



HAL
open science

Les approches thérapeutiques dans le trouble de l'usage de l'alcool : quel est le choix des médecins généralistes dans le Calvados et pourquoi ?

Félix Colom

► To cite this version:

Félix Colom. Les approches thérapeutiques dans le trouble de l'usage de l'alcool : quel est le choix des médecins généralistes dans le Calvados et pourquoi?. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02496740

HAL Id: dumas-02496740

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02496740>

Submitted on 3 Mar 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

UFR SANTÉ

Année 2018/2019

THÈSE POUR L'OBTENTION
DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le : 23 octobre 2019

par

Mr COLOM Félix

Né (e) le 24/11/1990 à Saint-Doulchard (Cher)

TITRE DE LA THÈSE :

**Les approches thérapeutiques dans le trouble de
l'usage de l'alcool : quel est le choix des médecins
généralistes dans le Calvados et pourquoi ?**

Président : Monsieur le Professeur TOUZE Emmanuel

Membres : Monsieur le Professeur LE COUTOUR Xavier

Monsieur le Docteur CABE Nicolas

Monsieur le Docteur SAINMONT Nicolas

Directeurs de thèse : Pr LE COUTOUR Xavier
Dr CABE Nicolas

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

Éméritat jusqu'au 31/08/2020

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 – réanimation
M.	GÉRARD Jean-Louis	Anesthésiologie – 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 – réanimation
M.	HULET Christophe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M.	HURAUULT de LIGNY Bruno <small>Éméritat jusqu'au 31/01/2020</small>	Néphrologie
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 <small>Éméritat jusqu'au 31/08/2020</small>	Hématologie
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
M.	LE BAS François (fin 31/08/19)	Médecine générale
M.	SAINMONT Nicolas (fin 31/08/19)	Médecine générale
Mme	NOEL DE JAEGHER Sophie (fin 31/08/2021)	Médecine générale

REMERCIEMENTS

Monsieur le Professeur Emmanuel TOUZE,

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider mon jury de thèse.

Veillez recevoir le témoignage sincère de mon profond respect.

Monsieur le Professeur Xavier LE COUTOUR,

Merci pour votre soutien et vos précieux conseils. Je vous prie de recevoir mes plus sincères remerciements.

Monsieur le Docteur Nicolas CABE,

Je suis très reconnaissant pour ton aide dans ce travail. Soit assuré de ma sincère gratitude.

Monsieur le Docteur Nicolas SAINMONT,

Pour avoir accepté d'appartenir à ce jury et de juger mon travail. Recevez ma sincère reconnaissance.

Remerciements personnels

À toi, Laurine. Merci infiniment pour ta présence et ton soutien indéfectible, malgré les évènements de vie marquants que nous avons vécu tous les deux. Nous sommes une équipe. Je t'aime.

À ma maman, mon papa et ma sœur. Si je suis là aujourd'hui, c'est grâce à vous. On construit un adulte sur des années. Merci de tout mon cœur.

À ma filleule et son petit frère. Votre amour égaye ma vie. Je vous remercie.

À ma famille GOUSSARD et ma famille COLOM, merci pour votre présence à mes côtés.

Papi Jo, tu as été mon fil d'Ariane. Je pourrais écrire mille mots, mais un seul suffira : MERCI.

Mes pensées vont aussi vers ma belle-famille. Vous m'avez accepté comme votre égal. C'est un honneur.

À mes amis de médecine. Ah.... Qu'auraient été ces longues années si vous n'aviez pas été là.... Weeeeeeeeeeeee !

À mes co-internes de santé publique. Merci pour vos nombreux conseils et les agréables moments passés ensemble.

Lucy, tu m'as été d'une aide inestimable. Merci pour ta patience.

Au Docteur Stéphane EROUART, pour sa bienveillance et ses précieux conseils, ainsi qu'à l'équipe de veille sanitaire de l'ARS Normandie qui m'a accueilli en stage et m'a permis de rédiger sereinement ce manuscrit.

Merci à mes collègues de l'OMÉDIT Normandie. Nos instants fous-rires resteront gravés dans ma mémoire.

À vous, chers médecins interrogés : Dr A, B, C, D, E, F, G, H, I, J, K, L, M, N, O, P, Q, R, S, T, merci pour votre disponibilité.

J'aimerais aussi remercier mes anciens partenaires d'arts martiaux. Il est fort probable que vous ne lisiez pas ces mots puisque 500 kilomètres nous séparent à présent. J'ai passé d'innombrables heures avec vous et vous avez été présents dans les coups durs. Respect.

ABBREVIATIONS

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

AUDIT : Alcohol Use Disorders Identification Test

AUDIT-C : Questionnaire abrégé AUDIT

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIM : Classification Internationale des Maladies

CJC : Consultations Jeunes Consommateurs

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

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées

DESC : Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires

DU : Diplôme Universitaire

FACE : Fast Alcohol Consumption Evaluation

FMC : Formation Médicale Continue

FST : Formation Spécialisée Transversale

GABA : Acide gamma-aminobutyrique

GAAP : Groupe d'Apprentissage à l'Analyse Pratique

HAS : Haute Autorité de Santé

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SFA : Société Française d'Alcoologie

SPF : Santé Publique France

SNC : Système Nerveux Central

TCC : Thérapie Cognitivo-Comportementale

TABLEAUX

Tableau 1 : Description des questions	94
Tableau 2 : Objectif des questions	95
Tableau 3 : Durées et modalités des entretiens	96
Tableau 4 : Caractéristiques des praticiens interrogés	97
Tableau 5 : Descriptif de l'année d'obtention de thèse, de l'activité et de la patientèle des médecins	98
Tableau 6 : Formations des médecins	99
Tableau 7 : Fiches SFA et prévention SPF	100

FIGURES

Figure 1 : Différence entre les deux approches DSM IV / CIM 10 et DSM 5	8
Figure 2 : Indications d'hospitalisation pour le sevrage	13
Figure 3 : Score de Cushman	84

SOMMAIRE

<u>INTRODUCTION</u>	1
<u>GENERALITES</u>	4
1. LES POINTS CLES DE L'ADDICTION A L'ALCOOL	5
1.1. Etymologie de l'addictologie	5
1.2. Historique de la consommation d'alcool	5
1.3. Définitions	7
1.4. Niveaux d'usage définis par le DSM IV et la CIM 10	8
1.5. Notre choix au cours de l'étude	9
1.6. La consommation en France	9
1.7. Les dangers sanitaires	10
1.8. Du simple usage à la dépendance à l'alcool	10
1.9. Modalités usuelles de prise en charge	12
1.9.1. Repérage et évaluation	12
1.9.2. Sevrage	12
1.9.3. Objectifs d'abstinence	13
1.9.4. Maintien du sevrage	14
1.9.5. Société Française d'Alcoologie	14
2. UNE PRISE EN CHARGE GLOBALE	14
2.1. Repérage précoce et intervention brève (RPIB)	15
2.1.1. Le repérage précoce	15
2.1.2. L'intervention brève	15
2.1.3. Description de la méthode	16
2.1.4. Données de la littérature	16
2.2. Pharmacothérapie	17
2.2.1. Disulfirame	18
2.2.1.1. Mécanisme d'action	18
2.2.1.2. Indications et contre-indications	18

