



HAL
open science

État des lieux des connaissances et pratiques du sevrage ambulatoire d'alcool : enquête auprès de médecins généralistes installés en Basse-Normandie

Marc Marichal

► **To cite this version:**

Marc Marichal. État des lieux des connaissances et pratiques du sevrage ambulatoire d'alcool : enquête auprès de médecins généralistes installés en Basse-Normandie. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02474489

HAL Id: dumas-02474489

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02474489v1>

Submitted on 11 Feb 2020

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 CAEN - NORMANDIE

FACULTÉ de MÉDECINE

Année 2019

THÈSE POUR L'OBTENTION
DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 24 septembre 2019

par

MARICHAL Marc

Né le 09 Août 1987 à Caen

TITRE DE LA THÈSE :

État des lieux des connaissances et pratiques du sevrage ambulatoire d'alcool : enquête auprès de médecins généralistes installés en Basse-Normandie

Président : Madame le Professeur CLIN-GODARD Bénédicte,

Membres : Monsieur le Docteur LE GAC Michel, Directeur de thèse
Monsieur le Maître de Conférence SAINMONT Nicolas,
Madame le Docteur BLAIS-LEPELLEUX Anne-Cécile

Année Universitaire 2018/2019**Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3^{ème} cycle)**Directrice administrative**

Madame Sarah CHEMTOB

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AGOSTINI Denis	Biophysique et médecine nucléaire
M.	AIDE Nicolas	Biophysique et médecine nucléaire
M.	ALLOUCHE Stéphane	Biochimie et biologie moléculaire
M.	ALVES Arnaud	Chirurgie digestive
M.	AOUBA Achille	Médecine interne
M.	BABIN Emmanuel	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	BÉNATEAU Hervé	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M.	BENOIST Guillaume	Gynécologie - Obstétrique
M.	BERGER Ludovic	Chirurgie vasculaire
M.	BERGOT Emmanuel	Pneumologie
M.	BIBEAU Frédéric	Anatomie et cytologie pathologique
Mme	BRAZO Perrine	Psychiatrie d'adultes
M.	BROUARD Jacques	Pédiatrie
M.	BUSTANY Pierre	Pharmacologie
Mme	CHAPON Françoise	Histologie, Embryologie
Mme	CLIN-GODARD Bénédicte	Médecine et santé au travail
M.	COQUEREL Antoine	Pharmacologie
M.	DAO Manh Thông	Hépatologie-Gastro-Entérologie
M.	DAMAJ Ghandi Laurent	Hématologie
M.	DEFER Gilles	Neurologie
M.	DELAMILLIEURE Pascal	Psychiatrie d'adultes
M.	DENISE Pierre	Physiologie
M.	DERLON Jean-Michel	Neurochirurgie
Mme	DOLLFUS Sonia	Psychiatrie d'adultes
M.	DREYFUS Michel	Gynécologie - Obstétrique
M.	DU CHEYRON Damien	Réanimation médicale

Mme	ÉMERY Evelyne	Neurochirurgie
M.	ESMAIL-BEYGUI Farzin	Cardiologie
Mme	FAUVET Raffaèle	Gynécologie – Obstétrique
M.	FISCHER Marc-Olivier	Anesthésiologie et réanimation
M.	GÉRARD Jean-Louis	Anesthésiologie et réanimation
M.	GUILLOIS Bernard	Pédiatrie
Mme	GUITTET-BAUD Lydia	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	HABRAND Jean-Louis	Cancérologie option Radiothérapie
M.	HAMON Martial	Cardiologie
Mme	HAMON Michèle	Radiologie et imagerie médicale
M.	HANOUIZ Jean-Luc	Anesthésiologie et réa. médecine péri-opératoire
M.	HULET Christophe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M.	HURAUULT de LIGNY Bruno	Néphrologie
	Éméritat jusqu'au 31/01/2020	
M.	ICARD Philippe	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
M.	JOIN-LAMBERT Olivier	Bactériologie - Virologie
Mme	JOLY-LOBBEDEZ Florence	Cancérologie
M.	JOUBERT Michael	Endocrinologie
Mme	KOTTLER Marie-Laure	Biochimie et biologie moléculaire
M.	LAUNOY Guy	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	LE COUTOUR Xavier	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	LE HELLO Simon	Bactériologie-Virologie
Mme	LE MAUFF Brigitte	Immunologie
M.	LEPORRIER Michel	Hématologie
	Éméritat jusqu'au 31/08/2020	
M.	LEROY François	Rééducation fonctionnelle
M.	LOBBEDEZ Thierry	Néphrologie
M.	MANRIQUE Alain	Biophysique et médecine nucléaire
M.	MARCÉLLI Christian	Rhumatologie
M.	MARTINAUD Olivier	Neurologie
M.	MAUREL Jean	Chirurgie générale
M.	MILLIEZ Paul	Cardiologie
M.	MOREAU Sylvain	Anatomie/Oto-Rhino-Laryngologie
M.	MOUTEL Grégoire	Médecine légale et droit de la santé
M.	NORMAND Hervé	Physiologie
M.	PARIENTI Jean-Jacques	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
M.	PELAGE Jean-Pierre	Radiologie et imagerie médicale
Mme	PIQUET Marie-Astrid	Nutrition
M.	QUINTYN Jean-Claude	Ophtalmologie
M.	RAVASSE Philippe	Chirurgie infantile
M.	REZNIK Yves	Endocrinologie
M.	ROD Julien	Chirurgie infantile
M.	ROUPIE Eric	Médecine d'urgence
Mme	THARIAT Juliette	Radiothérapie

M.	TILLOU Xavier	Urologie
M.	TOUZÉ Emmanuel	Neurologie
M.	TROUSSARD Xavier	Hématologie
Mme	VABRET Astrid	Bactériologie – Virologie
M.	VERDON Renaud	Maladies infectieuses
Mme	VERNEUIL Laurence	Dermatologie
M.	VIADER Fausto	Neurologie
M.	VIVIEN Denis	Biologie cellulaire

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

PROFESSEUR ASSOCIÉ DES UNIVERSITÉS A TEMPS PLEIN

M.	VABRET François	Addictologie
----	-----------------	--------------

PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

M.	de la SAYETTE Vincent	Neurologie
Mme	DOMPMARTIN-BLANCHÈRE Anne	Dermatologie
Mme	LESCURE Pascale	Gériatrie et biologie du vieillissement
M.	SABATIER Rémi	Cardiologie

PRCE

Mme	LELEU Solveig	Anglais
-----	---------------	---------

Année Universitaire 2018 / 2019**Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3^{ème} cycle)**Directrice administrative**

Madame Sarah CHEMTOB

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	ALEXANDRE Joachim	Pharmacologie clinique
Mme	BENHAÏM Annie	Biologie cellulaire
M.	BESNARD Stéphane	Physiologie
Mme	BONHOMME Julie	Parasitologie et mycologie
M.	BOUVIER Nicolas	Néphrologie
M.	COULBAULT Laurent	Biochimie et Biologie moléculaire
M.	CREVEUIL Christian	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
M.	DE BOYSSON Hubert	Médecine interne
Mme	DEBRUYNE Danièle <small>Éméritat jusqu'au 31/08/2019</small>	Pharmacologie fondamentale
Mme	DERLON-BOREL Annie <small>Éméritat jusqu'au 31/08/2020</small>	Hématologie
Mme	DINA Julia	Bactériologie - Virologie
Mme	DUPONT Claire	Pédiatrie
M.	ÉTARD Olivier	Physiologie
M.	GABEREL Thomas	Neurochirurgie
M.	GRUCHY Nicolas	Génétique
M.	GUÉNOLÉ Fabian	Pédopsychiatrie
M.	HITIER Martin	Anatomie - ORL Chirurgie Cervico-faciale
M.	ISNARD Christophe	Bactériologie Virologie
M.	LEGALLOIS Damien	Cardiologie
Mme	LELONG-BOULOUARD Véronique	Pharmacologie fondamentale
Mme	LEPORRIER Nathalie <small>Éméritat jusqu'au 31/10/2020</small>	Génétique
Mme	LEVALLET Guénaëlle	Cytologie et Histologie
M.	LUBRANO Jean	Chirurgie générale
M.	MITTRE Hervé	Biologie cellulaire
M.	REPESSÉ Yohann	Hématologie
M.	SESBOÛÉ Bruno	Physiologie

M.	TOUTIRAIS Olivier	Immunologie
M.	VEYSSIERE Alexis	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

Mme	ABBATE-LERAY Pascale	Médecine générale
M.	COUETTE Pierre-André (fin 31/08/19)	Médecine générale
Mme	DE JAEGHER-NOEL Sophie (fin 31/08/2021)	Médecine générale
M.	LE BAS François (fin 31/08/19)	Médecine générale
M.	SAINMONT Nicolas (fin 31/08/19)	Médecine générale

Remerciements

Merci au Dr Le Gac Michel pour avoir dirigé ce travail de thèse. Merci pour votre soutien, votre aide et votre implication dans ce travail. Merci de l'intérêt que vous portez à la formation des internes.

Merci Mme le Professeur Clin-Godard pour votre disponibilité et ainsi me faire l'honneur de présider ce jury de thèse.

Merci Mr le Docteur Sainmont Nicolas d'avoir accepté d'être membre de ce jury.

Merci au Docteur Blais-Lepelleux Anne-Cécile pour sa gentillesse, ses conseils et son accompagnement durant mon stage au CHR. Un grand merci d'avoir accepté d'être membre de mon jury de thèse.

Je tiens à saluer tous les médecins spécialistes, les médecins généralistes, les urgentistes ainsi que les personnels paramédicaux, infirmier(e)s, aides soignant(e)s, ambulancier(e)s, brancardier(e)s, secrétaires qui m'ont accompagné durant ces trois années d'internat. Merci pour les connaissances que vous m'avez apportées et pour votre soutien.

Un immense merci à ma famille ; à mes parents sans qui tout ça ne serait jamais arrivé et qui ont toujours été d'un très grand soutien dans les bons et surtout dans les mauvais moments ; à mes frères et ma sœur (ainsi qu'Anne, Mélissa et Yannick évidemment) pour être restés à mes côtés durant toutes ces longues années d'études, je vous aime fort ; et une spéciale pour Teynou pour ces années passées ensemble : on a suivi la même voie mais contrairement à moi tu as la chance de fouler les pelouses de ligue 1 alors que moi je profite seulement de Canal +.

Un grand merci à ma belle-famille pour son accueil et sa bienveillance envers nous et notre petit Louis à Paris, Bordeaux ou encore dans la petite contrée de Passais ; merci à JN pour son aide informatique et le pdf.

À Raph Marie parce qu'il est anesthésiste et esthéticien.

Aux Montpelliérains (avec une spéciale à Renaud pour m'avoir généreusement accueilli chez lui et parce qu'au fond c'est un gangster and gentleman comme le Roi Heenok), parce que malgré la distance on a réussi à se faire des week-ends culturels quand je suis venu vous voir.

À kékson, sa nouvelle petite famille, son camion et son amour pour les steaks.

À Féfé parce que sans toi je n'aurai pas perdu autant d'argent à jouer aux paris sportifs mais surtout parce que le stade Malherbe est le meilleur club du monde ; et à Mathilde parce qu'elle te laisse encore partir le dimanche matin pour mettre les crampons.

À Charles et Thibault parce qu'on est lié à jamais avec ce tatouage pour faire le buzz, c'est vous les meilleurs depuis le début ; et à Hélène, Marie-Charlotte et le petit bonhomme qui va bientôt arriver.

À Toc toc et son phare, mais aussi Mathilde et la petite Lou car vous formez une bien jolie famille.

À Walter parce que cette virée sur cette petite île infestée de moustiques n'était pas notre meilleure idée mais ce bout de voyage avec toi restera une expérience magnifique. Et aussi à Anne-Cécile pour sa gentillesse et une pensée particulière car c'est bientôt ton tour.

À Gargam parce que t'es unique et notre année d'internat passé ensemble était la meilleure ; j'espère que maintenant tu sais jouer l'hymne de la ligue des champions correctement au violon.

