i>		
	T0	T1	T2	T0	T1	T2
Effectifs	9	7	7	12	11	11
≤3 verres/j	0	0	0	1	0	0
	0%	0%	0%	8%	0%	0%
>3 verres /j	0	1	0	0	2	1
	0%	14%	0%	0%	18%	9%
Non répondu	9	6	7	11	9	10
	100%	86%	71%	92%	82%	91%

Tableau 40 : Connaissance des seuils de consommation d'alcool à risque pour les **femmes** par les pharmaciens des groupes *Intervention* et *Témoin* à T0, T1 et T2. Comparaison *Intervention/Témoin*, $p>0,05$

	<i>Intervention</i>			<i>Témoin</i>		
	T0	T1	T2	T0	T1	T2
Effectifs	9	7	7	12	11	11
≤2 verres/j	0	0	0	1	0	0
	0%	0%	0%	8%	0%	0%
>2 verres /j	0	1	0	0	1	1
	0%	14%	0%	0%	9%	9%
Non répondu	9	6	6	11	10	11
	100%	86%	71%	92%	91%	100%

- *Freins à aborder la consommation d'alcool*

Tableau 41 : Freins à aborder la consommation d'alcool par les pharmaciens à T0, T1 et T2. Comparaison Intervention/Témoïn. $p > 0,05$

	<i>Intervention</i>			<i>Témoïn</i>		
	T0	T1	T2	T0	T1	T2
Effectifs	9	7	7	12	11	11
Manque de connaissance	5 56%	1 14%	3 43%	4 33%	6 55%	5 45%
Pas formé	7 78%	1 14%	1 14%	7 58%	3 27%	3 27%
Offensant	8 89%	6 86%	5 71%	7 58%	7 64%	8 73%
Manque de temps	0 0%	0 0%	0 0%	1 8%	2 18%	3 27%
Pas à l'aise	4 44%	5 71%	3 43%	8 67%	6 55%	6 55%
Pas efficace	0 0%	0 0%	0 0%	1 8%	0 0%	0 0%
Pas mon rôle	0 0%	0 0%	1 14%	0 0%	0 0%	0 0%
L'officine n'est pas le lieu	2 22%	1 14%	0 0%	5 42%	4 36%	2 18%
Rémunération	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%

- *Evaluation de la consommation d'alcool*

Tableau 42 : Evaluation de la consommation d'alcool par les pharmaciens à T0, T1 et T2. Comparaison Intervention/Témoïn. $p < 0,05$

	<i>Intervention</i>			<i>Témoïn</i>		
	T0	T1	T2	T0	T1	T2
Effectifs	9	7	7	12	11	11
Question fermée	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	1 9%	0 0%
Question ouverte	5 56%	3 43%	5 71%	5 42%	5 45%	6 55%
Usage dysfonctionnel	2 22%	5* 71%*	5 71%	6 50%	2* 18%*	5 45%
Consommation déclarée	1 11%	1 14%	1 14%	1 8%	2 18%	1 9%
Je n'évalue pas	3 33%	1 14%	1 14%	1 8%	4 36%	1 9%

- *Motifs de recours au médecin traitant au cours du suivi d'une addiction à l'alcool*
 - Contacts pharmacien -> médecin traitant

Tableau 43 : Motifs des contacts avec les médecins par les pharmaciens, dans le mois précédent T0, T1 et T2. Comparaison Intervention/Témoin. $p > 0,05$

	Intervention			Témoin		
	T0	T1	T2	T0	T1	T2
Effectifs	9	7	7	12	11	11
Jamais	2	1	1	4	1	1
	22%	14%	14%	33%	9%	0%
Repérage addiction	3	1	2	2	5	4
	33%	14%	29%	17%	45%	36%
Rechute	2	2	3	0	2	2
	22%	29%	43%	0%	18%	18%
Mauvaise observance	3	4	4	2	5	8
	33%	57%	57%	17%	45%	73%
Interactions médicamenteuses	5	4	4	7	7	4
	56%	57%	57%	58%	64%	36%
Non-respect recommandations	2	1	2	2	4	2
	22%	14%	29%	17%	36%	18%

- Contacts médecin traitant -> pharmacien

Tableau 44 : Motifs des contacts par les médecins dans le mois précédent T0, T1 et T2, d'après les pharmaciens. Comparaison Intervention/Témoin. $p > 0,05$