2.2.1.3.	Données de la littérature	19
2.2.2.	Acamprosate	19
2.2.2.1.	Mécanisme d'action	19
2.2.2.2.	Indications et contre-indications	19
2.2.2.3.	Données de la littérature	20
2.2.3.	Naltrexone	20
2.2.3.1.	Mécanisme d'action	20
2.2.3.2.	Indications et contre-indications	21
2.2.3.3.	Données de la littérature	21
2.2.4.	Nalméfène	22
2.2.4.1.	Mécanisme d'action	22
2.2.4.2.	Indications et contre-indications	22
2.2.4.3.	Données de la littérature	22
2.2.5.	Baclofène	23
2.2.5.1.	Mécanisme d'action	23
2.2.5.2.	Indications et contre-indications	24
2.2.5.3.	Données de la littérature	25
2.3.	Psychothérapies et autres approches	25
2.3.1.	Thérapie cognitivo-comportementale	26
2.3.1.1.	Définition	26
2.3.1.2.	Entretien motivationnel	26
2.3.1.3.	Prévention de la rechute	27
2.3.2.	Thérapie familiale systémique	27
2.3.2.1.	Définition	27
2.3.2.2.	Données de la littérature	28
2.3.3.	Psychanalyse	28
2.3.3.1.	Définition	28
2.3.3.2.	Données de la littérature	29
2.3.4.	Pleine conscience	29
2.3.4.1.	Définition	29
2.3.4.2.	Données de la littérature	29
2.3.5.	Médiation corporelle	30
2.3.6.	Approche occupationnelle	30
2.3.7.	Médecine à mode d'exercice particulier	31
2.4.	Formation	31
2.4.1.	Formation médicale initiale	31
2.4.1.1.	Externat (2 ^{ème} cycle des études_médicales)	31
2.4.1.2.	Internat (3 ^{ème} cycle des études_médicales)	32
2.4.2.	Formation médicale continue	32

<u>MATERIEL ET METHODE</u>	33
1. OBJECTIF DE RECHERCHE	34
1.1. Objectif principal	34
1.2. Objectif secondaire	34
2. POPULATION ETUDIEE	34
2.1. Critères d'inclusion	34
2.2. Critères d'exclusion	34
2.3. Sélection des médecins	35
3. ENTRETIEN	35
4. SUJET	35
4.1. Présentation	35
4.2. Description et objectif des questions	36
4.3. Question sur les autres approches dans le trouble de l'usage de l'alcool	36
5. AUTORISATION ET ETHIQUE	36
<u>RESULTATS</u>	37
1. LES DONNEES GENERALES DES ENTRETIENS ET PARTICIPANTS	38
1.1. Les entretiens et les participants	38
1.1.1. Nombre d'entretiens et contact	38
1.1.2. Les modalités de l'entretien	38
1.1.3. Guide d'entretien	38
1.1.4. Date et durée	38
1.1.5. Tableau récapitulatif	39
1.2. Caractéristiques sociodémographiques	39
1.2.1. Age et sexe	39
1.2.2. Zone d'exercice	39

1.2.3.	Tableau récapitulatif	39
2.	DESCRIPTION DE L'ACTIVITE ET DE LA PATIENTELE DES PRATICIENS	39
2.1.	Lieux d'exercice	39
2.2.	Visites	40
2.3.	Vacations	40
2.4.	Age de la patientèle	40
2.5.	Date obtention de thèse	41
2.6.	Tableau récapitulatif	41
3.	ETAT DES LIEUX	41
3.1.	Proportion des patients avec une consommation problématique d'alcool	41
3.2.	Exploration de la consommation d'alcool	42
4.	PRISE EN CHARGE	42
4.1.	Pharmacologique	42
4.2.	Psychothérapeutique	43
4.3.	Spécialistes de l'addiction	44
5.	DETAILS DE LA PRISE EN CHARGE	45
5.1.	Approche pharmacologique	45
5.1.1.	Médicaments du sevrage ambulatoire	46
5.1.2.	Co-prescription	46
5.1.3.	Médicaments du maintien de l'abstinence et d'aide au maintien d'une consommation contrôlée	46
5.2.	Approche psychothérapeutique	46
5.3.	Prise en charge familiale	49

5.3.1. Intégration de la famille	49
5.3.2. Rencontre avec le conjoint	49
5.4. Autres approches	50
5.5. Cible thérapeutique	50
6. LIEN ENTRE LA FORMATION DES PRATICIENS ET LES PRATIQUES THERAPEUTIQUES	52
6.1. La prise de connaissance du trouble et la prise en charge	52
6.2. Formation	53
6.3. Société Française d'Addictologie (SFA)	54
6.4. Campagne de prévention de Santé Publique France	54
6.5. Tableaux récapitulatifs	54
7. PERCEPTION DU PATIENT SOUFFRANT D'UN TROUBLE DE L'USAGE DE L'ALCOOL ET PRISE EN CHARGE	55
7.1. Notion de chronicité du trouble	55
7.2. Influence des spécificités du patient alcoolodépendant sur la prise en charge	55
7.3. Difficultés pour la prise en charge	57
8. PROPOS LIBRES	58
<u>DISCUSSION</u>	60
1. FORCES ET LIMITES	61
1.1. Le sujet	61
1.2. Population	61
1.3. Les entretiens	61
1.4. L'analyse	62

2. LES RESULTATS PRINCIPAUX	62
2.1. Exploration	62
2.2. La prise en charge	62
2.3. Formations et fiches de la Société Française d'Alcoologie	63
2.4. Limites et difficultés	64
3. DISCUSSION DES RESULTATS	64
3.1. Les approches thérapeutiques des médecins généralistes du Calvados dans le trouble de l'usage de l'alcool	64
3.2. La formation	65
3.3. Impact de l'ancienneté d'exercice et du sexe du praticien	66
3.4. Les objectifs d'abstinence	66
3.5. Impact des recommandations de la Société Française d'Alcoologie	66
3.6. Habitudes de prescriptions médicamenteuses	67
3.7. L'alcool et les soins addictologiques dans le Calvados	67
4. LES PROPOSITIONS	68
4.1. Améliorer la formation	68
4.2. Informer sur les recommandations de la Société Française d'Alcoologie	69
<u>CONCLUSION</u>	70
<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	72

<u>ANNEXE</u>	77
Annexe 1	77
Annexe 2	80
Annexe 3	82
Annexe 4	84
Annexe 5	85
Annexe 6	89
Annexe 7	94
Annexe 8	95
Annexe 9	96
Annexe 10	97
Annexe 11	98
Annexe 12	99
Annexe 13	100
Annexe 14	101

INTRODUCTION

L'alcool est un produit naturel issu de la fermentation ou de la distillation de fruits ou de grains riches en glucides. Sa consommation est universelle et décrite depuis l'antiquité (1). Elle concerne 10% des français au quotidien (2).

Notre relation à l'alcool est ambivalente :

D'une part, il est reconnu que l'alcool possède des propriétés psychoactives et que sa consommation est à l'origine d'un phénomène de dépendance et de tolérance pouvant entraîner une perte de contrôle de son usage. Il est de même reconnu que la consommation excessive d'alcool possède des conséquences majeures sur la santé, à la fois physique, psychique et sociale (3).

Pourtant, la consommation d'alcool en France est fréquente et les risques sous-estimés, déniés. Elle bénéficie d'une bonne acceptabilité sociale, voire médicale (exemple : la consommation modérée de vin diminuerait la morbi-mortalité cardiovasculaire (4)). Le cadre politico-légal de sa consommation est de même mal défini (exemples : pas de restriction des consommations chez les majeurs en France ; vente libre ; l'alcool n'est pas classé comme un psychotrope (5)) et est parfois sujet à controverse (exemple : propos récents d'un homme d'Etat évoquant que « le vin ne serait pas un alcool comme les autres »(6)).

En 2015, la Société Française d'Alcoologie (SFA) a émis des recommandations de bonnes pratiques pour la prise en charge du trouble de l'usage de l'alcool (7). Des fiches synthétiques pour les médecins généralistes sont disponibles, mais leurs dispositions en annexe à l'issue d'un long document les rendent difficilement accessibles à la lecture. La question de la prise en charge de ce trouble par ces praticiens se pose.