À Tony parce que grâce à toi (et aussi Félix et moi je dois l'avouer) la chaîne L'Équipe 21 continue d'être à l'antenne.

À Surf parce que je suis sûr tu seras un futur papa-PUPH merveilleux.

À Haribo parce qu'il est chirurgien et c'est classe ; A Keupon parce qu'il avait une magnifique crête à la fac et c'est classe aussi.

À Chadi, Thibault et toute leur clique parce que vous êtes tous plus fous les uns que les autres ; à tous les autres avec qui j'ai parcouru ces longues années à la bibliothèque : Romain et son compère Raph, cousin Hub, ma cousine mimi et tous les autres...

À William et Charlotte, à l'heure où vous lisez ces lignes j'espère que vous êtes bien dans votre nouvelle maison et que le marteau-piqueur ne vous dérange pas dès le matin.

À Tracol parce que t'es un neurologue avec du punch et que tu as été mon voisin préféré ; et bien sûr à Laura parce que c'est quand même toi qui faisais tout le ménage dans votre appart je trouve.

À Adèle, Juliette, Myrtille et Anais pour leurs joies de vivre, leur amitié et pour avoir féminisé un minimum ce groupe de gogoles.

À tous mes compagnons de route pendant mon internat qui ont rendu celui-ci bien plus cool que prévu : Firas, Benjamin, Henri, Moenne, Joeffrey, Marie, Simon, Mumu, Marion, Furkan...et tout le reste du groupe de Cherbourg.

Au Cactu(e)s Crew (avec une spéciale pour Pierro Bennett sans qui je ne serai pas parmi vous) pour toutes les aventures extra-médicales qu'on a vécu ensemble jusqu'ici, en espérant qu'il y en ait encore beaucoup beaucoup d'autres, et avec nos enfants. Merci de m'avoir accueilli comme un frère il y a plusieurs années maintenant et de m'avoir fait découvrir la Citroën Cactus, la Folie douce ou encore le fait d'être champion à MPG.

Et le meilleur pour finir ; merci à Marine de faire partie de ma vie, de m'accepter comme je suis, de prendre soin de moi et de notre fils depuis presque un an maintenant. Tu es ce qui m'est arrivé de mieux, j'ai hâte de connaître la suite.

NB : un grand merci à Marine et ma maman pour leur aide précieuse pour que cet article soit le plus compréhensible possible.

Liste des abréviations

A

AGIR 33 : Addiction Gironde 33

ANAES : Agence Nationale de l'Accréditation et d'Évaluation en Santé

ARS : Agence Régionale de Santé

AUDIT : Alcohol Use Disorder Identification Test

AUDIT-C : Alcohol Use Disorder Identification Test-Consumption

C

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CNRS : Centre National de la Recherche Scientifique

D

DES : Diplôme d'Études Spécialisées

DETA : Diminuer Entourage Trop Alcool

DGS : Direction Générale de la Santé

DU : Diplôme Universitaire

E

ECN : Examen Classant National

G

GABA dérivé : Gamma-Aminobutyrique Acide

H

HAS : Haute Autorité de Santé

I

IDE : Infirmier(e) Diplômé(e) d'État

INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé

ISNAR-IMG : Intersyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale

M

MILDECA : Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues Et les Conduites Addictives

O

OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONISR : Observatoire National Interministériel de la Sécurité Routière

R

ROSP : Rémunérations sur Objectif de Santé Publique

RPB : Recommandations de Bonnes Pratiques

RPIB : Repérage Précoce et Intervention Brève

S

SFA : Société Française d'Addictologie

U

UBRC : Unité fonctionnelle de Biostatistique et de Recherche Clinique

UE : Unité d'Enseignement

Index tableaux, figures et annexes

Tableaux

tableau 1 : caractéristiques générales de la population.....	17
tableau 2 : à propos des connaissances théoriques	19
tableau 3 : traitement utilisé, durée de prescription, réévaluation clinique et traitements associés du sevrage ambulatoire d'alcool.....	20
tableau 4 : index clinique de Cushman.....	21
tableau 5 : influence de l'âge sur la pratique du sevrage.....	23
tableau 6 : influence du RPIB sur la pratique du sevrage.....	24
tableau 7 : influence du milieu d'exercice sur la pratique du sevrage.....	25
tableau 8 : à propos de la prise en charge des médecins généralistes.....	26

Figures

figure 1 : flow chart de l'étude	16
figure 2 : comparaison entre la population de l'étude et celle de Normandie	18
figure 3 : prescription d'un addictolytique post sevrage	21

Annexes

annexe 1 : questionnaire AUDIT.....	35
annexe 2 : questionnaire DETA	35
annexe 3 : questionnaire envoyé aux médecins généralistes.....	36
annexe 4 : commentaires libres et facultatifs du questionnaire	38

Sommaire

Introduction	12
Matériel et méthode.....	14
Type d'étude et son déroulement	14
Analyse statistique.....	14
Résultats	16
Caractéristiques de la population.....	16
Connaissances théoriques et pratiques	19
Influence de l'âge sur la pratique du sevrage	22
Influence du RPIB sur le sevrage	22
Influence du milieu d'exercice sur le sevrage	22
À propos de la prise en charge	26
Discussion.....	27
Points forts et limites de l'étude	27
Analyse des premiers résultats	27
Comparaison aux données de la littérature.....	28
Analyses croisées des résultats.....	29
Analyse des réponses libres.....	30
Perspectives d'avenir.....	30
Conclusion.....	31
Bibliographie	32
Annexes	35

Introduction

État des lieux de la consommation d'alcool

La consommation d'alcool est une pratique courante dans beaucoup de cultures et crée une certaine forme de sociabilité. Depuis les années 50, elle change en France avec notamment une diminution observée de la consommation de vin à table (1). Auparavant en tête du classement européen de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), les Français, aujourd'hui au seizième rang mondial, restent parmi les plus gros consommateurs avec 11,9 litres d'alcool consommés par an par habitant de 15 ans ou plus (2). Les données de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) révèlent des consommations stables en 2014 par rapport à 2010 : 47,5% des 15-75 ans consomment de l'alcool au moins une fois par semaine et 9,7% de façon quotidienne (3).

En 2013, The European Journal of Public Health publie qu'en France, avec un total de 49000 décès imputables à la consommation d'alcool soit 8% des décès, elle est la deuxième cause de mortalité après le tabac et responsable de pathologies cancéreuses, vasculaires et digestives principalement (4). Chaque année, l'Observatoire national interministériel de la sécurité routière publie son bilan d'accidentalité et en 2016, 29% des accidents mortels sont survenus avec au moins un des conducteurs avec un taux d'alcoolémie supérieur à la limite légale (5). Actuellement, seulement 15 à 20% des personnes souffrant d'une pathologie en lien avec l'alcool seraient prises en charge dans un parcours de soins adapté (6).

Devant ce constat effrayant et les changements de politiques menés dans différents pays mondiaux, un avis d'experts de Santé publique France et de l'Institut national du cancer, publié en mai 2017, revoit à la baisse les repères de consommation en particulier en raison du risque de cancer qui avait été négligé auparavant (7). Il servira d'appui pour les dernières publications de Santé publique France relatives à l'alimentation, à l'activité physique et à la sédentarité pour les adultes publiées en janvier 2019 (8). Il est recommandé une consommation inférieure à 10 verres standards par semaine (chez l'homme comme chez la femme), inférieure à 2 verres standards au quotidien et avoir des jours de la semaine sans consommation. En parallèle, The Lancet a publié en août 2018 deux articles démontrant qu'il n'existe aucune consommation d'alcool protectrice ou bénéfique comme il avait pu être recommandé auparavant et qu'il n'y a aucun seuil de consommation sans danger. Également à cause du risque néoplasique qui avait été négligé ; mais aussi au-delà de la santé, avec des impacts néfastes sur le travail, l'entourage proche et familial des alcoolodépendants, et un sur-risque de criminalité (9, 10).

Évolution de la prise en charge médicale

La Société française d'addictologie (SFA), édite une première conférence de consensus en

1999 et y présente, entre autres, les modalités pratiques des sevrages ambulatoire et hospitalier (11). Dans un second temps, la SFA et l'Agence nationale de l'accréditation et d'évaluation en santé publient en 2001 des recommandations pour la pratique clinique qui définissent pour la première fois les termes essentiels en addictologie (non usage, usage et mésusage), présentent les outils de repérage précoce et d'intervention brève (RPIB) avec l'aide de questionnaires validés (AUDIT et DETA, *annexes 1 et 2*) ainsi que les différents objectifs thérapeutiques (12).

L'OMS met tout en œuvre pour promouvoir le RPIB. Trois grandes méta-analyses mondiales, dont la plus récente en 2014, regroupant plus d'une cinquantaine d'essais contrôlés et randomisés soutiennent son efficacité (13, 14, 15). En France, une circulaire est diffusée en 2006 par la Direction générale de la santé avec pour objectif de former 75% des médecins généralistes au RPIB en cinq ans (16).

C'est en 2014 que sont publiées les dernières recommandations de bonnes pratiques (RBP) par la SFA (17). Elles confirment que les sevrages ambulatoire et hospitalier ont une efficacité identique, en respectant leurs propres indications (18) et insistent sur la place centrale et cruciale du médecin généraliste. De par sa connaissance particulière et globale de sa patientèle, il a une position privilégiée qui constitue un réel atout car l'environnement du patient peut constituer un facteur de vulnérabilité, ou à l'inverse un important facteur de protection vis-à-vis de l'alcool. Elles rappellent aussi le bénéfice incontestable de l'arrêt du tabac qui doit être proposé systématiquement au moment du sevrage car cela réduit de manière significative le taux de reprise d'alcool ultérieur. Tous ces éléments clés sont résumés à la fin de ces RBP avec un mémento pratique de 4 pages destiné aux médecins généralistes.

En pratique

On ne trouve que très peu de publications permettant d'étudier le suivi et l'évolution des pratiques des médecins généralistes en addictologie. Une première étude menée en 2004, entre autres par le Centre national de la recherche scientifique, montre une évolution positive des pratiques 5 ans après la première conférence de consensus de 1999 (19). La prescription de benzodiazépines a augmenté de 56,3% à 64,9%, l'accompagnement psychosocial est plus important et le nombre de patients sevrés en ambulatoire est plus élevé. Au niveau régional, on recense une thèse de médecine générale en 2011 à l'Université de Caen (20) et une enquête plus récente datant de 2013 réalisée dans la région du Limousin (21). Les résultats montrent une différence de prise en charge par rapport aux recommandations mais relèvent un impact positif de la formation en addictologie.

C'est dans ce contexte que nous avons cherché à évaluer les pratiques et connaissances des médecins généralistes Bas-Normands centrées sur le sevrage d'alcool ambulatoire. L'objectif principal est de les interroger afin d'observer les différences avec les recommandations actuelles de la SFA dans le seul but d'améliorer la prise en charge des patients souffrants d'un mésusage d'alcool.

Matériel et méthode

Type d'étude et son déroulement

Il s'agit d'une étude observationnelle, descriptive et quantitative réalisée à l'aide d'un questionnaire informatif, anonyme. Les médecins inclus étaient les médecins généralistes ayant une activité libérale et agrées Maitres de stage universitaire de l'université de Caen Normandie ce qui donne la possibilité d'encadrer un étudiant en médecine. Étaient exclus tous les autres médecins généralistes Bas-Normands non agrées Maitres de stage universitaire ainsi que les questionnaires vides ou incomplets renvoyés sur la plateforme internet vouée aux réponses.

Le questionnaire a été élaboré de manière collégiale avec l'aide de cinq collègues médecins généralistes et de la Maison des addictions de Caen. Il a ensuite été diffusé par email aux praticiens concernés. Il était composé de 33 questions divisées en 3 groupes qui étaient les suivants :

- le premier groupe « à propos de vous » décrivait les caractéristiques démographiques du médecin et son environnement.
- le deuxième groupe, intitulé « à propos du sevrage ambulatoire » était centré sur la prise en charge globale du sevrage, à la fois théorique et son déroulement pratique.
- le troisième groupe « à propos de la prise en charge » était facultatif et fait pour évaluer le ressenti des médecins avec la possibilité de laisser des commentaires libres.