	Intervention			Témoin		
	T0	T1	T2	T0	T1	T2
Effectifs	9	7	7	12	11	11
Jamais	9	6	6	10	7	9
	100%	86%	86%	83%	64%	82%
Délivrance quotidienne/hebdo	0	1	0	0	2	2
	0%	14%	0%	0%	18%	18%
Mésusage traitement	0	0	1	2	2	1
	0%	0%	14%	17%	18%	9%
Prescription hors-AMM	0	0	0	0	1	0
	0%	0%	0%	0%	9%	0%

6.6 Résultats complémentaires pour les infirmiers

6.6.1 Etat des lieux des pratiques

- *Connaissance des seuils de consommation d'alcool à risque élevé pour la santé*

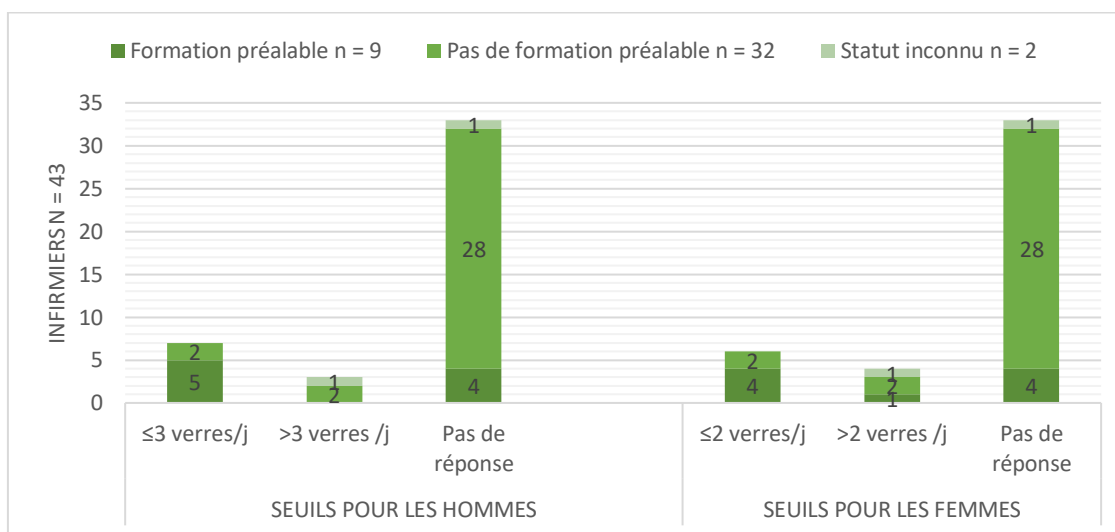


Figure 37 : Connaissance des seuils de consommation d'alcool à risque pour les hommes et pour les femmes par les IDE à T0

6.6.2 Comparaison des groupes Formation préalable et Pas de formation préalable à T0

- *Répartition des infirmiers en fonction de l'existence d'une formation préalable*

Tableau 45 : Répartition des infirmiers dans les groupes Intervention et Témoin selon l'existence d'une formation préalable

	IDE Intervention	IDE Témoin	Total
Effectifs	14	27	41
Formation préalable	4	5	9
	29%	19%	22%
Pas de formation préalable	10	22	32
	71%	81%	78%

- *Nombre de patients suivis en fonction de l'existence d'une formation préalable*

Tableau 46 : Nombre de patients suivis pour une addiction à l'alcool à T0 selon l'existence d'une formation préalable. $p > 0,05$

	Aucun patient suivi	≥ 1 patient suivi	Total
Effectifs	27	13	40
Formation préalable	5	4	9
	56%	44%	100%
Pas de formation préalable	22	9	31
	71%	29%	100%

6.6.3 Comparaison *Intervention* et *Témoïn* à T0, T1 et T2

- *Freins à aborder la consommation d'alcool*

Tableau 47 : *Freins à aborder la consommation d'alcool pour les infirmiers à T0, T1 et T2. Comparaison Intervention/Témoïn. *p < 0,05*

	<i>Intervention</i>			<i>Témoïn</i>		
	T0	T1	T2	T0	T1	T2
Effectifs	15	14	13	28	16	17
Manque de connaissance	3 20%	2* 14%*	4 31%	15 54%	9* 56%*	8 47%
Pas formé	5 33%	0* 0%*	3 23%	8 29%	6* 38%*	8 47%
Offensant	10 67%	11 79%	8 62%	22 79%	10 63%	11 65%
Manque de temps	6 40%	2 14%	4 31%	6 21%	4 25%	7 41%
Pas à l'aise	5 33%	4 29%	5 38%	8 29%	6 38%	7 41%
Pas efficace	0 0%	0 0%	0 0%	3 11%	1 6%	2 12%
Pas mon rôle	0 0%	0 0%	0 0%	1 4%	1 6%	1 6%
Rémunération	0 0%	0 0%	1 8%	1 4%	2 13%	3 18%