Notre étude cherche à explorer les motivations des médecins généralistes du Calvados dans leurs choix thérapeutiques pour la prise en charge du trouble de l'usage de l'alcool.

Dans une première partie, nous rappellerons brièvement les éléments-clés de l'addiction à l'alcool et les différentes approches thérapeutiques disponibles à ce jour pour la prise en charge de ce trouble. Nous décrirons de même la formation initiale

des étudiants en médecine à l'université de Caen-Normandie, ainsi que celle des internes en médecine générale durant leur 3ème cycle, dans le thème du trouble de l'usage de l'alcool.

Et dans un second temps, au moyen d'une enquête qualitative réalisée auprès de plusieurs médecins généralistes, nous essaierons de mieux comprendre et d'expliquer leurs motivations dans les choix thérapeutiques pour la prise en charge du trouble de l'usage de l'alcool. Nous porterons aussi notre intérêt sur l'évaluation de leurs formations et de leurs connaissances vis-à-vis de la prise en charge de ce trouble.

GENERALITES

1. Les points-clés de l'addiction à l'alcool

1.1. Etymologie de l'addictologie

L'addictologie est l'étude des addictions, rapports morbides entre un individu et une substance ou un comportement. Le terme d'addiction est d'étymologie latine (8).

Sa racine, ad-dicere « dire à », exprime une nature d'esclave.

Dans la civilisation romaine, les esclaves n'avaient pas de nom propre et étaient « dits à » leur propriétaire.

Ensuite, au Moyen Âge, le terme addicté signifiait que l'on ne pouvait rembourser une dette à un individu et que l'on payait son créancier par le travail.

Par la suite, le terme addiction a été intronisé formellement dans la langue anglaise et signifiait alors un rapport de soumission d'un apprenti à son maître puis s'est rapproché progressivement du sens moderne populaire qu'il possède aujourd'hui, à savoir de dépendance ou de passions dévorantes.

Le terme addiction, bien qu'encore généralement utilisé pour évoquer une hygiène de vie parfois répréhensible, se substitue aujourd'hui au terme de « toxicomanie » dans le monde scientifique.

Ce terme possède à présent une connotation scientifique et évoque dans le cas de l'addiction à l'alcool une alcoolodépendance.

1.2. Historique de la consommation d'alcool

La consommation d'alcool dans le monde possède une histoire complexe, de plusieurs millénaires (3, 9).

Les premières références remontent en l'an 4000 avant JC avec la production de bière en Mésopotamie par la fermentation de céréales.

L'alcool possède à cette époque une valeur sacrée. Les religions judéo-chrétiennes glorifient l'alcool, et les peuples de l'antiquité racontent le culte des dieux du vin.

Puis au moyen-âge, grâce à la découverte des alambiques, de nouvelles boissons alcoolisées plus fortes font leur apparition dans le commerce, en même temps que

l'institution des premières réglementations de la consommation et du négoce de vin. Le marché du vin s'accompagne de charges, d'impôts, de privilèges, et l'ivresse, autrefois louée par l'église, est maintenant considérée comme péché.

C'est lors de la Renaissance que l'alcool prend une connotation de plaisir, de dégustation. C'est en effet à cette période qu'apparaissent les premiers grands crus de vin.

L'alcool acquière une valeur sociale importante.

Cependant, l'histoire de la consommation de l'alcool est ambivalente.

À partir du XVIIIème siècle, malgré la valeur sociale et appréciable de l'alcool (gastronomie et œnologie par exemple), une mauvaise image est donnée à la consommation en excès de l'alcool pour consoler, en réponse au malheur social. L'ivresse est souvent représentée négativement comme synonyme d'échec, de violence, etc. Des médecins découvrent que la consommation excessive d'alcool entraîne des complications viscérales (affections hépatiques, cardiaques ou neurologiques).

Puis, des politiques répressives contre l'ivresse et des campagnes antialcooliques se multiplient.

Paradoxalement, la consommation de vin, notamment en France, est valorisée.

A partir de la moitié du XIX siècle, des politiques de lutte et de prévention contre l'alcoolisme sont créés afin de limiter les conséquences néfastes de la consommation en excès de l'alcool.

Aujourd'hui, la consommation de l'alcool possède une valeur sociale majeure. Dans les pays développés (en France particulièrement), l'ancrage socio-culturel et les enjeux économiques sont tels que 10% de la population française consomme quotidiennement de l'alcool (2).

Bien que celui-ci ne fût pas un obstacle dans le passé du fait d'une faible espérance de vie, la prévention et la prise en charge de l'alcoolisme sont à présent des préoccupations et des priorités en matière de santé publique.

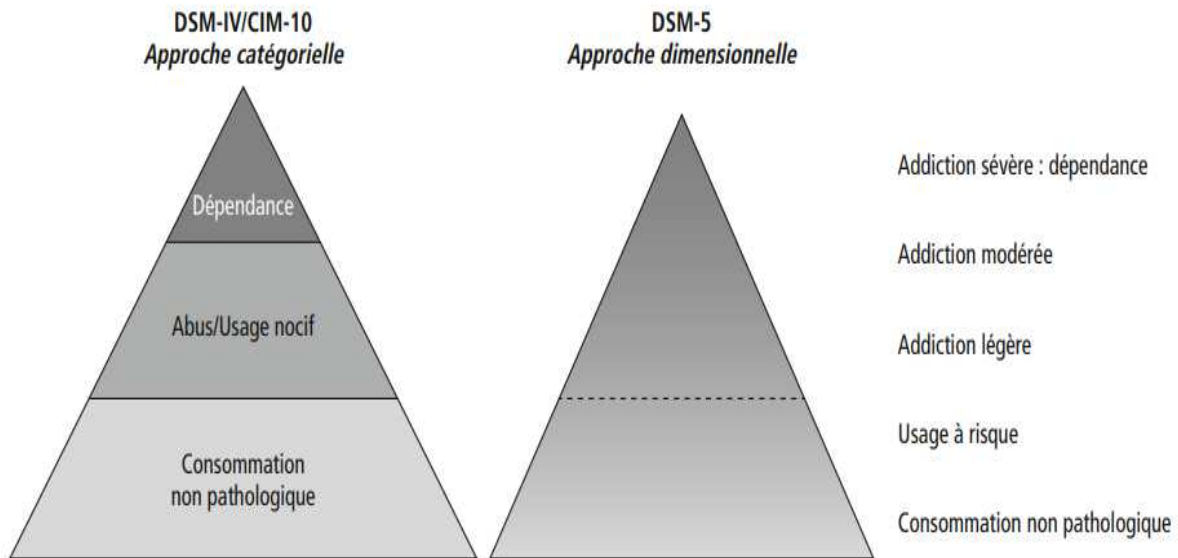
1.3. Définitions

L'addiction à l'alcool est une entité définie de différentes manières en fonction des classifications des maladies consultées.

Bien que toutes les définitions rejoignent l'idée évoquée par le Dr FOUQUET, père de l'alcoologie en France, comme étant « l'impossibilité de s'abstenir de consommer », leurs expressions peuvent varier :

- La classification internationale des maladies, dans sa 10^{ème} édition (CIM 10 (10)) et le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux 4^{ème} édition (DSM IV (11)) (version initiale et texte révisé), décrivent l'addiction à l'alcool par une **approche catégorielle** en fonction des niveaux d'usage de ce dernier avec la dépendance au dernier stade, qui se caractérise par une envie irrépressible de consommer et un syndrome de sevrage ;
- Le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux 5^{ème} édition (DSM 5 (12)), paru récemment, introduit la notion d'une **approche dimensionnelle**, où l'addiction est plus ou moins sévère et l'évolution est progressive entre les usages sociaux et l'entrée dans l'addiction proprement dite.