Le questionnaire était constitué de questions fermées, permettant une ou plusieurs réponses selon les questions, afin de faciliter l'analyse statistique mais aussi de diminuer les biais de mesure possibles (*annexe 3*). Il a été envoyé par mail via la plateforme internet Unicaen reliée à l'université. Le logiciel LimeSurvey® a été utilisé pour créer ce questionnaire et recueillir les réponses. Le questionnaire étant anonyme, aucun élément permettant d'identifier le répondant n'était possible. Au total, 315 médecins ont reçu le lien concernant notre travail. Un premier envoi, effectué le 26 octobre 2017, a permis d'obtenir 50 réponses et un nouvel envoi quinze jours plus tard permis d'en avoir 40 supplémentaires. Nous avons décidé de clôturer le questionnaire au bout d'un mois jugeant que nous n'obtiendrons que très peu de réponses supplémentaires avec un nouvel envoi.

Analyse statistique

L'analyse a été effectuée avec l'aide du Dr Morello, Praticien Hospitalier et responsable de l'Unité fonctionnelle de biostatistique et recherche clinique au CHU de Caen. Au sein de notre population, nous avons réalisé des comparaisons selon l'âge, le milieu d'exercice ainsi que l'existence

ou non de notions de RPIB. Les variables descriptives sont calculées sous forme de moyenne \pm écart-type et les variables qualitatives sont exprimées en pourcentages. Les comparaisons de ces dernières variables sont réalisées avec les tests du khi-deux (khi-deux de Pearson ou test exact de Fisher). Le seuil de significativité choisi est p inférieur ou égal à 0,05 pour l'ensemble de notre étude. On admet une tendance significative lorsque p est inférieur à 0,1. Les résultats ont été saisis à l'aide du logiciel Excel®.

Résultats

Caractéristiques de la population

Elles sont regroupées dans le *tableau I* et le flow chart de l'étude est présenté dans la *figure 1*. Celle-ci est composée majoritairement d'hommes avec un sex-ratio de 1,78. Le nombre d'années d'exercice minimum des praticiens est de 3 ans contre 44 ans au maximum, avec une moyenne et un écart-type de 22 ± 10 .

Figure 1 : flow chart de l'étude

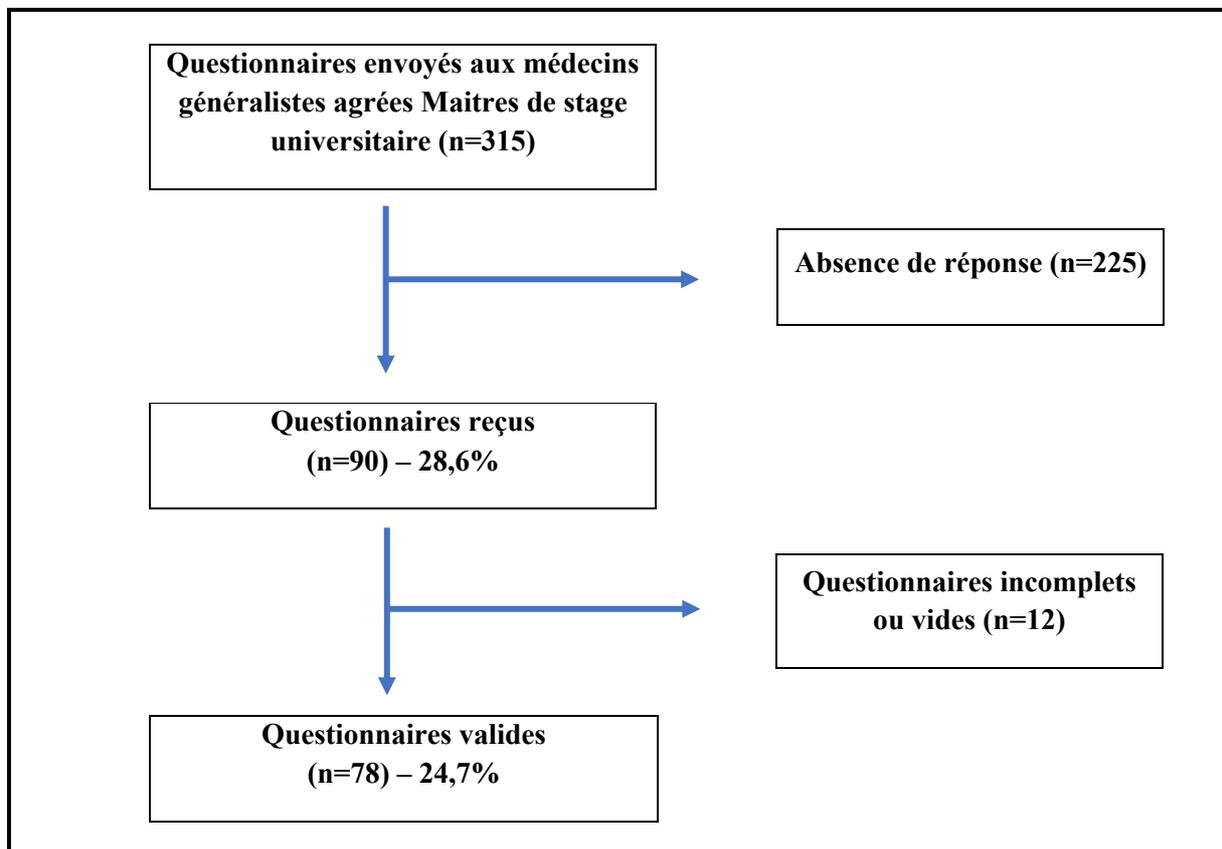


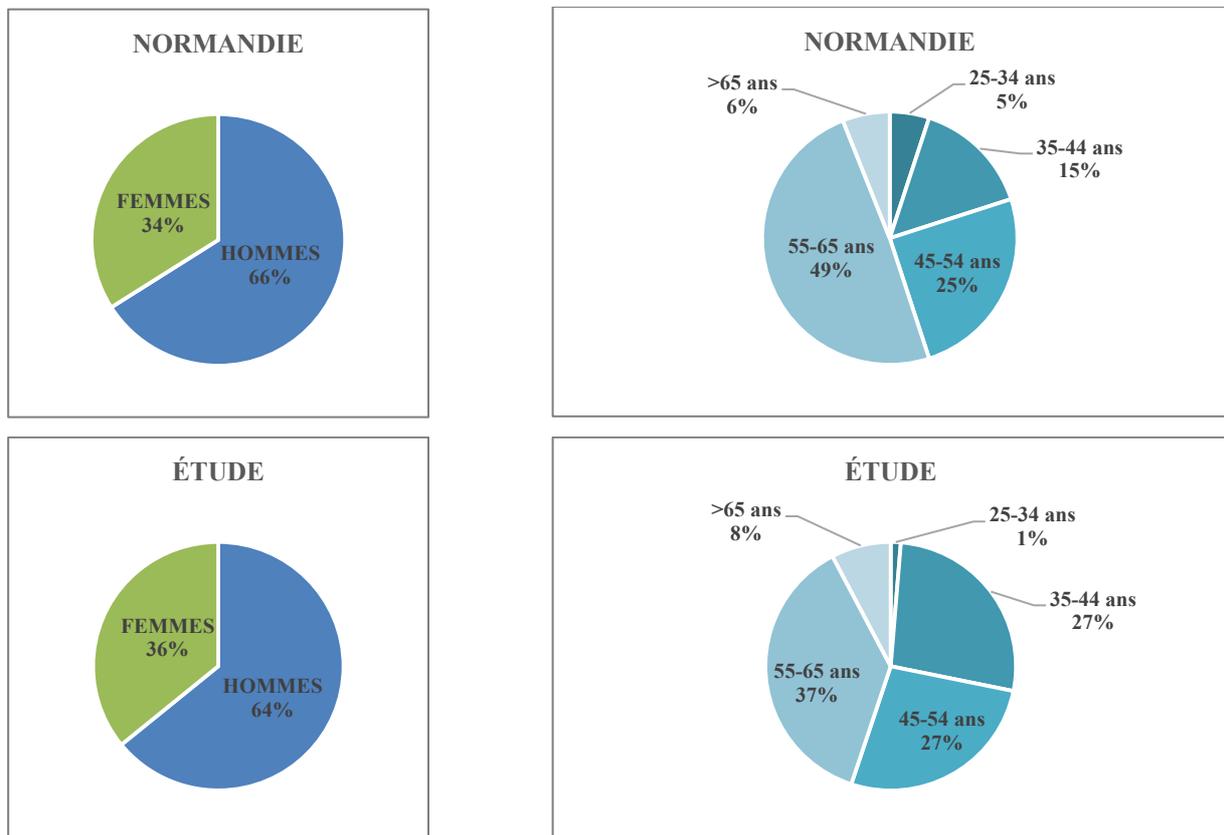
Tableau I : caractéristiques générales de la population

	Population globale n=78	
	Effectif	Pourcentage
Sexe :		
Masculin	50	64,1 %
Féminin	28	35,9 %
Tranches d'âge :		
25 - 34ans	1	1,3 %
35 - 44 ans	21	26,9 %
45 - 54 ans	21	26,9 %
55 - 65 ans	29	37,2 %
> 65 ans	6	7,7 %
Mode d'exercice :		
Rural	42	53,8 %
Urbain	36	46,2 %
Nombre d'années d'exercice :		
< 20 ans	33	42,3 %
≥ 20 ans	45	57,7 %
Diplôme d'addictologie (DU)	1	1,3 %

DU : diplôme universitaire

Pour mémoire, le Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) a publié en janvier 2017 la 10^{ème} édition des Atlas régionaux de la démographie médicale (22) et recense 2632 médecins généralistes libéraux et mixtes en activité régulière en Normandie (c'est-à-dire au titre de laquelle il est inscrit au tableau du Conseil départemental) dont 66% d'hommes. L'âge moyen est de 55 ans chez les hommes contre 50 ans chez les femmes. En comparant ces données avec celles de notre étude, notre population est représentative de la population générale recensée par le CNOM sur certains points. En effet, on n'observe pas de différence significative concernant le sexe ($p=0,812$) ni le milieu d'exercice ($p=0,670$) mais les tranches d'âges ont tendance à être différentes ($p=0,101$) notamment celles des « 35-44 ans » (27% dans l'étude contre 15% en Normandie) et « 55-65 ans » (49% en Normandie contre 37% dans l'étude) (**figure 2**).

Figure 2 : comparaison entre la population de l'étude et celle de Normandie



Connaissances théoriques et pratiques

Les données relatives aux connaissances théoriques et pratiques sont développées dans les *tableaux II et III*. On constate que la classe pharmacologique la plus utilisée est celle des Benzodiazépines avec 66,7% des prescriptions, dont 14,1% de diazépam et 48,7% d'oxazépam. Ils prescrivent majoritairement pour une durée de « 8-14 jours ». A noter que 11,5% prescrivent pour une durée d'un mois. Plus de 97% de la population effectue une réévaluation clinique du patient et seulement 9,2% utilisent l'index clinique de Cushman (*tableau IV*). Le traitement complet recommandé par la SFA (à savoir diazépam durant 5 à 7 jours, vitamine B1 et hydratation) n'est prescrit que par 2,5% des médecins. Enfin, 16,7% recommandent l'arrêt du tabac parallèlement au sevrage.