- *Evaluation de la consommation d'alcool*

Tableau 48 : *Evaluation de la consommation d'alcool par les infirmiers à T0, T1 et T2. Comparaison Intervention/Témoïn. p > 0,05*

	<i>Intervention</i>			<i>Témoïn</i>		
	T0	T1	T2	T0	T1	T2
Effectifs	15	14	13	28	16	17
Interrogatoire						
Question fermée	2 13%	0 0%	3 23%	3 11%	3 19%	5 29%
Question ouverte	7 47%	8 57%	6 46%	14 50%	8 50%	9 53%
Usage dysfonctionnel	1 7%	8 57%	4 31%	4 14%	2 13%	4 24%
Consommation déclarée	3 20%	3 21%	4 31%	8 29%	2 13%	3 18%
Manifestations cliniques :						
-d'une consommation aiguë	13 87%	11 79%	10 77%	21 75%	13 81%	14 82%
-d'une consommation chronique	8 53%	10 71%	7 54%	17 61%	8 50%	9 53%
-d'un sevrage/manque	2 13%	5 36%	5 38%	11 39%	5 31%	5 29%

- *Connaissance des seuils de consommation d'alcool à risque élevé pour la santé*

Tableau 49 : Connaissance des seuils de consommation d'alcool à risque pour les hommes, par les IDE des groupes Intervention et Témoin à T0, T1 et T2. Comparaison Intervention/Témoin. $p>0,05$

	<i>Intervention</i>			<i>Témoin</i>		
	T0	T1	T2	T0	T1	T2
Effectifs	15	14	13	28	16	17
≤3 verres/j	3	3	3	4	1	2
	20%	21%	23%	14%	6%	12%
>3 verres /j	0	0	1	3	1	1
	0%	0%	8%	11%	6%	6%
Non répondus	12	11	9	21	14	14
	80%	79%	69%	75%	88%	82%

Tableau 50: Connaissance des seuils de consommation d'alcool à risque pour les femmes, par les IDE des groupes Intervention et Témoin à T0, T1 et T2. Comparaison Intervention/Témoin. $p>0,05$

	<i>Intervention</i>			<i>Témoin</i>		
	T0	T1	T2	T0	T1	T2
Effectifs	15	14	13	28	16	17
≤2 verres/j	2	3	3	4	1	2
	13%	21%	23%	14%	6%	12%
>2 verres /j	1	0	1	3	1	1
	7%	0%	8%	11%	6%	6%
Non répondus	12	11	9	21	14	14
	80%	79%	69%	75%	88%	82%

- *Utilisation des questionnaires validés (Audit ou Face)*

	<i>Intervention</i>			<i>Témoin</i>		
	T0	T1	T2	T0	T1	T2
Effectifs	15	14	13	28	16	17
Oui	0	2	1	1	0	0
Non	15	12	12	27	16	17

Figure 38 : Utilisation de questionnaires validés dans l'évaluation de la consommation d'alcool par les infirmiers à T0, T1 et T2. Comparaison Intervention/Témoin. $p> 0,05$

- *Réalisation de sevrages ambulatoires*

Tableau 51 : Réalisation de sevrage ambulatoire au domicile sur prescription médicale par les IDE des groupes Intervention et Témoin à T0, T1 et T2. Comparaison Intervention/Témoin. $p > 0,05$

	<i>Intervention</i>			<i>Témoin</i>		
	T0	T1	T2	T0	T1	T2
Effectifs	15	14	13	28	16	17
OUI	1	1	0	6	3	3
	7%	7%	0%	21%	19%	18%

- *Recours au médecin traitant*

- *Lors du repérage d'une addiction à l'alcool*

Tableau 52 : Recours au médecin traitant lors du repérage d'une addiction à l'alcool par les infirmiers à T0, T1 et T2. Comparaison Intervention/Témoin. $p > 0,05$