Figure 1 : Différence entre les deux approches DSM IV / CIM 10 et DSM 5 (3)



1.4. Niveaux d'usage définis par le DSM IV et la CIM 10

- Usage simple : consommation ponctuelle ou régulière qui n'induit pas de dommage aux niveaux somatiques, psychoaffectif et/ou social ;
- Usage à risque : usage pouvant potentiellement provoquer des complications aux niveaux somatiques, psychoaffectif et/ou social ;
- Abus (DSM IV) / Usage nocif (CIM 10) : consommation induisant des dommages somatiques, psychoaffectifs et/ou sociaux (ex : apparition ou aggravation de problèmes personnels psychologiques, somatiques ou sociaux ; utilisation de la substance malgré la connaissance des problèmes en lien avec la consommation ; problèmes judiciaires) ;
- Dépendance : envie irrésistible de consommer et syndrome de sevrage.

1.5. Notre choix au cours de l'étude

Au cours de notre étude, nous privilégierons les définitions apportées par le DSM IV et la CIM 10, compte tenu de l'âge estimé des praticiens que nous interrogerons et de leurs formations initiales avec l'approche catégorielle.

Lors de nos échanges, nous assimilerons donc le concept de consommation problématique à celui de l'abus / usage nocif.

1.6. La consommation en France

Les résultats du Baromètre de Santé Publique France de 2017 retrouvent un fort taux de personnes adultes ayant consommé de l'alcool au cours des 12 derniers mois (86.5%), dont plus de la moitié au moins une fois par semaine (13). 21 % des personnes adultes ayant participé au sondage déclaraient avoir connu une ivresse dans l'année et 10% était des consommateurs quotidiens. La consommation d'alcool était plus courante chez les hommes et l'écart entre sexes était d'autant plus marqué que la fréquence de consommation augmentait.

Le vin est la consommation à base d'alcool la plus consommée en France. Vient après la bière, puis les spiritueux, principalement.

Concernant la population adolescente, les résultats de l'Enquête nationale Collèges et en Lycées chez les Adolescents sur la Santé et les Substances (EnCLASS) de 2019 (14), s'appuyant sur les enquêtes HSBC / ESPAD de 2018, retrouvent une expérimentation de l'alcool chez 6 collégiens sur 10 et une consommation régulière en alcool chez 15% des lycéens.

1.7. Les dangers sanitaires

En 2012, l'usage nocif de l'alcool a été à l'origine de 3,3 millions de décès dans le monde, selon un rapport présenté par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (15).

Non seulement la consommation d'alcool peut entraîner une dépendance, mais elle augmente également le risque de développer plus de 200 maladies (dont la cirrhose hépatique, le cancer du foie, certaines encéphalopathies, etc (3)).

De même, l'usage nocif de l'alcool peut occasionner des actes de violence et des traumatismes.

1.8. Du simple usage à la dépendance à l'alcool

Les boissons alcoolisées font partie intégrante de notre culture et sont au cœur de nos relations sociales (16).

L'alcool est un symbole qui revêt de nombreux aspects en fonction des modes de consommation. Celle-ci peut être synonyme de partage, de convivialité, de plaisir, mais aussi de danger, de mise à l'épreuve.

L'alcool est fréquemment utilisé pour ses propriétés calmantes, désinhibitrices et euphorisantes.

Sa consommation est la norme dans notre pays, banalisée voire incitée par les pairs.

Cependant elle peut être à l'origine d'un état de dépendance. L'addiction à l'alcool est d'origine plurifactorielle et on suppose que c'est la rencontre entre ce produit psychotrope et un contexte particulier (problème social, comorbidités physiques ou psychologiques, facteurs de vulnérabilité) qui entraîne une consommation à risque.

À la suite de cette consommation à risque, une dépendance physique s'installe progressivement. Elle s'explique par l'action de l'alcool sur le système nerveux. Cette molécule cible de nombreux récepteurs et perturbe plusieurs mécanismes de régulation du système nerveux central (SNC). Sa consommation entraîne donc à la fois des effets physiques et des effets psychologiques³.

Son action à la fois agoniste sur les récepteurs au GABA (neurotransmetteur inhibiteur du SNC) et antagoniste sur les récepteurs au glutamate (neurotransmetteur excitateur du SNC) produit des effets anxiolytiques, sédatifs, une désinhibition du comportement, qui permettent de se soustraire à des émotions négatives, de diminuer la sensation d'ennui, de timidité.

De même, la molécule d'alcool stimule les récepteurs cérébraux aux endorphines et augmente la libération de dopamine, expliquant les effets psychostimulants, euphorisants, la sensation de toute-puissance, associés à la consommation de boissons alcoolisées.

La consommation régulière d'alcool entraîne des mécanismes de compensation au niveau des neurotransmetteurs (diminution du stock de GABA, augmentation du stock de glutamate) expliquant la constitution d'un phénomène de tolérance et d'un syndrome de sevrage témoignant d'une hyperexcitabilité du SNC avec tremblements, sueurs, nausées, delirium tremens, convulsions, etc (17).

Le besoin de consommer des quantités de plus en plus importantes pour avoir les mêmes effets et par peur d'avoir des symptômes de sevrage invalidants est alors responsable du développement progressif d'une dépendance à l'alcool.

1.9. Modalités usuelles de prise en charge

1.9.1. Repérage et évaluation

La première étape dans la prise en charge d'un trouble de l'usage de l'alcool est de repérer une consommation nocive.

Le médecin généraliste, étant donné sa proximité et sa place centrale dans le parcours de soin du patient joue un rôle primordial dans le repérage (7).

Il peut s'appuyer sur l'interrogatoire avec notamment les outils d'évaluation et d'échelle disponible en alcoologie tels que le questionnaire AUDIT (annexe 1), sa version simplifiée AUDIT-C (annexe 2) et le questionnaire FACE (annexe 3).

Ces outils reposent sur des critères d'évaluation de la consommation d'alcool du patient et de ces répercussions sanitaires.

1.9.2. Sevrage

Suite à ce repérage, le praticien peut envisager de mettre en place un sevrage en alcool. Ce dernier est bien codifié depuis longtemps (7) et peut-être effectué soit en ambulatoire, soit en milieu hospitalier si le risque d'accident de sevrage est trop important (cf. Figure 2).

Il repose sur une hydratation suffisante afin de compenser les pertes liées au sevrage (2 à 3 litres d'eau par jour). La voie orale doit être préférée et variée (eau minérale, jus de fruits, sirops, etc.), car l'apport d'électrolyte est indispensable. Il n'est pas habituel de recourir à une voie IV sauf en cas de vomissements incoercibles ou de sevrage difficile. Une surveillance régulière par les scores de Cushman ou le questionnaire standardisé CIWA permettent d'objectiver la gravité du sevrage et son évolution.

Indications d'hospitalisation

Alcoolodépendance avec polyconsommation/polydépendance
Antécédent de délirium tremens ou de convulsion (de sevrage)
Comorbidité psychiatrique
Comorbidité somatique
Problématique sociale
Demande du patient (besoin d'un séjour de rupture)

Figure 2 : Indications d'hospitalisation pour le sevrage (18)

Sur le plan pharmacologique, on préconise l'usage de benzodiazépines notamment pour leur effet GABAergique neuroprotecteur. Il est conseillé d'utiliser des molécules à demi-vie longue (ex : Diazépam) ou des molécules n'ayant pas de métabolisme hépatique (ex : Oxazépam).