Tableau II : à propos des connaissances théoriques

	Population globale n=78	
	Effectif	Pourcentage
Possèdent des notions à propos du RPIB	45	57,7 %
Utilisent un questionnaire de repérage	8	10,3 %
Connaissance des verres standards d'alcool	42	53,8 %
Connaissance du seuil d'usage à risques (usage régulier H/F et ponctuel)	7	9 %
Connaissance des 3 contre-indications consensuelles au sevrage ambulatoire	28	35,9 %
Ont déjà encadré un sevrage ambulatoire d'alcool	69	88,5 %
Utilisent systématiquement un traitement pharmacologique en débutant le sevrage	50	64,1 %

RPIB : repérage précoce et intervention brève

Tableau III : traitement utilisé, durée de prescription, réévaluation clinique et traitement associé du sevrage ambulatoire d'alcool

	Population globale n=78		
	Effectif	Pourcentage	
Traitement utilisé :			
Dérivé GABA type Baclofène	1	1,3 %	
Addictolytique	17	21,8 %	
Antidépresseur	4	5,1 %	
Neuroleptique	-	-	
Myorelaxant	1	1,3 %	
Aucun	3	3,8 %	
Benzodiazépine	52	66,7 %	
Benzodiazépine (n=52) :		Pourcentage (n=78)	Pourcentage valide (n=52)
Diazépam	11	14,1 %	21,2 %
Oxazépam	38	48,7 %	73,1 %
Clorzébate dipotassique	1	1,3 %	1,9 %
Bromazépam	-	-	-
Alprazolam	2	2,6 %	3,8 %
		Total : 66,7 %	Total : 100 %
Durée de prescription des benzodiazépines (intervalles) :		Pourcentage (n=78)	Pourcentage valide (n=52)
< 5 jours	1	1,3 %	1,9 %
5 - 7 jours	16	20,5 %	30,8 %
8 - 14 jours	20	25,6 %	38,5 %
15 - 21 jours	6	7,7 %	11,5 %
4 semaines	9	11,5 %	17,3 %
		Total : 66,7 %	Total : 100 %
Effectuent une réévaluation clinique du patient	76	97,4 %	
Utilisent l'index de Cushman (n=76)	7	9,2 %	
Traitement associé :			
Aucun	53	68,9 %	
Vitamine B1	23	29,4 %	
Vitamine B6	16	20,5 %	
Vitamine PP	2	2,6 %	
Hydratation	21	26,9 %	
Hypnotique	3	3,8 %	
Antidépresseur	5	6,4 %	
Antihistaminique de type H1	2	2,6 %	
Prescrivent le traitement associé recommandé (Vit B1/Hydratation)	11	14,1 %	
Prescrivent le traitement complet recommandé (Diazépam, 5-7j, vitamine B1/hydratation)	2	2,5 %	
Recommandent l'arrêt du tabac	13	16,7 %	

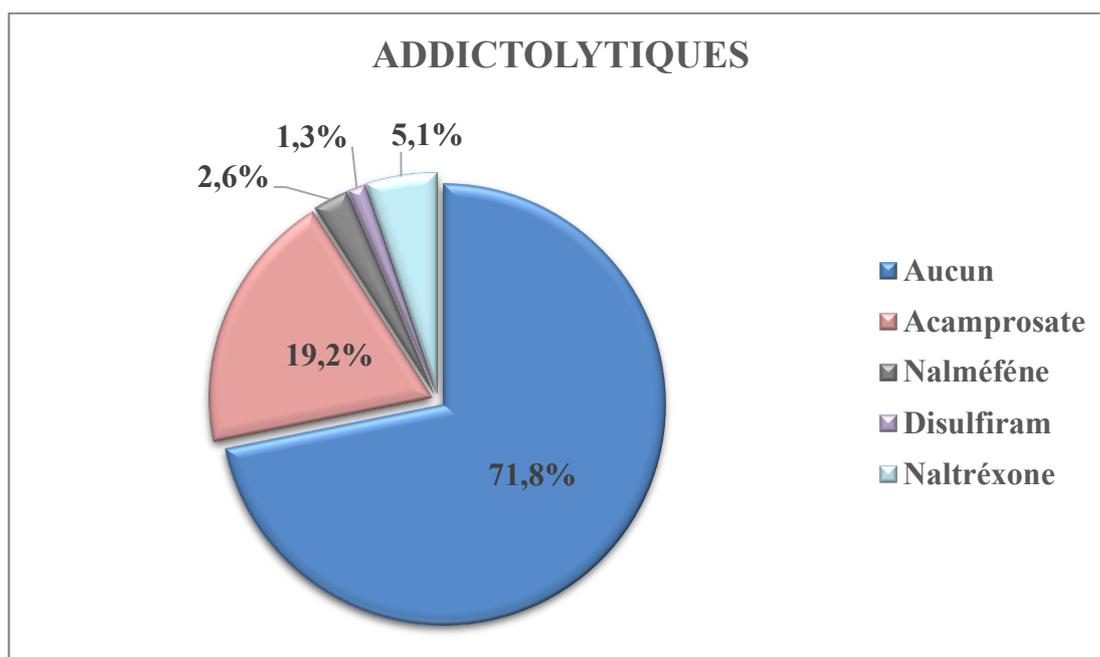
Pourcentage valide = pourcentage au sein de la population ayant prescrit des benzodiazépines (n=52).

Tableau IV : index clinique de Cushman

Tableau. Surveillance clinique par l'échelle de Cushman.				
Points	0	1	2	3
Fréquence cardiaque	< 80	81 à 100	101 à 120	0 h
PA systolique				
18 à 30 ans	< 125	126-135	136-145	> 145
31 à 50 ans	< 135	136-145	146-155	> 155
> 50 ans	< 145	146-155	156-165	> 165
Fréquence respiratoire	< 16	16 à 25	26 à 35	> 35
Tremblements	0	Main	Membre supérieur	Généralisés
Sueurs	0	Paumes	Paumes et front	Généralisées
Agitation	0	Discrète	Généralisée et contrôlable	Généralisée et incontrôlable
Troubles sensoriels	0	Phonophobie Photophobie Prurit	Hallucinations critiquées	Hallucinations non critiquées
Score < 7		Score de 7 à 14		Score > 14
État clinique contrôlé		Sevrage modéré		Sevrage sévère
Un score > 7 nécessitera une augmentation du traitement par diazepam.				

Source : Journal International de Médecine (JIM), 2010

Figure 3 : prescription d'un addictolytique en post-sevrage



Concernant la prescription associée d'un addictolytique post sevrage, la majorité des médecins soit 71,8%, ne prescrit aucun traitement de cette classe. Celui qui est d'avantage cité ensuite est l'acamprosate à 19,2% puis le naltrexone à 5,1%, le nalméfène à 2,6% et enfin le disulfiram à 1,3% de la population (*figure 3*).

Influence de l'âge sur la pratique du sevrage

Nous avons remarqué que les médecins les plus jeunes, de 25 à 44 ans, semblent plus nombreux à prescrire une benzodiazépine pour le sevrage d'alcool (90,5%, $p=0,1$) et l'oxazépam reste le traitement prescrit en majorité (73%). Les deux résultats significatifs concernent l'utilisation de l'index clinique de Cushman qui est utilisé quasi exclusivement par les plus jeunes ($p=0,005$) alors que ce sont les plus âgés qui recommandent le plus souvent l'arrêt concomitant du tabac (66,7%, $p=0,008$) (*tableau V*).

Influence du RPIB sur le sevrage

Lorsque l'on s'intéresse au RPIB, on observe que ce sont les praticiens qui en possèdent certaines notions qui ont plus tendance à utiliser un questionnaire de repérage (17,8%, $p=0,103$). Ils ont significativement une meilleure connaissance du seuil d'usage à risque (15,6%, $p=0,019$) et ils n'utilisent pas systématiquement un traitement pharmacologique pour débiter un sevrage d'alcool ($p=0,031$). Il n'y a pas de différence significative quant à la prescription thérapeutique, la durée ou encore la surveillance du sevrage. Mais les praticiens qui ont des notions de RPIB, ont tendance à d'avantage recommander l'arrêt du tabac de façon concomitante (22,5%, $p=0,093$) (*tableau VI*).

Influence du milieu d'exercice sur le sevrage

On n'observe aucune différence significative dans la pratique des médecins exerçant en milieu rural ou urbain (*tableau VII*).

Tableau V : influence de l'âge sur la pratique du sevrage

	Age					Total (n=78)	p
	25-34 ans (n=1)	35-44 ans (n=21)	45-54 ans (n=21)	55-65 ans (n=29)	> 65 ans (n=6)		
Possèdent des notions de RPIB	1 (100%)	9 (42,9%)	11 (52,4%)	18 (62,1%)	6 (100%)	45	0,088
Utilisent un questionnaire de repérage	1 (100%)	1 (4,8%)	1 (4,8%)	4 (13,8%)	1 (16,7%)	8	0,055
Connaissance des verres standards d'alcool	-	13 (61,9%)	9 (42,9%)	18 (62,1%)	2 (33,3%)	42	0,328
Connaissance du seuil d'usage à risques (usage régulier H/F et ponctuel)	-	3 (14,3%)	1 (4,8%)	3 (10,3%)	-	7	0,737
Connaissance des 3 contre-indications consensuelles au sevrage ambulatoire	1 (100%)	5 (23,8%)	9 (42,9%)	11 (37,9%)	2 (33,3%)	28	0,471
Utilisent systématiquement un traitement pharmacologique en débutant le sevrage	1 (100%)	15 (71,4%)	16 (76,2%)	16 (55,2%)	2 (33,3%)	50	0,204
Prescrivent une benzodiazépine pour le sevrage :	1 (100%)	19 (90,5%)	13 (61,9%)	15 (51,7%)	4 (66,7%)	52	0,100
Diazépam	1	2	3	5	-	11	0,273
Oxazépam	-	16	8	10	4	38	
Durée de prescription de benzodiazépine recommandée (5-7j)	1 (100%)	6 (31,6%)	4 (30,8%)	4 (26,7%)	1 (25%)	16	0,684
Utilisent l'index clinique de Cushman	1 (100%)	5 (23,8%)	-	1 (3,4%)	-	7	0,005
Prescrivent un des addictolytiques recommandés en 1ère intention :							
Acamprosate	-	5(23,8%)	4 (19%)	4 (13,8%)	2 (33,3%)	15	0,585
Naltrexone	-	-	3 (14,3%)	1 (3,4%)	-	4	0,497
Prescrivent les traitements associés recommandés (B1/Hydratation)	1 (100%)	5 (23,8%)	2 (9,5%)	2 (6,9%)	1 (16,7%)	11	0,458
Recommandent l'arrêt du tabac	-	5 (23,8%)	1 (4,8%)	3 (10,3%)	4 (66,7%)	13	0,008

RPIB : repérage précoce et intervention brève

Tableau VI : influence du RPIB sur le sevrage

	Possèdent des notions de RPIB (n=45)	Ne possèdent pas de notion de RPIB (n=33)	Total (n=78)	P
Mode d'exercice :				
Rural	25 (55,6%)	17 (51,5%)	42	0,819
Urbain	20 (44,4%)	16 (48,5%)	36	0,819
Nombres d'années d'exercice :				
<20 ans	16 (35,6%)	17 (51,5%)	33	0,173
≥20 ans	29 (64,4%)	16 (48,5%)	45	0,173
Utilisent un questionnaire de repérage	8 (17,8%)	-	8	0,103
Connaissance des verres standards d'alcool	21 (46,7%)	21 (63,6%)	42	0,161
Connaissance du seuil d'usage à risques (usage régulier H/F et ponctuel)	7 (15,6%)	-	7	0,019
Connaissance des 3 contre-indications consensuelles au sevrage ambulatoire	15 (33,3%)	13 (39,4%)	28	0,637
Utilisent systématiquement un traitement pharmacologique en débutant le sevrage	24 (53,3%)	26 (78,8%)	50	0,031
Prescrivent une benzodiazépine pour le sevrage :	27 (60%)	25 (75,8%)	52	0,355
Diazépam	7 (25,9%)	4 (16%)	11	0,691
Oxazépam	18 (66,7%)	20 (80%)	38	0,691
Durée de prescription de benzodiazépine recommandée (5-7j)	7 (43,8%)	9 (56,3%)	16	0,729
Utilisent l'index clinique de Cushman	4 (8,9%)	3 (9,1%)	7	1
Prescrivent un des addictolytiques recommandés en 1ère intention :				
Acamprosate	8 (17,8%)	7 (21,2%)	15	0,483
Naltrexone	1 (2,2%)	3 (9,1%)	4	
Prescrivent les traitements associés recommandés (B1/Hydratation)	8 (17,8%)	3 (9,1%)	11	0,460
Recommandent l'arrêt du tabac	10 (22,2%)	3 (9,1%)	13	0,093