	<i>Intervention</i>			<i>Témoin</i>		
	T0	T1	T2	T0	T1	T2
Effectifs	15	14	13	28	16	17
OUI	11	11	10	19	11	12
	73%	79%	77%	68%	69%	71%
NON	2	1	2	8	5	5
	13%	7%	15%	29%	31%	29%
Non répondu	2	2	1	1	0	0
	13%	14%	8%	4%	0%	0%

- *Fréquence des contacts dans le mois précédent l'enquête*

Tableau 53 : Fréquence des contacts avec les médecins traitants au sujet de patients suivis pour une addiction à l'alcool par les IDE des groupes Intervention et Témoin à T0, T1 et T2. Comparaison Intervention/Témoin. $p > 0,05$

	<i>Intervention</i>			<i>Témoin</i>		
	T0	T1	T2	T0	T1	T2
Effectifs	15	14	13	28	16	17
Jamais	10	10	10	17	10	13
	67%	71%	77%	61%	63%	76%
1/mois	5	3	2	7	2	3
	33%	21%	15%	25%	13%	18%
2-3/mois	0	1	1	2	2	1
	0%	7%	8%	7%	13%	6%

○ Motifs des contacts IDE -> médecin traitant

Tableau 54 : Motifs de recours au médecin par les infirmiers au cours du suivi d'une addiction à l'alcool à T0, T1 et T2. Comparaison Intervention/Témoin. $p > 0,05$

	<i>Intervention</i>			<i>Témoin</i>		
	T0	T1	T2	T0	T1	T2
Effectifs	15	14	13	28	16	17
Jamais	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%
Craving non contrôlé	3 20%	8 57%	6 46%	6 21%	8 50%	9 53%
Adaptation posologie	2 13%	5 36%	3 23%	4 14%	5 31%	8 47%
Mauvaise observance	9 60%	10 71%	6 46%	13 46%	6 38%	9 53%
Rechute	4 27%	5 36%	5 38%	12 43%	8 50%	9 53%
Décompensation psy ou somatique	8 53%	7 50%	7 54%	15 54%	8 50%	7 41%
Absence psychiatre	1 7%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%
Refus de prise en charge	0 0%	0 0%	0 0%	1 4%	0 0%	0 0%
A la demande du patient	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	1 1%	0 0%

○ Motifs des contacts médecin traitant -> IDE

Tableau 55 : Motifs des contacts par les médecins, d'après les infirmiers à T0, T1 et T2. Comparaison Intervention/Témoin. $p > 0,05$

	<i>Intervention</i>			<i>Témoin</i>		
	T0	T1	T2	T0	T1	T2
Effectifs	15	14	13	28	16	17
Jamais	4 27%	1 7%	1 8%	3 11%	2 13%	2 0%
Gestion craving	1 7%	1 7%	0 0%	1 4%	3 19%	2 12%
Adaptation posologie	4 27%	4 29%	2 15%	7 25%	4 25%	7 41%
Qualité de l'observance	3 20%	5 36%	3 23%	8 29%	5 31%	8 47%
Rechute	2 13%	2 14%	2 15%	3 11%	2 13%	4 24%
Evolution clinique	4 27%	3 21%	3 23%	8 29%	6 38%	5 29%
En début de prise en charge	0 0%	0 0%	0 0%	1 4%	0 0%	0 0%

6.7 Evaluation qualitative de la soirée de formation

Réseau Sud Aquitain des Professionnels de Soins en Addictologie

RESAPSAD

CHCB 13, av Interne Loeb - BP 8- 64100 Bayonne Tél : 05.59.31.67.67 - Fax : 05 59 15 11 79

E-mail : resapsad@wanadoo.fr - Site : www.resapsad.org

A nous remettre en fin de soirée, ou à retourner au secrétariat par courriers fax ou E-Mail

Soirée du 23 janvier 2018

Fiche d'évaluation individuelle

Réponses : 26

Merci de consacrer quelques instants à cette évaluation qui nous permettra de mieux répondre ultérieurement à vos attentes

1. Que pensez-vous de l'organisation matérielle et logistique de cette soirée ?

Excellente : 16 (62%) Bonne : 10 (32%) Moyenne A revoir *

* Dans ce cas, précisez les points à revoir :

2. Le thème de la soirée était-il pertinent ?

Tout à fait : 26 (100%) Plus ou moins Pas du tout

3. Le choix de l'intervenant était-il judicieux ?

Tout à fait : 26 (100%) Plus ou moins Pas du tout

4. Cette soirée a-t-elle amélioré vos connaissances générales sur le sujet ?

Tout à fait : 22 (85%) Plus ou moins : 4 (15%) Pas du tout

5. Ces informations délivrées vous amèneront-elles à modifier certaines de vos pratiques professionnelles ?

Tout à fait : 17 (65%) Plus ou moins : 9 (35%) Pas du tout

6. Cette soirée était-elle conforme à vos attentes ?

Tout à fait : 24 (92%) Plus ou moins : 2 (8%) Pas du tout

7. Quels sont les thèmes que vous souhaiteriez voir aborder lors de prochaines soirées ?

Environnement du patient addict. Quelle prise en charge ?