Aussi, il est recommandé de supplémenter le patient en vitamine B1 (thiamine) devant la fréquence de cette carence en cas d'alcoolodépendance et de ses éventuelles complications neurologiques (19).

Par ailleurs, l'instauration d'un traitement antidépresseur n'est pas indiquée pendant le sevrage et des troubles d'allure psychotiques ne répondant pas à un traitement sédatif conventionnel peuvent justifier une prescription de neuroleptique sur une courte durée.

1.9.3. Objectifs d'abstinence

Les modalités de prise en charge du trouble de l'usage de l'alcool ont évolué ces dernières années(20).

On ne recherche plus systématiquement l'abstinence totale.

Un accent est mis sur l'aide et le soutien du patient pour que celui-ci puisse diminuer sa consommation, voire reprendre une consommation contrôlée non nocive après un sevrage efficace.

1.9.4. Maintien du sevrage

Le principal challenge de la prise en charge du trouble de l'usage d'alcool est le maintien sur le long terme de l'abstinence ou d'une consommation contrôlée.

Il repose à la fois sur une approche médicamenteuse et sur une approche psychothérapeutique.

1.9.5. Société Française d'Alcoologie

Les modalités décrites ci-dessus ont été reprise récemment (2015) par la Société Française d'Alcoologie (7).

Celle-ci a émis des recommandations de prise en charge du trouble de l'usage de l'alcool.

Des fiches synthétiques pour les médecins généralistes sont disponibles, mais leurs dispositions en annexe à l'issue d'un long document les rendent difficilement accessibles à la lecture.

2. Une prise en charge globale

Le trouble de l'usage de l'alcool est une entité complexe qui impose une prise en charge globale, biopsychosociale (18).

Dans un premier temps, il convient de repérer et d'évaluer la consommation en alcool du patient puis de proposer si besoin un sevrage.

A la suite du sevrage, qui a pour objectif l'arrêt de la consommation en aigu et de la dépendance physique, intervient une prise en charge globale, à la fois pharmacologique, psychologique et sociale, dans le but de maintenir la récente abstinence du patient ou de reprendre une consommation à des doses non nocives, dite consommation contrôlée.

Les deux grandes approches de la prise en charge du trouble de l'usage de l'alcool sont une prise en charge médicamenteuse et la mise en place d'une psychothérapie.

Des approches moins répandues, proposées dans d'autres pathologies, sont aussi accessibles dans le trouble de l'usage de l'alcool (approche à médiation corporelle et approche occupationnelle).

Enfin, une aide supplémentaire peut être proposée par le biais de médecines à mode d'exercice particulier (eg. synonyme des médecines douces, parallèles) (21, 22, 23).

2.1. Repérage précoce et intervention brève (RPIB)

2.1.1. Le repérage précoce

Le repérage précoce est un outil de 1^{ère} intention permettant d'évaluer le risque encouru du patient par rapport à sa consommation déclarée. Il utilise les questionnaires de consommation cités précédemment.

2.1.2. L'intervention brève

Les interventions brèves sont des consultations thérapeutiques ou préventives de courte durée (habituellement entre une et cinq séances), entreprises par tout professionnel de santé, visant à faire prendre conscience aux patients de leurs consommations parfois nocives en alcool et de ce fait de les aider à réduire celles-ci. Ces interventions consistent en des entretiens brefs de 5 à 20 minutes. Elles comportent habituellement plusieurs étapes décrites ci-dessous.

2.1.3. Description de la méthode

La Haute Autorité de Santé (HAS) (24) décrit les différentes étapes du RPIB comme suit :

- Restituer les résultats des questionnaires de consommation
- Informer sur les risques concernant la consommation de substances
- Évaluer avec le consommateur ses risques personnels et situationnels
- Identifier les représentations et les attentes du consommateur
- Échanger sur l'intérêt personnel de l'arrêt ou de la réduction de la consommation
- Expliquer les méthodes utilisables pour réduire ou arrêter sa consommation
- Proposer des objectifs et laisser le choix
- Évaluer la motivation, le bon moment et la confiance dans la réussite de la réduction ou de l'arrêt de la consommation
- Donner la possibilité de réévaluer dans une autre consultation
- Remettre une brochure ou orienter vers un site, une application, une association, un forum, etc.

Les entretiens s'appuient sur une approche motivationnelle (nous décrivons les entretiens motivationnels dans un chapitre ultérieur).

2.1.4. Données de la littérature

Plusieurs méta-analyses ont démontré dès les années 90 une efficacité de cette méthode pour la réduction des consommations excessives (25).

En 2009, Couzigou et al. (26) mènent une étude sur des patients avec plusieurs niveaux d'usages d'alcool. Ils démontrent l'efficacité de cette méthode particulièrement pour les consommateurs à risque ou avec un usage nocif.

Ils précisent que cette méthode ne s'applique pas pour les malades alcoolodépendants, mais pour ceux avec une consommation à risque ou nocive. Ils retrouvent une réduction moyenne d'un verre de boisson alcoolisée par jour avec

environ 30% des consommations à risques revenant à une consommation modérée. Leur étude montre une efficacité de la méthode à moyen terme, sur au moins 4 ans.

En 2012, la Revue Médicale Suisse (27) délivre une synthèse sur cette méthode en rappelant qu'elle consiste en des questions exploratoires, au sein d'entretiens de courte durée, visant à amorcer un changement chez le patient (abstinence, réduction des consommations, changement du comportement). Ils précisent que ce sont les répétitions de ces entretiens, plus que leur durée, qui semblent bénéfiques.

De multiples études et méta-analyses montrent un effet favorable (en ambulatoire et/ou en consultations de soins primaires) chez des personnes en dessous du seuil de dépendance.

Ces interventions brèves ne sont toutefois pas suffisantes chez les patients les plus sévères ou alcoolodépendants qui nécessitent alors une prise en charge spécialisée.

2.2. Pharmacothérapie

En matière de pharmacothérapie, la médecine dispose de quatre médicaments ayant une autorisation de mise sur le marché (AMM) dans le maintien de l'abstinence chez le sujet présentant un trouble de l'usage de l'alcool (Acamprosate, Naltrexone, Disulfirame, Baclofène) et de deux médicaments dans l'aide à la réduction des consommations (Baclofène, Nalméfène).

Le trouble de l'usage de l'alcool étant fréquemment associé à des pathologies psychiatriques (28), on observe aussi régulièrement une prescription hors AMM de médicaments psychotropes tels que des benzodiazépines, des antidépresseurs ou des neuroleptiques.

Nous nous intéresserons ici aux médicaments ayant une indication dans le trouble de l'usage de l'alcool.

2.2.1. Disulfirame

2.2.1.1. Mécanisme d'action

Médicament connu et utilisé depuis le début des années 50, ayant obtenu l'AMM en 1977. Il inhibe l'acétaldéhyde déshydrogénase.

Pour rappel, le métabolisme normal de l'alcool dans l'organisme produit de l'acétaldéhyde (toxique pour les tissus) transformé ensuite en acétate (non toxique) par l'aldéhyde déshydrogénase.

L'inhibition de cette enzyme entraîne donc l'accumulation d'acétaldéhyde dans l'organisme, responsable d'un effet antabuse regroupant des symptômes divers de type : nausées, flushes, vomissements, céphalées, vertiges, hypotension artérielle, tachycardie et palpitation.

2.2.1.2. Indications et contre-indications

Le Disulfirame est indiqué comme adjuvant dans l'aide au maintien de l'abstinence chez les patients souffrant de trouble de l'usage de l'alcool.

Il est contre-indiqué de par la toxicité de l'acétaldéhyde et l'accumulation de dopamine au niveau mésolimbique en cas d'insuffisance hépatique sévère, d'insuffisance rénale, d'insuffisance respiratoire sévère, de diabète, d'atteintes neuropsychiatriques, d'épilepsie, d'atteintes cardiovasculaires, et en cas de prise de boisson alcoolisée ou de médicament comportant de l'alcool depuis moins de 24h.