RPIB : repérage précoce et intervention brève

Tableau VII : influence du milieu d'exercice sur le sevrage

	Milieu Rural (n=42)	Milieu Urbain (n=36)	Total (n=78)	P
Possèdent des notions de RPIB	25 (59,5%)	20 (55,6%)	45	0,819
Nombres d'années d'exercice :				
<20 ans	20 (47,6%)	13 (36,1%)	33	0,362
≥20 ans	22 (52,4%)	23 (63,9%)	45	
Utilisent un questionnaire de repérage	5 (11,9%)	3 (8,3%)	8	0,970
Connaissance des verres standards d'alcool	20 (47,6%)	22 (61,1%)	42	0,262
Connaissance du seuil d'usage à risques (usage régulier H/F et ponctuel)	6 (14,3%)	1 (2,8%)	7	0,116
Connaissance des 3 contre-indications consensuelles au sevrage ambulatoire	17 (40,5%)	11 (30,6%)	28	0,478
Utilisent systématiquement un traitement pharmacologique en débutant le sevrage	28 (66,7%)	22 (61,1%)	50	0,643
Prescrivent une benzodiazépine pour le sevrage :	28 (66,7%)	24 (66,7%)	52	0,828
Diazépam	5 (17,9%)	6 (25%)	11	0,929
Oxazépam	21 (75%)	17 (70,8%)	38	
Durée de prescription de benzodiazépine recommandée (5-7j)	8 (28,6%)	8 (33,3%)	16	0,671
Utilisent l'index clinique de Cushman	5 (11,9%)	2 (5,6%)	7	0,442
Prescrivent un des addictolytiques recommandés en 1ère intention :				
Acamprosate	10 (23,8%)	5 (13,9%)	15	0,562
Naltrexone	3 (7,1%)	1 (2,8%)	4	
Prescrivent les traitements associés recommandés (B1/Hydratation)	6 (14,3%)	5 (13,9%)	11	0,685
Recommandent l'arrêt du tabac	9 (21,4%)	4 (11,1%)	13	0,361

RPIB : repérage précoce et intervention brève

À propos de la prise en charge

Les commentaires libres laissés par les praticiens traduisent les difficultés rencontrées dans leur pratique quotidienne (*annexe 4*). Le manque de temps, les nombreux échecs, le manque de reconnaissance et le travail en réseaux sont les premiers éléments qui se dégagent même si nombreux sont les médecins qui se sentent plus à l'aise avec l'expérience acquise au fur et à mesure de leur pratique (67,9%) (*tableau VIII*).

Tableau VIII : à propos de la prise en charge

	Population globale n=78	
	Oui	Non
En général, êtes-vous satisfait de votre prise en charge :	25 (32,1%)	53 (67,9 %)
Si non, pensez-vous pouvoir l'améliorer (n=53) :		Oui
		44 (83%)
Vous sentez-vous plus à l'aise avec ce type de consultation par rapport à votre début d'exercice libéral :	53 (67,9%)	25 (31,1%)
Ce type de consultation vous demande-t-il beaucoup de temps :	68 (87,2%)	10 (12,8%)
Les formations en Addictologie sont-elles facilement accessibles :	34 (43,6%)	44 (56,4%)
La prise en charge des problématiques addictologiques ne devrait-elle concerner que les médecins addictologues :	7 (9%)	71 (91%)

Discussion

Points forts et limites de notre étude

Un des points intéressants de l'étude est son caractère novateur car elle est centrée sur un thème précis de l'addictologie qui n'est que très rarement étudié dans la pratique libérale. D'autant plus que les dernières recommandations de la SFA datent de 2014 et qu'aucune étude n'a été réalisée depuis. L'analyse des commentaires libres a également permis de mieux comprendre la réalité du terrain qui est indissociable du suivi des recommandations médicales. On a remarqué un certain intérêt des médecins pour notre travail devant la demande importante de retour des résultats du questionnaire. C'est une bonne occasion pour promouvoir le RPIB ainsi que l'aide au sevrage d'alcool en ambulatoire.

A contrario, l'étude présente certaines limites. L'échantillon de population est de petite taille avec 78 questionnaires exploitables sur 315 envois (soit 25%) ce qui traduit un manque de puissance pour nos résultats. De nombreux médecins Bas-Normands nous ont fait part d'une réticence à répondre aux questionnaires devant le nombre important de travaux reçus et l'absence de retour des étudiants. Nous avons donc fait le choix de n'interroger que les maîtres de stages agréés par l'Université de Caen Normandie afin d'obtenir un maximum de réponses auprès de ces praticiens impliqués dans la formation des étudiants en médecine.

Le questionnaire présente un biais méthodologique par un manque de précision dans la formulation de certaines questions. La question « Avez-vous des notions de RPIB ? » est trop subjective et elle pouvait être comprise de différentes façons. Il est clair que la différence de connaissances de RPIB est non mesurable et le terme « notions » n'est probablement pas le même pour tous les praticiens. Enfin, on peut admettre que le questionnaire manque de nuances et de pratique vivante. Malheureusement l'évaluation de ces paramètres s'avère difficile par le biais d'un simple questionnaire. Ce type d'étude a été choisi pour simplifier notre travail, par souci de clarté et de rapidité face aux nombreux travaux, souvent chronophages, qui sont envoyés aux médecins généralistes.

Analyse des premiers résultats

Concernant les connaissances théoriques, 57,7% de la population possède des notions de RPIB. C'est un résultat assez éloigné des objectifs mis en place par les politiques nationale et internationale (16). Par conséquent, il se pose la question de la façon de promouvoir ce RPIB afin d'améliorer ces chiffres. Plusieurs études ont été réalisées afin d'étudier les stratégies possibles dont une menée par l'Observatoire français des drogues et toxicomanies (OFDT) dans six régions Françaises en 2005 (23). De simples courriers postaux sont insuffisants mais des visites médicales aux cabinets ou encore l'utilisation d'internet et d'outils régionaux de communication semblent être de bons moyens. Certains départements Français, notamment en Ille et Vilaine avec le « Réseau Addiction 35 » ou en Gironde avec l'association « AGIR 33 », mènent des actions de communication à ce sujet avec l'aide de la presse spécialisée ou celle dédiée au grand public mais les études

concernant leur efficacité sont rares (24). Une nouvelle approche serait peut-être d'ouvrir ce type de prévention à plus de professionnels de santé afin de désacraliser le problème alcool. En effet, près de 70% des médecins généralistes déclarent parler de la consommation d'alcool seulement avec les patients semblant être à risque (25). Le sujet « alcool » reste tabou et n'est pas abordé lors des consultations médicales avec beaucoup de patients présentant probablement des risques. L'abord de l'alcool et le RPIB par les paramédicaux pourrait être une démarche à envisager.

On remarque que près de 90% des médecins ont déjà encadré un sevrage ambulatoire d'alcool. C'est un excellent résultat qui montre une implication grandissante au fur et à mesure des années même si on peut supposer que tous ne sont pas au courant des outils disponibles gratuitement en ligne et que tous n'utilisent pas de façon optimale l'informatisation de leurs cabinets. En exemple concret, le « mémento pratique » des dernières recommandations de la SFA de 2014 destiné aux médecins généralistes se situe dans les vingt dernières pages, après toute la recherche bibliographique, et n'est même pas mentionné dans le sommaire. Il faut avouer qu'il est bien caché.

Comparaison aux données de la littérature

Que ce soit au sein des premières recommandations de la SFA de 1999 (11), des plus récentes datant de 2014 (17), de celles de l'Institut national du cancer de 2009 (26) ou encore de celles de la revue Prescrire de 2016 (27), le sevrage ambulatoire d'alcool doit être une priorité. Le traitement recommandé est la prescription d'une benzodiazépine à demi vie longue type diazépam pour une durée maximale de 7 jours (28). Pour 66,7% des médecins, les benzodiazépines sont utilisées en première intention pour prévenir le syndrome de sevrage. Mais c'est l'oxazépam, benzodiazépine à demi-vie courte, qui est prescrit en grande majorité à 73,1% et pour une durée de 8 à 14 jours pour 38,5% des médecins. L'hypothèse de l'utilisation de l'Oxazépam en priorité est la peur d'une insuffisance hépatique sévère sous-jacente dans ce contexte d'alcoolodépendance, ou d'une sédation excessive, le Diazépam ayant un plus fort métabolisme hépatique (29, 30). Une évaluation complète permet de dépister les patients à risques (chez qui la pharmacocinétique est modifiée) afin d'adapter la prescription de Diazépam, qui reste la molécule la plus appropriée avec le moins de variation de concentration plasmatique.

Pour prévenir et diagnostiquer le syndrome de sevrage, l'index clinique de Cushman est un excellent indicateur. Cependant, seulement 9,2% des médecins de l'étude l'utilise et ces résultats sont comparables à la dernière étude réalisée à Caen en 2011 (20). Ces résultats peuvent se comprendre puisqu'une surveillance médicale à domicile n'est pas toujours facile et trop peu d'infirmières libérales sont formées à l'addictologie. Ceci serait une bonne alternative pour conserver l'environnement social du patient et appliquer une surveillance clinique régulière.

Nous remarquons également que près de 70% des médecins ne prescrit aucun traitement associé à celui des benzodiazépines et seulement 14,1% prescrit le traitement associé recommandé par la SFA qui allie la vitamine B1 et une hydratation journalière suffisante en prévention d'une encéphalopathie de Wernicke. L'hypothèse

financière peut certainement expliquer ceci car ce traitement n'est pas remboursé par la sécurité sociale et beaucoup des patients venant pour ce type de consultation ne sont pas toujours dans une situation financière confortable. Depuis mars 2018 et la présentation du plan « priorité prévention : rester en bonne santé tout au long de sa vie » par Agnès Buzin, Ministre des Solidarités et de la Santé, la place des substituts nicotiques a beaucoup évolué. Un des points forts est l'augmentation du forfait annuel de remboursement de certains traitements substitutifs qui sont dorénavant pris en charge comme n'importe quel autre médicament remboursé (31). Peut-être verrons nous aussi un changement dans le traitement du sevrage d'alcool dans les années à venir...

Avec seulement 2,5% des médecins qui prescrivent le traitement complet recommandé pour la prévention du sevrage (diazépam pendant 5 à 7 jours associé à une thiamine et une hydratation journalière suffisante), nous comprenons toute la complexité de la prise en charge du sevrage ambulatoire d'alcool, ses échecs fréquents et la nécessité d'apporter de nouvelles perspectives.

Analyses croisées des résultats

Ce sont donc les jeunes médecins qui ont le plus tendance à utiliser l'index clinique de Cushman, le RPIB ainsi qu'un traitement par benzodiazépine si besoin. On peut donc émettre l'hypothèse d'une formation plus approfondie durant les études médicales ces dernières années. L'examen classant national a été mis en place en 2004 avec un programme divisé selon des unités d'enseignements (UE), elles-mêmes divisées en items (32). L'UE numéro 3 qui s'intitule « Maturation-Vulnérabilité-Santé mentale-Conduites addictives » comprend 29 items dont un entièrement consacré à l'addiction à l'alcool. De même, l'addictologie fait désormais partie de nombreux programmes de diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine générale ainsi que de plusieurs facultés de médecine Françaises et notamment de l'ISNAR-IMG (Intersyndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale) où l'addictologie apparaît comme une formation spécialisée transversale d'intérêt (33). Les nouveautés apportées par ces changements dans l'enseignement des études médicales et la formation initiale semblent donc porter leurs fruits.