La suite, c'est-à-dire l'évolution de la pharmacologie

Benzodiazépines

Relations médecin traitant=IDE

La place du pharmacien dans le parcours patient ?

Même thème, à refaire

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

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

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

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

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

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

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

Impact d'une formation pluridisciplinaire sur la prise en charge de l'addiction à l'alcool auprès de médecins généralistes, pharmaciens et infirmiers libéraux

RESUME

Introduction : La consommation d'alcool est la deuxième cause de mortalité en France. La prise en charge du trouble de l'usage alcool par les professionnels de premier recours reste difficile. L'objectif de l'étude était d'observer l'impact d'une formation pluridisciplinaire sur la prise en charge de l'addiction à l'alcool auprès de médecins généralistes, de pharmaciens d'officine et d'infirmiers libéraux, sur un territoire éloigné des structures d'addictologie. **Méthodes** : Nous avons réalisé une étude d'intervention contrôlée. Nous avons proposé aux médecins généralistes, pharmaciens et infirmiers d'un territoire rural, une formation sur la prise en charge de l'addiction à l'alcool. Les participants ont constitué le groupe *Intervention*. Trois enquêtes déclaratives ont été réalisées : avant formation, un mois après et trois mois après. Nous avons comparé les résultats entre les groupes *Intervention* et *Témoin* à chaque temps. **Résultats** : 24 médecins, 22 pharmaciens et 61 infirmiers ont participé à l'étude dont 6 médecins, 9 pharmaciens et 15 infirmiers présents à la formation. Les médecins étaient impliqués dans la prise en charge de l'addiction à l'alcool et avaient de bonnes pratiques professionnelles avant la formation. Les groupes *Interventions* ont amélioré leurs pratiques après la formation, contrairement aux *Témoins*. Les médecins *Intervention* ont progressé sur le ciblage du craving et étaient plus nombreux à prescrire des médicaments anti-craving. Les pharmaciens *Intervention* abordaient l'alcool dans des situations plus nombreuses et délivraient plus de médicaments anti-craving. Les infirmiers *Intervention* proposaient des interventions brèves aux usagers à risque en plus grand nombre. **Discussion** : La formation a permis une amélioration des pratiques professionnelles mais le nombre de patients pris en charge pour une addiction à l'alcool n'a pas augmenté en trois mois.

Mots-clés : Addiction, Trouble de l'usage, Alcool, médecin généraliste, pharmacien, infirmier, formation pluridisciplinaire

Impact of an multidisciplinary training given to general practitioners, pharmacists and nurses on how to take care of alcohol use disorders

SUMMARY

Introduction : Alcohol consumption is the second cause of death in France. The support to people suffering from alcohol addiction by first resort professionals remains difficult. The objective of the study was to assess the impact of a multidisciplinary training provided to general practitioners (GPs), community pharmacists (CPs) and district nurses on how to take care of alcohol use disorders in a territory distant from addiction care services. **Methods** : We realized a controlled intervention study. We offered to GPs, CPs and nurses of a rural territory a continuing education session about the management of alcohol use disorders. The participants constituted the Intervention group. Three declarative surveys were carried out : before education, one month later and three months later. We compared the results between Intervention and Control groups at each stage. **Results** : 24 GPs, 22 CPs and 61 nurses participated in the study. 6 GPs, 9 CPs and 15 nurses attended the training. GPs were involved in alcohol use disorders and had good professional practices before the training. Intervention groups improved their practices after the training, unlike Control groups. More craving cases were targeted by Intervention GPs, who were more to prescribe anti-craving drugs. Intervention CPs talked about alcohol in more situations and delivered more anti-craving drugs. Intervention nurses offered brief interventions in greater numbers to users at risk. **Discussion** : The education session improved professional practices but the number of patients taken in charge for alcohol addiction didn't increase in three months.

Key-words : Addiction, use disorder, alcohol, general practitioner, pharmacist, nurse, medical education, multidisciplinary training.