2.2.1.3. Données de la littérature

L'efficacité du disulfirame a été reconnue dans de nombreuses études anciennes bien que non démontrée statistiquement (à noter que la méthodologie de ces études était limitée).

Toutefois, on constate une amélioration de l'abstinence quand la prise est supervisée médicalement.

Ce médicament est peu utilisé actuellement à la fois par crainte d'un effet indésirable grave pouvant conduire jusqu'au décès, ainsi que pour des raisons d'éthique et de psychologie (on sait aujourd'hui que le renforcement positif d'un comportement est plus efficace que le renforcement négatif).

2.2.2. Acamprosate

2.2.2.1. Mécanisme d'action

L'Acamprosate est un médicament antagoniste des acides aminés excitateurs (glutamate). Il agit en modulant les récepteurs N-méthyl-D-aspartate (NMDA).

Il permet de réguler indirectement l'action des acides aminés inhibiteurs (acide gamma-aminobutyrique = GABA).

Il corrige l'hyperexcitabilité neuronale et régule l'activité dopaminergique mésolimbique (où se trouve le circuit de la récompense, impliqué dans les troubles addictifs).

2.2.2.2. Indications et contre-indications

L'Acamprosate est indiqué dans le maintien de l'abstinence chez les patients alcoolodépendants, en association avec une prise en charge psychologique.

Il est contre-indiqué en cas d'insuffisance rénale ou chez les femmes allaitantes.

2.2.2.3. Données de la littérature

L'Acamprosate a démontré son efficacité par rapport à un placebo dans la diminution du risque de consommer de l'alcool (RR = 0,86) et dans le maintien de l'abstinence (MD = 10,94) (29). Les chercheurs précisent que le médicament est d'autant plus efficace que le patient est motivé à garder une abstinence complète et qu'il est préalablement abstinent au début du traitement. Ces conditions sont aussi décrites dans une étude de Koeter et al. en 2012 (30).

De même, il semble pertinent d'associer systématiquement la prise d'Acamprosate avec des interventions psychosociales afin d'améliorer le maintien de l'abstinence (31).

Une autre étude réalisée en 2012 par Mason et al. (32) ne montre pas de différence d'efficacité, de tolérance ou de sécurité d'usage entre les deux sexes. Les effets indésirables les plus fréquents avec l'Acamprosate sont d'ordre digestif, notamment avec la diarrhée.

L'Acamprosate n'est pas métabolisé par le foie et est excrété en forme inchangée par les urines. De ce fait, ce médicament est utilisable en cas d'insuffisance hépatique. Il conviendrait néanmoins de réduire les posologies en fonction de la fonction rénale : les laboratoires ont préféré contre-indiquer ce médicament en cas d'insuffisance rénale pour des raisons de sécurité.

2.2.3. Naltrexone

2.2.3.1. Mécanisme d'action

La structure moléculaire de la Naltrexone est similaire à celle de la morphine. Elle ne possède néanmoins pas d'activité agoniste opioïde. Elle est antagoniste des récepteurs opioïdes mus, kappa et delta. Son affinité est maximale pour les récepteurs mus.

Elle régule l'activité dopaminergique mésolimbique.

2.2.3.2. Indications et contre-indications

La Naltrexone est indiquée pour le maintien de l'abstinence chez les patients alcoolodépendants, en association avec une prise en charge biopsychosociale.

La Naltrexone est contre-indiquée en cas d'insuffisance hépatique sévère ou d'hépatite aigüe, d'insuffisance rénale sévère, ainsi qu'en cas de comorbidité addictive aux opiacés (du risque de sevrage aigu dû à son activité antagoniste opioïde) ou chez les patients présentant des symptômes de sevrage aux opiacés (risque d'aggravation).

La Naltrexone est de même contre-indiquée en association à des antalgiques de palier 3 de l'OMS (morphiniques) et déconseillé avec les paliers 2.

2.2.3.3. Données de la littérature

Dès les années 90, de nombreux essais cliniques contrôlés montrent une efficacité dans la réduction des consommations importantes et une diminution des rechutes.

Une méta-analyse de 2005 (33) précise que malgré l'efficacité démontrée de la Naltrexone sur la diminution des consommations importantes, ce médicament manque d'efficacité dans la prévention des rechutes du trouble de l'usage de l'alcool.

En matière de tolérance de Naltrexone, il n'y a pas d'hépatotoxicité pour des doses inférieures à 50 mg par jour (dose efficace) et les principaux effets indésirables sont des nausées, des vomissements, des céphalées, des malaises, une sédation ou à l'inverse une insomnie, de l'anxiété, de la nervosité, des crampes et des douleurs abdominales, articulaires et musculaires.

2.2.4. Nalméfène

2.2.4.1. Mécanisme d'action

Le Nalméfène est un médicament modulateur des récepteurs opioïdes. Il possède une activité antagoniste des récepteurs mus, antagoniste des récepteurs deltas et agoniste partielle des récepteurs kappas.

Il participe à la régulation des fonctions mésolimbiques (où se trouve le circuit de la récompense, impliqué dans les troubles addictifs).

2.2.4.2. Indications et contre-indications

Le Nalméfène est indiqué pour réduire la consommation d'alcool chez les patients adultes ayant une dépendance à l'alcool avec une consommation d'alcool à risque élevé, en association avec une prise en charge psychologique.

A cause de son activité antagoniste des récepteurs opioïdes, ce médicament est contre-indiqué en cas d'une consommation d'opioïdes récente, d'une dépendance aux opioïdes ou d'un traitement agoniste opioïde.

Il est par ailleurs contre-indiqué en cas d'antécédent de sevrage aigu à l'alcool et d'insuffisance d'organe (insuffisance hépatique/rénale sévère).

Une précaution d'emploi est recommandée chez les patients aux antécédents psychiatriques.

2.2.4.3. Données de la littérature

Les essais cliniques antérieurs à la mise sur le marché du médicament ont montré un bénéfice en matière de réduction des risques et des dommages liés à la forte consommation d'alcool.

Dans une étude de Bendimerad et al. en 2014 (34), l'efficacité est démontrée sur la réduction des consommations importantes en cas d'association à une prise en charge psychologique.

La Revue Médicale Suisse (35) revient sur l'efficacité du Nalméfène dans le traitement du trouble de l'usage de l'alcool en affirmant que celle-ci est modeste en cas de prise isolée du médicament mais qu'elle est nettement meilleure en cas d'association à une prise en charge psychologique.

En matière de tolérance, plusieurs effets indésirables non graves sont décrits, habituellement de courte durée, tel que malaises, céphalées, insomnies, nausées et vomissements (36).

En 2015, Van den Brink et al. (37) reviennent sur les précautions d'usages psychiatriques en remarquant qu'il n'y avait pas d'augmentation du risque suicidaire avec ce médicament lors de leur étude contre placebo et que les effets indésirables psychiatriques étaient principalement représentés par les états confusionnels.

2.2.5. Baclofène

2.2.5.1. Mécanisme d'action

Le Baclofène est un agoniste des récepteurs GABA-B.

Les récepteurs GABA-B sont essentiellement localisés dans le système mésolimbique, suggérant un rôle prépondérant de ceux-ci dans la régulation des comportements en lien avec les émotions.

Par ailleurs, la neurotransmission du système GABA est aussi connue pour son rôle dans le contrôle de l'anxiété.

De ce fait, l'activation des récepteurs GABA-B aurait pour effet de réduire l'anxiété.