Les médecins ayant des notions de RPIB ont de meilleures connaissances théoriques ($p=0,019$) mais on n'observe pas de différence de prise en charge. On peut espérer qu'une différence de prise en charge médicamenteuse, en faveur des médecins possédant ces connaissances, se dégagerait de l'étude avec une meilleure précision sur la « notion de RPIB ». En comparant avec l'étude menée dans le Limousin en 2013, les médecins qui possèdent des notions de RPIB semblent avoir une pratique plus proche des recommandations (21). Ces résultats peuvent s'expliquer de deux manières différentes; soit leurs formations au RPIB leurs ont permis d'améliorer leurs pratiques, soit ils sont à la base plus intéressés par cette spécialité médicale. Dans tous les cas, l'intérêt porté au RPIB semble une nouvelle fois efficace.

Analyse des réponses libres

Les médecins généralistes décrivent beaucoup de freins dans leur prise en charge mais comme évoqué précédemment, avec l'attente de certains changements en addictologie et l'intérêt montant pour cette spécialité, les choses pourraient évoluer favorablement dans les années à venir avec un meilleur ressenti.

Le travail en équipe est une spécificité que beaucoup de médecins recherchent et certains d'entre eux (principalement ceux exerçant en milieu rural) se sentent isolés avec des délais de rendez-vous longs et des professionnels paramédicaux et structures spécialisées souvent très loin géographiquement. Un exemple concret est le développement d'un des projets de l'Agence régional de santé Bretagne avec la mise en place de consultations addictologiques au sein d'un cabinet rural dans la région de Brocéliande en Ille et vilaine. Le but recherché étant de faciliter l'accès aux soins où le premier centre pour ce type de consultations se situe à plus de 30 kilomètres.

Perspectives d'avenir

En France, il existe une rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp). Elle a été créée en 2011 selon 3 volets principaux : le suivi des pathologies chroniques, la prévention et l'efficacité des prescriptions. Son efficacité s'est rapidement démontrée et de nouveaux indicateurs sont créés chaque année. Pour rappel, les indicateurs sont des moyens conçus pour évaluer l'organisation du cabinet médical ou bien la qualité de la prise en charge. La dernière Rosp date de 2018 avec une nouveauté particulière qui est la création du premier indicateur concernant l'alcool : « part des consommateurs excessifs d'alcool ayant fait l'objet d'une intervention brève telle que décrite par l'outil HAS et enregistrée dans le dossier médical ». Ceci marque un tournant dans la prévention médicale et l'efficacité de ce nouvel indicateur sera à surveiller. Depuis quelques années, de nouvelles cotations sont régulièrement créées dont les dernières en mai 2018 (34). On peut constater de nouveaux actes concernant « la consultation de suivi et coordination de la prise en charge des enfants de 3 à 12 ans en risque avéré d'obésité » ou encore « test d'évaluation d'une dépression ». Toutes ces initiatives sont de bonne augure face à ces consultations délicates et chronophages et sont créées afin de valoriser la complexité de certaines situations. Espérons un même changement en addictologie dans un avenir proche.

Comme évoqué précédemment, la promotion du RPIB est un des piliers de l'addictologie. Malheureusement, les différents moyens de promotion (participatif, local ou personnalisé) sont difficilement évaluables depuis le dernier plan d'action national mené par l'OFDT en 2005 (23) et rares sont les études publiées. Un appel à projets MILDECA (Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives) a été lancé en janvier 2018 face à cette mobilisation nationale et régionale difficile et qui semble être en baisse depuis ces dernières années (35). Son but est de réaliser une action commune avec l'ARS afin d'accompagner au mieux les projets territoriaux tout en gardant une cohérence nationale pour développer l'activité addictologique.

Conclusion

Les recommandations évoluent depuis plusieurs années mais le sevrage ambulatoire reste toujours une priorité dont le médecin généraliste est le pilier. En comparant avec d'autres études, on observe une évolution progressive avec notamment un nombre de sevrages réalisés grandissant mais la prise en charge des praticiens reste largement perfectible. Concernant les connaissances théoriques, un point intéressant serait le renforcement du développement du repérage précoce et de l'intervention brève qui augmenterait certainement le nombre de patients intégrés dans un parcours de soins addictologiques. De nouveaux projets devront bientôt être créés afin de relancer sa promotion. La prise en charge thérapeutique présente des points à améliorer pour que celle-ci soit optimale mais l'information donnée aux médecins généralistes n'est pas toujours adaptée ou facilement accessible dans leur cadre d'exercice.

Parallèlement, on peut apercevoir beaucoup de changements dans le domaine médical que ce soit dans la prévention primaire, la formation médicale initiale et continue ou encore dans la rémunération des actes médicaux qui sont très encourageants.

Bibliographie

1. Beck F, Richard J-B. La consommation d'alcool en France. *Presse Médicale*. 2014 Oct;43(10):1067-79.
2. Organization World H. *Global Status Report on Alcohol and Health, 2014*. World Health Organization. Copenhagen : Regional Office for Europe ; 2014. 389 p.
3. Richard J-B, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES). La consommation régulière d'alcool en 2014. *Santé En Action*. 2015;432:45-7.
4. Guérin S, Laplanche A, Dunant A, Hill C. Alcohol-attributable mortality in France. *European Journal Public Health*. 2013 Aug;23(4):588-93.
5. Observatoire national interministériel de sécurité routière (ONISR). *La sécurité routière en France. Bilan de l'accidentalité de l'année 2016*. Paris : ONISR ; 2017. 183 p.
6. Chabalier H. *Alcoolisme : le parler vrai, le parler simple. Rapport de la mission Hervé Chabalier sur la prévention et la lutte contre l'alcoolisme*. Paris : Robert Laffont ; 2005. 158 p.
7. Institut National du Cancer (INCa). *Avis d'experts relatif à l'évolution du discours public en matière de consommation d'alcool en France*. Saint Maurice : Santé publique France ; 2017. 152 p.
8. *Recommandations relatives à l'alimentation, à l'activité physique et à la sédentarité pour les adultes*. Saint-Maurice : Santé publique France ; 2017. 62 p.
9. GBD 2016 Alcohol Collaborators, Griswold MG, Fullman N, Hawley C, Arian N, Zimsen SRM, et al. Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990-2016 : a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet* ; 2018 Sep 22;392(10152):1015-1035
10. Burton R, Sheron N. No level of alcohol consumption improves health. *The Lancet* ; 2018 Sep 22;392(10152):987-988
11. Conférence de consensus 1999 : objectifs, indications et modalités du sevrage du patient alcoolodépendant. *Alcoologie et Addictologie*. 1999;21(2S):1-220.
12. Les conduites d'alcoolisation : recommandations pour la pratique clinique 2001. *Lecture critique des classifications et définitions. Quel objectif thérapeutique? Pour quel patient? Sur quels critères?* *Alcoologie Addictologie*. 2001;23(4S):1-76.
13. Kaner EFS, Beyer F, Dickinson HO, Pienaar E, Campbell F, Schlesinger C, et al. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2007 Apr 18;(2):CD004148.
14. Ballesteros J, Duffy JC, Querejeta I, Ariño J, González-Pinto A. Efficacy of brief interventions for hazardous drinkers in primary care : systematic review and meta-analyses. *Alcohol Clinical Experimental Research*. 2004 Apr;28(4):608-18.
15. O'Donnell A, Anderson P, Newbury-Birch D, Schulte B, Schmidt C, Reimer J, et al. The Impact of Brief Alcohol Interventions in Primary Healthcare : A Systematic Review of Reviews. *Alcohol Oxf*. 2014 Jan;49(1):66-78.
16. Direction générale de la santé, Houssin D. *Circulaire DGS/SD6B n°2006-449 du 12 octobre 2006 relative à la diffusion de la formation au repérage précoce et à l'intervention en alcoologie*. 2006.

17. Société Française d'Addictologie (SFA). Mésusage de l'alcool : dépistage, diagnostic et traitement. Recommandation de bonne pratique. *Alcoologie Addictologie*. 2015 Mar;37(1):5-84.
18. National Collaborating Centre for Mental Health. Alcohol-Use Disorders : diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence. Leicester (UK) : british psychological Society ; 2011. National Institute for Health and Clinical Excellence : Guidance n°115.
19. Despres C, Demagny L, Bungener M. Les pratiques médicales de sevrage du patient alcoolo-dépendant. Influence de la conférence de consensus de 1999. *Alcoologie Addictologie*. 2011 Dec;33(4):333-44.
20. Ekpo F, Molette A, Vabret F, Université de Caen, UFR de médecine. Prise en charge du sevrage alcoolique en ambulatoire enquête auprès des 645 médecins généralistes du Calvados. Caen ; 2011.
21. Gayaudon F, Sazerat P, Preux PM. Mésusage d'alcool. Enquête sur les pratiques des médecins généralistes du Limousin. *Alcoologie Addictologie*. 2016 Mar;38(1):27-35.
22. Bouet D, Le Breton-Lerouillois G, Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM). Paris. Atlas de la démographie médicale en France. Profils comparés 2007/2017 - Les territoires au cœur de la réflexion. Situation au 1er janvier 2017. Paris : Conseil National de l'Ordre des Médecins ; 2017 Oct. 323p.
23. Diaz-Gómez C, Milhet M. Repérage précoce intervention brève : stratégies de promotion du repérage précoce et de l'intervention brève en matière d'alcool auprès des médecins généralistes. Saint Denis La Plaine Cedex : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT) ; 2005. 199 p.
24. Demeaux JL, Desaulty-Cluzan L, Meurant C, Castéra P. Délégué Santé Prévention : pour que le généraliste ne soit plus seul devant l'addiction. *Médecine*. 2007 Oct;3(8):378-81.
25. Huas D, Rueff B. Alcool et médecine générale. Neuilly Sur Seine : Global Média Santé ; 2010. 194p.
26. Carbonneau M-A, Carbonneau A, D'hauteville F. Analyse critique du rapport de l'Institut national du cancer « alcool et risque de cancers » : quelles sont les questions que l'on doit se poser ? *Cahier de Nutrition et de Diététique*. 2009 Oct;44(5):239-45.
27. Syndrome de sevrage alcoolique : prévention. *Revue Prescrire*. 2015;35(380):446-448.
28. Amato L, Minozzi S, Davoli M. Efficacy and safety of pharmacological interventions for the treatment of the alcohol withdrawal syndrome. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2011 Jun;(6):CD008537.
29. Peppers MP. Benzodiazepines for alcohol withdrawal in the elderly and in patients with liver disease. *Pharmacotherapy*. 1996 Feb;16(1):49-57.
30. Weintraub SJ. Diazepam in the treatment of moderate to severe alcohol withdrawal. *CNS Drugs*. 2017 Feb;31(2):87-95.
31. Priorité prévention : rester en bonne santé tout au long de sa vie. Ministère des Solidarités et de la Santé 2018. Ministère de la Santé/DSS - CNAMTS/DDGOS du 26 Mars 2018.
32. Décret n°2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales. 2004-67 Jan 16, 2004.
33. Diplôme d'Études Spécialisées (DES) de médecine générale [Internet]. ISNAR-IMG (Inter Syndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale). [cited 2018 Sept 4]. Available from: <https://www.isnar-img.com/pendant-linternat/des-de-medecine-generale>
34. Journal Officiel de la République Française (JORF) n°0104 du 3 mai 2017 ; texte n°18 ; Arrêté du 27 avril 2017 relatif aux majorations applicables aux tarifs des actes et consultations externes des établissements de santé publics et des établissements de santé privé.

35. Commission des affaires sociales, Deseyne C. Projet de loi de finances pour 2018 : Direction de l'action du gouvernement - Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues Et les Conduites Addictives (MILDECA). Avis au nom de la commission des affaires sociales sur le projet de loi de finances pour 2018. N° 111. Paris : Sénat ; 2017. 59 p.