On estime que des symptômes psychiatriques sont fréquemment associés à une dépendance à l'alcool puis qu'ils surviennent dans la moitié des cas environ (28).

Ainsi, le Baclofène en activant ce système pourrait jouer un rôle intéressant dans le traitement de l'anxiété du sevrage et de la dépendance.

Par ailleurs, les neurones dopaminergiques du système mésolimbique situés dans les mêmes régions que les récepteurs GABA-B seraient impliqués dans le renforcement des comportements de consommation d'alcool.

L'action du Baclofène, en activant les récepteurs GABA-B, jouerait un rôle d'inhibition locale des neurones dopaminergiques.

Ainsi, la libération de dopamine médiée par la prise d'alcool serait réduite, diminuant alors le renforcement positif lié à la consommation d'alcool.

2.2.5.2. Indications et contre-indications

Le Baclofène a bénéficié d'une AMM en 1975 dans une autre indication : le traitement des contractures musculaires involontaires (spasticité) d'origine neurologique (sclérose en plaques ou maladie de la moelle épinière).

Ce médicament a été utilisé hors AMM à partir de 2008 dans le trouble de l'usage de l'alcool suite à une polémique : un médecin cardiologue avait alors affirmé s'être complètement sevré de l'alcool grâce à ce médicament (38).

Afin de réglementer cet usage hors AMM, l'ANSM (Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé) a défini une Recommandation Temporaire d'Usage (RTU) en 2014.

La posologie utilisée hors AMM dans le trouble de l'usage de l'alcool étant nettement supérieure (>120 mg par jour) à celle préconisée pour le traitement des contractures musculaires (30 à 75 mg par jour), l'ANSM a préféré définir une AMM définitive en 2018 avec une posologie maximale autorisée de 80 mg par jour, pour des raisons de sécurité et de tolérance.

Le Baclofène est indiqué en cas d'échec des autres thérapeutiques médicamenteuses dans le trouble de l'usage de l'alcool.

Il est recommandé d'être prudent chez les patients présentant des troubles psychiatriques, une épilepsie, une affection vasculaire cérébrale, une insuffisance rénale, hépatique, cardiaque, respiratoire, une hypertension sphinctérienne vésicale, une maladie de Parkinson et un ulcère gastroduodéal.

2.2.5.3. Données de la littérature

Deux études autorisées par l'ANSM en 2012 (39, 40) montrent des résultats paradoxaux :

- Une des deux études observe un manque d'efficacité du Baclofène (180 mg/jour) par rapport à un placebo dans le maintien de l'abstinence et une différence non significative pour la réduction des consommations ;
- L'autre étude retrouve des résultats en faveur d'une supériorité d'efficacité de 20% du Baclofène par rapport à un placebo pour l'abstinence ou la diminution des consommations à 12 mois.

Le profil de tolérance du médicament à 180 mg par jour est correct et les principaux effets indésirables sont l'insomnie, la somnolence et la dépression.

Malgré un usage habituel, le Comité Scientifique Spécialisé Temporaire conclut en juin 2018 en une efficacité insuffisante du Baclofène pour la réduction de la consommation d'alcool, et en un risque potentiellement élevé d'évènements indésirables graves avec cette molécule.

La balance bénéfique/risque est négative au-delà de 80 mg par jour (41).

2.3. Psychothérapies et autres approches

La psychothérapie est la deuxième approche traditionnelle de la prise en charge du trouble de l'usage d'alcool.

La composante psychologique du trouble de l'usage de l'alcool est majeure avec près de la moitié des patients alcoolodépendants souffrant de troubles de l'anxiété ou de trouble de l'humeur (28). Il est de ce fait important de proposer une prise en charge psychologique dans ce trouble.

Il est par ailleurs recommandé d'associer une prise en charge psychologique en parallèle de certains médicaments (34, 35).

Nous décrivons dans les prochains paragraphes les principales approches de psychothérapie disponibles aujourd'hui, que sont les thérapies cognitivo-

comportementales, les thérapies familiales systémiques, la psychanalyse et la méditation de pleine conscience.

Puis nous décrirons brièvement les approches occupationnelles ainsi que les médecines à mode d'exercice particulier.

2.3.1. Thérapie cognitivo-comportementale

2.3.1.1. Définition

Une thérapie cognitivo-comportementale (TCC) est une forme de thérapie orale, habituellement brève, permettant d'analyser et de mieux comprendre les pensées, les émotions, et les comportements d'un individu.

L'objectif d'une TCC dans le trouble de l'usage d'alcool est d'améliorer la qualité de vie du patient en diminuant certains symptômes handicapants (eg. angoisse, humeur triste, etc.) ou des comportements pouvant être en lien avec le développement et/ou le maintien d'une alcoolodépendance.

Les méthodes que nous allons décrire ci-dessous (l'entretien motivationnel et la prévention de la rechute) s'appuient en partie sur des outils que l'on retrouve en TCC. Selon un article de 2004 d'Aubin et al. (42) ce sont les approches les plus utilisées actuellement en addiction.

2.3.1.2. Entretien motivationnel

L'entretien motivationnel a été développé dans les années 1990 par les psychologues William Miller et Stephen Rollnick (43).

Parallèlement, deux autres psychologues, James Prochaska et Carlo Diclemente (44), ont développé un modèle transthéorique du changement : d'après eux, il existe 6 stades évolutifs au cours de l'addiction à l'alcool au cours desquels le praticien peut adapter sa prise en charge.

L'entretien motivationnel consiste à aider le patient à évoluer le long de ces stades. Basé sur une écoute active et une attitude empathique, il est particulièrement utile en médecine générale pour aborder un changement de comportement influençant la santé.

Il repose sur des objectifs secondaires du praticien en fonction des stades de changement.

L'entretien motivationnel a montré son efficacité dans la réduction des consommations d'alcool (45).

2.3.1.3. Prévention de la rechute

La prévention de la rechute repose sur le modèle de Marlatt (46).

Dans ce modèle, la rechute n'est pas uniquement la reprise de la consommation, qui peut être vue comme un simple faux-pas : il s'agit de la perte de contrôle de la consommation et le retour de la conduite addictive avec son cortège de conséquences négatives.

Ce modèle repose sur l'identification de situations à risques de rechutes (eg. Etat émotionnel négatif, pression sociale, etc.) et des stratégies à mettre en place pour y faire face.

2.3.2. Thérapie familiale systémique

2.3.2.1. Définition

La thérapie familiale systémique est une approche issue de la théorie générale des systèmes et science de la communication.

Dans cette théorie, la famille est considérée comme un système, dont les processus d'interaction et de communication peuvent dysfonctionner.

Ces thérapies se sont d'abord développée en Californie dans les années 1950, puis se sont enrichies des observations et réflexions des écoles européennes dans les années 1980.

Aider le patient qui va mal dans la famille, l'amener à changer, c'est aussi aider les autres membres de la famille à accepter de redéfinir leurs rôles et leurs fonctions. Ces évolutions de chacun sont nécessaires si la famille (« le système familial ») veut dépasser l'état de crise qu'elle traverse pour aller vers un équilibre plus satisfaisant.

2.3.2.2. Données de la littérature

De nombreuses méta-analyses confirment l'efficacité des thérapies familiales dans le domaine des addictions.

L'une d'entre elles, réalisée en 1995 (47), retrouve notamment que les thérapies familiales augmentent la motivation des patients à prendre un traitement et à maintenir une abstinence.

De même, de nombreux travaux récents confirment l'importance cruciale de prendre en compte les systèmes familiaux en psychopathologies, notamment dans le domaine des addictions (48).