Annexe 1 : questionnaire AUDIT

Questions	Score				
	0	1	2	3	4
1 Quelle est la fréquence de votre consommation d'alcool ?	Jamais	1 fois/mois ou moins	2 à 4 fois/mois	2 à 3 fois par semaine	4 fois/semaine ou plus
2 Combien de verres contenant de l'alcool consommez-vous un jour typique où vous buvez ?	1 ou 2	3 ou 4	5 ou 6	7 à 9	10 ou plus
3 Avec quelle fréquence buvez-vous six verres ou davantage lors d'une occasion particulière ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Chaque jour ou presque
4 Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous constaté que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire une fois que vous aviez commencé ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Chaque jour ou presque
5 Au cours de l'année écoulée, combien de fois votre consommation d'alcool vous a-t-elle empêché de faire ce qui était normalement attendu de vous ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Chaque jour ou presque
6 Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu besoin d'un premier verre pour pouvoir démarrer après avoir beaucoup bu la veille ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Chaque jour ou presque
7 Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou des remords après avoir bu ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Chaque jour ou presque
8 Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous été incapable de vous rappeler ce qui s'était passé la soirée précédente parce que vous aviez bu ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Chaque jour ou presque
9 Vous êtes-vous blessé ou avez-vous blessé quelqu'un parce que vous aviez bu ?	Non		Oui, mais pas dans les 12 derniers mois		Oui, au cours des 12 derniers mois
10 Un parent, un ami, un médecin ou un autre soignant s'est-il inquiété de votre consommation d'alcool ou a-t-il suggéré que vous la réduisiez ?	Non		Oui, mais pas dans les 12 derniers mois		Oui, au cours des 12 derniers mois

Interprétation : Un score supérieur ou égal à 8 chez l'homme et à 7 chez la femme est évocateur d'un mésusage actuel d'alcool. Un score supérieur à 12 chez l'homme et supérieur à 11 chez la femme serait en faveur d'une dépendance à l'alcool.

Source : Collégiale des Universitaires en Hépatogastro-Entérologie, 2009

Annexe 2 : questionnaire DETA

<p>1. Avez-vous DÉJÀ ressenti le besoin de DIMINUER votre consommation de boissons alcoolisées ?</p> <p>2. Votre ENTOURAGE vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ?</p> <p>3. Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez TROP ?</p> <p>4. Avez-vous déjà eu besoin d'alcool dès l'AUBE pour vous sentir en forme ?</p>
<p>Une alcoolisation dommageable est probable si le sujet répond affirmativement à deux questions ou plus.</p>

Source : Collégiale des Universitaires en Hépatogastro-Entérologie, 2009

Annexe 3 : questionnaire envoyé aux médecins généralistes

- 1- Êtes-vous : un homme, une femme
- 2- Quel âge avez-vous ? : <25 ans, 25-34 ans, 35-44 ans, 45-54 ans, 55-65 ans, >65 ans
- 3- Depuis combien d'années exercez-vous ? ... (réponse libre)
- 4- Quel est votre lieu d'exercice ? : urbain, rural
- 5- Possédez-vous un diplôme spécialisant en addictologie ? oui, non
- 6- Si oui, lequel ? DU addictologie (Diplôme Universitaire), DESC addictologie (Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaires), Capacité addictologie, autre
- 7- Avez-vous des notions sur le repérage précoce et l'intervention brève en addictologie ? oui, non
- 8- Utilisez-vous un questionnaire pour repérer un mésusage de l'alcool ? oui, non
- 9- Si oui, lequel / lesquels parmi les suivants ? (plusieurs réponses possibles) : AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test), AUDIT-C (trois premières questions du Alcohol Use Disorder Identification Test), FACE (Fast Alcohol Consumption Evaluation), DETA (Diminuer Entourage Trop Alcool), autre
- 10- Selon vous, un verre standard d'alcool correspond à (plusieurs réponses possibles) : 10cl de vin à 12°, 7cl d'un apéritif à 18°, 25cl de bière à 5°, 3cl d'alcool fort à 40°
- 11- Selon vous, le seuil d'usage à risque de consommation d'alcool défini par l'OMS est de : ... unités par semaine chez l'homme pour un usage régulier, ... unités par semaine chez la femme pour un usage régulier, ... unités par occasion pour un usage ponctuel (réponses libres)
- 12- Avez-vous déjà encadré la prise en charge d'un sevrage d'alcool en ambulatoire ? oui, non
- 13- Parmi les suivantes, quelles sont pour vous les contre-indications à un sevrage ambulatoire ? (plusieurs réponses possibles) : antécédent de crise comitiale, antécédent de délirium trémens, consommation associée de substances psychoactives à doses élevées, comorbidités cardio-vasculaire associée, personne âgée de plus de 65 ans, femme enceinte, syndrome de sevrage important
- 14- Utilisez-vous systématiquement un traitement pharmacologique dans le sevrage d'alcool ? oui, non
- 15- Vous prescrivez un traitement, quelle classe thérapeutique choisissez-vous en première intention pour prévenir le syndrome de sevrage ? (une seule réponse) : dérivé GABA type Baclofène ®, addictolytique type Aotal ®, Selincro ®..., benzodiazépine, antidépresseur, neuroleptique, autre
- 16- Si vous prescrivez des Benzodiazépines, quelle molécule utilisez-vous en première intention (une seule réponse) ? diazépam (valium ®), oxazépam (seresta ®), clorazépatate dipotassique (tranxène ®), bromazépam (léxomil ®), alprazolam (xanax ®), autre
- 17- Durée de votre prescription de benzodiazépine (une seule réponse) : <5 jours, 5-7 jours, 8-14 jours, 15-21 jours, 4 semaines
- 18- Effectuez-vous une réévaluation clinique du patient ? oui, non
- 19- Si oui, dans quel délai ? (plusieurs réponses possibles) : le lendemain, dans les 3 jours, dans la semaine, à la fin du traitement, à la demande du patient seulement, autre
- 20- Si oui, utilisez-vous une échelle d'évaluation clinique des symptômes du sevrage ? oui, non
- 21- Si oui, laquelle ? ... (réponse libre)
- 22- Prescrivez-vous un addictolytique lorsque vous débutez un sevrage ? oui, non
- 23- Si oui, lequel ? acamprosate (aotal ®), nalméfène (sélincro ®), disulfiram (espéral ®), naltrexone (révia ®), autre
- 24- Prescrivez-vous systématiquement un autre traitement associé ? oui, non

- 25- Si oui, lequel/lesquels avez-vous déjà prescrit parmi les suivants ? (*plusieurs réponses possibles*) : vitamine B1 (thiamine ®), vitamine B6, vitamine PP (nicobion ®), hydratation, hypnotiques apparentés aux benzodiazépines, antidépresseur, anti histaminique de type H1 (atarax ®)
- 26- Si votre patient est fumeur, recommandez-vous systématiquement l'arrêt du tabac (avec éventuellement une aide pharmacologique) en parallèle du sevrage d'alcool ambulatoire ? oui, non
- 27- En général, êtes-vous satisfait de votre prise en charge ? oui, non (*commentaire facultatif*)
- 28- Si non, pensez-vous pouvoir l'améliorer ? oui, non (*commentaire facultatif*)
- 29- Vous sentez-vous plus à l'aise dans ce type de consultation maintenant par rapport à votre début d'exercice libéral ? oui, non (*commentaire facultatif*)
- 30- Ce type de consultation vous demande-t-il beaucoup de temps ? oui, non (*commentaire facultatif*)
- 31- Selon vous, les formations en addictologie sont-elles facilement accessibles aux médecins généralistes ? oui, non (*commentaire facultatif*)
- 32- Pensez-vous que la prise en charge des problématiques addictives ne devrait concerner que les médecins addictologues ? oui, non (*commentaire facultatif*)
- 33- Commentaire général sur le questionnaire (*facultatif*)

Annexe 4 : réponses libres et commentaires

1- En général, êtes-vous satisfait de votre prise en charge ?

- Quand le patient reconnaît son addiction c'est plus facile, surtout s'il est demandeur
- Ça reste une prise en charge difficile, avec un taux d'échec important, qui peut poser des difficultés pour le reste de la prise en charge du médecin généraliste (exemple récent du patient qui après avoir finalement rechuté suite à une prise en charge conjointe généraliste / addictologue a changé de médecin traitant...)
- L'alcool met le médecin en échec très souvent...
- Beaucoup d'échecs
- Ce sont des consultations chronophages ++
- Pas plus d'échecs que le centre d'addictologie
- Cela dépend des patients et surtout de leur environnement
- Le taux d'échec est trop important
- Trop difficile, demande non seulement des connaissances mais du TEMPS !!
- C'est opératoire dépendant, il faut bien connaître son patient, bien connaître ses propres limites, établir un contrat, être disponible, chaque patient est différent, les échecs construisent le médecin et le patient, et il faut en être conscient
- Non je préfère diriger les patients vers spé ou structure hospitalière
- Manque de temps. Souvent manque de motivation du patient
- Une prise en charge psychologique de longue durée se relève souvent indispensable en dehors du cabinet
- La plupart des patients sont perdus de vue ou perdus
- Je ne suis jamais satisfait !!
- Car je voudrais voir les patients alcooliques beaucoup plus souvent mais les créneaux de consultation sont déjà bien remplis. Je ne peux les voir qu'à une semaine de début de traitement
- Reprise rapide de l'alcool
- Besoin d'autre soutien psychologique
- Plusieurs tentatives de sevrage sont souvent nécessaires
- Orientation vers un médecin addictologue systématiquement proposée
- En étant conscient du fort taux d'échec à court ou moyen terme
- Tout dépend si on parle de prise en charge ou de résultat pour moi toutes les prises en charges sont satisfaisantes dans la mesure où elles sont individualisées
- Le sevrage s'adapte au patient, ce serait plutôt à eux de répondre
- Bizarre la question... vu la faible réussite des sevrages, quels que soient les méthodes, le praticien ne peut se satisfaire de ses échecs...
- Tout dépend de l'honnêteté du désir d'arrêt. En principe les conditions sont posées dès le départ avec le fait que c'est au patient de déclarer spontanément son addiction et ce qu'il en pense dans un cadre d'écoute attentive avec une assurance de ne pas être perçu comme fautif. Ce premier abord permet d'enclencher une proposition d'aide qui peut être suivie de succès. Le simple conseil de tempérance même avec explications est rarement suivi d'efficacité. À nous de savoir susciter cet "aveux" et tout le problème réside dans cette stratégie. Par ailleurs l'exercice actuel de la médecine ne favorise pas les "consultations de confiance" qui permettraient d'enclencher ce processus.

- Patient choisi : pas de contre-indication au sevrage ambulatoire et patient déjà connu = grande importance du relationnel !

2- Pensez-vous pouvoir l'améliorer ?

- Mais souvent pessimiste par expérience !
- Faudrait plus de temps et un travail en réseau efficace
- Avec une formation complémentaire
- Pas le temps, pas de motivation pour ce type de prise en charge car engagement dans gyneco et pédiat + psychothérapies donc ce serait trop
- Il faut être encore plus disponible, à l'écoute, ouvert, susciter chez le patient le désir de changement, le voir, le revoir ... C'est chronophage, ce n'est pas reconnu, c'est du temps, de l'investissement moral, de la douleur, de l'échec professionnel parfois
- Non je ne suis pas intéressée par la prise en charge de tels patients...
- Sujet qui m'intéresse et réflexion sur l'approche . Je tire du bénéfice des expériences de patient
- Je suis installée depuis 5 ans seulement et je peaufine mon organisation afin de revoir les patients plus souvent
- Suivi plus régulier
- Formation

3- Vous sentez-vous plus à l'aise dans ce type de consultation maintenant par rapport à votre début d'exercice libéral ?

- Meilleure connaissance de mes patients
- J'aborde facilement le sujet
- J'ai effectué un stage de formation sur le sujet en FMC
- Pas vraiment... Toujours autant de déceptions
- Il faut faire pour les gens ce que l'on aimerait que les gens fassent pour nous. En médecine c'est pareil. J'ai appris à ne pas juger, à donner des pistes, à écouter, à revoir, à comprendre...
- Abord de la question bien intégrée à ma prise en charge. L'abord du sujet est bien agréé comme la question que votre médecin ne peut être sans vous poser
- Les patients reviennent au RDV imposé sauf si troubles psychiatriques associés : dans ce cas, je les dirige vers une prise en charge spécialisée d'addictologie ou psy.
- Je connais mieux les patients et l'entourage
- Je suis plus « modeste » : je sais qu'il faudra plusieurs tentatives pour réussir un sevrage ou une nette diminution de l'alcool
- Je pratique et j'enseigne l'entretien motivationnel
- Avec l'expérience, vient l'expérience...
- L'âge amène la sérénité et la philosophie, donc peut favoriser l'écoute, mais la désillusion n'est jamais très loin. Il faut beaucoup de temps pour aborder ou aider à aborder le problème des addictions chez ce genre de patient assez souvent manipulateur.
- Grande aide de mon DU d'addicto obtenue à Caen (2015-16)

4- Ce type de consultation vous demande-t-il beaucoup de temps ?

- 30 mn en moyenne

- C'est de l'ordre d'une demi-heure, ce n'est que rarement prévu dans les motifs, c'est le syndrome de la « poignée de porte », il faut programmer les consultations suivantes pour faire une consultation dédiée et faire comprendre au patient que le plus important est son envie de changement, et que la balle est dans son camp
- Fonctionnement sans contrôle horaire
- Trop
- Ça demande du temps et de nombreuses consultations. Chacun travaille comme il peut et comme il sait le faire, cela dépend aussi des patients
- Il faut tenir compte non seulement de l'état psychique mais aussi physique du patient. C'est donc entretien assez long et examen clinique à chaque consultation même à 8 jours
- Parfois plus de temps qu'une consultation de routine, mais pas excessivement plus
- 1 ère consultation avant sevrage= 30 mn puis les évaluations + courte

5- Selon vous, les formations en addictologie sont-elles facilement accessibles aux médecins généralistes ?

- Manque de temps
- Il y a un monde entre le monde libéral et le monde hospitalier, nous ne jouons pas dans la même cour. Ma fierté est d'arriver à aider mon patient sans forcément être sanctionnant et juge.
- Thèmes fréquents nombreux organismes s'y intéressant
- Toujours loin quand on exerce en campagne
- Le temps

6- Pensez-vous que la prise en charge des problématiques addictives ne devrait concerner que les médecins addictologues ?

- Prise en charge complémentaire en addictologue et généraliste
- Sinon, on ne proposerait un sevrage que dans moins de 10% des patients concernés
- Délai trop long pas d'addictologue a moins de 20 km de mon lieu d'exercice
- Mais les généralistes qui veulent s'y intéresser doivent avoir du temps à consacrer
- C'est un travail d'équipe, l'addictologue va m'apporter des outils me permettant d'aider mon patient, que je connais, une aide conséquente. Je connais sa vie, son environnement, ses envies, ses contraintes ...
- Certains Médecins généralistes sont très investis dans ce type de prise en charge mais ce n'est pas mon cas
- Compétence des généralistes spécialistes en entretien particulier
- Bien sûr que non. Combien de patients me disent qu'ils préfèrent venir au cabinet car ils ont l'impression d'être écouté... c'est dérangeant d'entendre cela mais c'est la réalité. Les addictos sont sans doute débordés, avec des consultations très courtes pour certains.
- Ils sont bien trop peu nombreux donc difficilement accessibles et la confiance et la relation avec le médecin traitant est un gros point fort pour nous
- Plus il y a d'intervenant à œuvrer dans le même sens meilleur et le résultat
- C'est une part de la MG, nous connaissons bien mieux le milieu de vie du patient, son entourage
- Il me semble que l'addictologie n'est pas une spécialité, mais une compétence... ???
- Je pense qu'il s'agit d'une prise en charge en équipe très difficile à mettre en place dans les conditions actuelles de l'exercice de la médecine. Consultations associant outre le malade et son MT, la présence d'un addictologue, soit physiquement soit avec un

CR ou une écoute informatique pour permettre un échange et des prises de décisions très rapides. Mais l'Ordre va bondir et I have a dream...

8- Commentaire général sur le questionnaire :

- Les résultats sont médiocres c'est donc une partie de notre activité qui est peu valorisante mais on se dit tout le temps que celui-là ou celle-là va y arriver ...
- Le sevrage est difficile à faire en cabinet ; un travail d'équipe est souvent nécessaire mais pas toujours possible.
- Sujet difficile, peu gratifiant pour le médecin généraliste. À propos d'une population très en détresse où notre disponibilité fait défaut.
- Plutôt bien fait, bravo
- Intéressant ++
- Intéressant - Bonne continuation
- C'est probablement un rôle primordial du MG mais trop chronophage car patients à voir souvent, pas toujours compliants même quand ils sont motivés. Au final je fais appel aux addictologues....
- Une prise en charge pluridisciplinaire semble le plus souvent souhaitable pour encadrer le patient et le soutenir dans son cheminement ; cela demande beaucoup de temps et d'énergie. Bon travail
- Les patients qui ont une situation professionnelle, un entourage qui les soutient et qui comprend la maladie peuvent être gérés en ville avec des chances de réussite.
- LE BORD DE MER N'EST NI URBAIN NI RURAL. Le sevrage se fait au feeling, en fonction du travail, de l'entourage, de la motivation, des addictions associées, de l'âge, des sevrages déjà réalisés, on n'est pas soutenu par les services d'addictologie et les patients ne veulent pas y aller
- Consultations intéressantes mais chronophages. Pour les patients très ancrés dans l'alcoolisme, les résultats sont franchement démoralisants => pour ces patients une prise en charge multidisciplinaire est préférable (addictologue, psychologue, diététicien...). Bon travail
- Difficile de répondre à votre questionnaire car il ne cible pas assez les profils de patients, qui vont du gars qui picole et qu'embête personne au gros toxico qui peut plus travailler, ou celui qui devient méchant avec deux verres, ou la personne qui utilise l'alcool comme un anxiolytique ou une béquille pour supporter les autres et/ou la vie, ou celui qu'aime le vin un peu trop... Pour illustrer ses propos, il faut lire « John barleycorn » de Jack Londonien, très beau livre sur la dépendance, ou « il n'a jamais tué personne mon papa » de Jean Louis Fournier dont le père était médecin, très beau témoignage d'affection à un papa. Bref, j'ai répondu un peu n'importe quoi car, en définitive, c'est la/le patient lui-même qui sera (ou pas) son propre thérapeute pour peu qu'on sache l'écouter (j'allais dire l'égoutter !)
- Merci de nous faire parvenir svp les résultats de cette enquête. Bon questionnaire
- Une thèse de plus pour faire ressortir que le médecin généraliste devrait se former en addictologie ? Tout comme il devrait se former pour : la reconnaissance de l'autisme, des troubles du langage, des TDAH, des troubles de la mémoire, des dépressions nerveuses et de leur prise en charge... Se former à la prise en charge des troubles du sommeil, de l'insuffisance cardiaque ... Tous ces sujets que l'on voit passer. A quand des thèses qui valoriseront et ne culpabiliseront pas les généralistes!
- Je suis dans une commune de 7000 habitants, que je considère comme du "semi rural" qui ne figure pas dans les choix! De plus le taux de chômage dans ma commune est plutôt élevé, ce qui conditionne sans aucun doute mes réponses compte tenu de ma patientèle... Est-ce un biais dans l'étude ? Comment faire pour être au courant de vos conclusions du fait de l'anonymisation des questionnaires ?
- Bon questionnaire !
- Système CCM toujours très frustrant, enfin bon c'est la mode... bien !
- Les grilles d'évaluation me semblent peu intéressantes en médecine générale : l'impression clinique est suffisante ainsi que la relation de confiance.

- Il ne nous laisse pas la possibilité à cause des questions fermées d'exprimer exactement nos prises en charges. Ce questionnaire me paraît bien approximatif, certaines réponses sont suggérées, et compte tenu des limites de la méthode (les réponses à ce questionnaire ne le seront que par des médecins motivés, donc mieux formés que la population médicale générale) il me semble que vous devriez revoir avec votre directeur et compléter votre travail par quelques entretiens de type qualitatif... ?

Bon courage, c'est un très bon travail par ailleurs

- Nous sommes en face d'une pathologie vieille comme le monde et qui poursuivra son travail d'autodestruction car le désespoir et la souffrance morale et physique sont inhérents à l'humanité. Nous avons plus de moyens qu'auparavant pour soulager, mais l'efficacité et les conditions d'exercice actuels tuent ce genre de soins. Certains individus sont à l'évidence en risque majeur de dépendance sous toute forme, la recherche permettra peut-être de trouver une substance qui diminuera le caractère prégnant de cette maladie.

« Par délibération de son Conseil en date du 10 Novembre 1972, l'Université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ou mémoires. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ».

VU, le Président de Thèse

A handwritten signature in black ink, consisting of several loops and a long horizontal stroke at the bottom.

VU, le Doyen de l'UFR Santé

VU et permis d'imprimer
en référence à la délibération
du Conseil d'Université
en date du 14 Décembre 1973

Pour le Président
de l'Université de CAEN et P.O

Le Doyen de l'UFR de Santé

ANNÉE DE SOUTENANCE : 2019

NOM ET PRÉNOM DE L'AUTEUR : MARICHAL Marc

États des lieux des connaissances et pratiques du sevrage ambulatoire d'alcool. Enquête auprès de médecins généralistes installés en Basse-Normandie.

RÉSUMÉ :

Contexte : la consommation d'alcool reste stable en France depuis quelques années mais reste un problème de santé publique important. Les recommandations médicales, notamment celles publiées en 2014 par la Société Française d'Addictologie, évoluent et le médecin généraliste garde une place cruciale dans le parcours de soins. L'objectif est d'évaluer les pratiques et connaissances des médecins généralistes Bas-Normands concernant le sevrage ambulatoire d'alcool dans le but d'aider au mieux leur prise en charge.

Méthode : il s'agit d'une étude observationnelle, descriptive et quantitative réalisée avec un questionnaire anonyme à réponses fermées. Il a été envoyé aux Maîtres de stage universitaire de Basse-Normandie.

Résultats : Les connaissances théoriques semblent mieux maîtrisées par les plus jeunes médecins et ceux possédant des notions de repérage précoce et d'intervention brève (15,6%, $p=0,019$). 66,7% des praticiens prescrivent des benzodiazépines avec en priorité l'oxazépam (48,7%) qui est prescrit majoritairement pour 8 à 14 jours. Seul 2,5% des praticiens prescrivent le traitement complet recommandé en prévention du sevrage.

Discussion : le cadre d'exercice du médecin généraliste n'est pas toujours favorable à l'application des recommandations, souvent indissociables du terrain, mais de nombreux changements au sein de la prévention primaire et de la formation médicale sont encourageants pour l'avenir.

MOTS-CLÉS : sevrage ambulatoire – alcool – médecin généraliste – prévention – benzodiazépine

Knowledge and practices regarding outpatient alcohol withdrawal management : analysis of an investigation with general practitioners in Basse-Normandie.

ABSTRACT :

Context : France reports stable consumption of alcohol for the past few years. Nevertheless, it represents a major public health issue. Medical recommendations, for example those published by the SFA (Société Française d'Addictologie) in 2014, are evolving and the general practitioner is still in the center of the care pathway. The goal of this study is to evaluate the practices and knowledge of general practitioners of Basse-Normandie, concerning outpatient alcohol withdrawal management in order to help them improve it.

Method : we conducted an observational, descriptive and quantitative study using an anonymous survey with close-ended questions. It was sent to general practitioners involved in university teaching.

Results : young doctors and those who know about the early identification and brief intervention seem to have a better theoretical background (15.6%, $p=0.019$). 66.7% of the practitioners prescribe benzodiazepine, mostly Oxazepam (48.7%) for 8 to 14 days. Only 2.5% of them prescribe the complete treatment recommended for alcohol withdrawal.

Discussion : working environment of the general practitioner isn't the easiest place to apply the medical recommendations, but a lot of encouraging changes are made concerning primary prevention and medical formation.

KEY WORDS : outpatient alcohol withdrawal – alcohol – general practitioner – prevention - benzodiazepine