2.3.3. Psychanalyse

2.3.3.1. Définition

La psychanalyse est un type de thérapie qui vise à libérer des émotions et des souvenirs refoulés ou refoulés afin de conduire le client à la catharsis ou à la guérison. En d'autres termes, le but de la psychanalyse est d'amener à la conscience ce qui se trouve au niveau inconscient ou subconscient.

Cet objectif est atteint en discutant avec une autre personne des grandes questions, des choses importantes, et en plongeant dans les complexités qui se cachent sous cette surface d'apparence simple.

2.3.3.2. Données de la littérature

Bien que la causalité psychique joue un rôle dans la pathogénie des conduites addictives, aucune évaluation scientifique validée n'a permis d'établir l'efficacité de la psychanalyse dans le trouble de l'addiction à l'alcool.

2.3.4. Pleine conscience

2.3.4.1. Définition

La pleine conscience peut se définir comme un état de conscience résultant d'une attention intentionnelle et dénuée de jugement de valeur à l'expérience du moment présent.

Elle s'intègre à une 3^{ème} vague de thérapies cognitivo-comportementales.

En acceptant, sans résistance, la totalité des expériences des phénomènes externes (stimuli intéroceptifs et sensoriels) et internes (cognitions et émotions), elle permet une meilleure gestion de ses pensées et de ses émotions conduisant à une réduction du sentiment de stress et de symptômes psychiatriques.

Via l'écoute de son corps et la compréhension des sensations physiques inhabituelles dues au sevrage, le patient peut faire la différence entre des sensations physiologiques et des symptômes secondaires à un manque. Associé à une meilleure acceptation des pensées et des affects, la pratique de la pleine conscience permet de réduire la consommation des produits (tabac, alcool, drogue) et le risque de rechute (49).

2.3.4.2. Données de la littérature

En 2009, Bowen et al. (50) ont démontré que cette approche permettait une diminution du craving. La même équipe de scientifiques retrouve les mêmes résultats dans une autre étude en 2013 (51), puis en 2014 (52). Ils concluent en une efficacité

de la pleine conscience pour une diminution du risque et des consommations importantes.

En 2015, Carpentier et al. (53) analysent l'efficacité de la pleine conscience chez un groupe de patients dépendants à l'alcool. Ils remarquent que les patients acceptent mieux leurs pensées et émotions et qu'ils ont moins tendance à céder à leurs impulsions. De même, ils ont une meilleure tolérance à l'anxiété. Ces différents éléments sont en faveur d'une diminution du risque de rechute.

2.3.5. Médiation corporelle

La médiation corporelle est une forme de thérapie psychocorporelle.

Elle se base sur l'hypothèse d'une unité entre l'esprit et le corps.

On suppose que la consommation nocive d'alcool entraîne une dégradation de l'image corporelle chez le patient alcoolodépendant. Les différentes techniques proposées (que ce soit par le toucher, le mouvement, la respiration, etc.) permettent de retrouver le contrôle de son corps afin de motiver le patient à maintenir l'abstinence (54, 55).

2.3.6. Approche occupationnelle

L'approche occupationnelle, synonyme d'ergothérapie, est définie par la fédération mondiale des ergothérapeutes comme une approche visant à promouvoir la santé et le bien-être en participant à des activités de la vie quotidienne ou par le biais de loisirs.

Reconnu efficace depuis des décennies, l'ergothérapie soutient un principe biopsychosocial qui aide notamment l'alcoolique à adopter un nouveau style de vie « sobre » pour le rétablissement de l'abstinence (56).

2.3.7. Médecine à mode d'exercice particulier

Les médecines à mode d'exercice particulier regroupent un ensemble de pratiques telles que l'hypnose, l'acupuncture, la médecine traditionnelle chinoise ou encore l'homéopathie.

L'usage de celles-ci dans le trouble de l'usage de l'alcool, notamment pour le sevrage et le maintien de l'abstinence, est peu courant.

Bien que l'utilisation de certaines de ces techniques soit habituelles dans différentes situations telles que la prévention de troubles d'origine psychologique (anxiété, stress, insomnie, dépression) ou encore l'aide à l'arrêt du tabac, leur utilité dans le trouble d'usage de l'alcool est limitée (21, 22, 57, 58).

A noter toutefois une efficacité statistiquement démontrée de l'acupuncture d'après une méta-analyse de 2017 (59) dans la diminution des symptômes de sevrage et du craving. De même, l'efficacité à long terme serait significative, bien que faible.

Hormis cette méta-analyse, l'efficacité des médecines à modes d'exercices particuliers décrites ci-dessus n'est pas démontrée dans le trouble de l'usage de l'alcool.

2.4. Formation

2.4.1. Formation médicale initiale

2.4.1.1. Externat (2^{ème} cycle des études médicales)

Au cours de l'externat, le trouble de l'usage d'alcool est brièvement évoqué (moins de 2 heures de cours) au sein de l'UE3 Maturation-Vulnérabilité-Santé mentale-Conduite addictive (60).

Aussi, il n'est pas obligatoire pour un étudiant en médecine d'effectuer un stage en service d'addictologie afin de valider son diplôme de fin de 2^{ème} cycle.

2.4.1.2. Internat (3^{ème} cycle des études médicales)

Lors de leur 3^{ème} cycle des études médicales, les étudiants du Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de médecine générale, appelés internes, ne bénéficient pas de formations théoriques systématiques sur la prise en charge du trouble de l'usage de l'alcool (61).

Les formations théoriques en DES de médecine générale ont lieu au cours de Groupe d'Apprentissage à l'Analyse de Pratique (GAAP) : 16 séances de 2 heures réparties sur le 3^{ème} cycle. Ces GAAP sont principalement axés sur des situations cliniques complexes nécessitant une prise en charge curative, habituellement à court terme. L'aspect préventif y est peu, voire non évoqué.

Toutefois, il est possible aux étudiants en DES de médecine générale d'effectuer une formation complémentaire en addictologie au décours d'une Formation Spécialisée Transversale (FST).

Cette formation remplace un Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires (DESC) comprenant l'addictologie, l'allergologie et l'immunologie, depuis la rentrée universitaire 2017.

2.4.2. Formation médicale continue

Concernant la Formation Médicale Continue (FMC), un Diplôme Universitaire (DU) d'addictologie est disponible à l'université de Caen-Normandie.

Il n'y a cependant pas de FMC d'addictologie proposée par le CHU de Caen (62) et par ses partenaires (écoles paramédicales, école de sage-femme, Centre de d'Enseignement des Soins d'Urgences, Normandie simulation en santé, Centre Ressource Autisme de Basse Normandie).

MATERIEL ET METHODE

Nous avons choisi de réaliser une étude transversale, qualitative, descriptive, sous forme d'entretiens semi-dirigés durant les mois de mars 2018 à juin 2018.

1. Objectif de recherche

1.1. Objectif principal

Explorer les motivations des médecins généralistes du Calvados dans leurs choix thérapeutiques pour la prise en charge du trouble de l'usage de l'alcool.

1.2. Objectifs secondaires

Evaluer la formation et les connaissances des médecins généralistes en matière de prise en charge du trouble de mésusage de l'alcool.

2. Population étudiée

Nous avons réalisé cette étude en interrogeant des médecins généralistes exerçant dans le département du Calvados.

2.1. Critères d'inclusion

Étaient éligibles tous les médecins généralistes du département du Calvados, libéraux, possédant une activité principale au cabinet.

2.2. Critères d'exclusion

N'étaient pas retenus les praticiens exerçant uniquement en milieu hospitalier, ou dans des structures administratives, ainsi que les praticiens proposant principalement une activité en dehors du thème de la médecine générale (Médecine

à mode d'exercice particulier, médecine du sport, médecine d'urgence, médecine du travail, médecine préventive).

2.3. Sélection des médecins

Nous avons choisi 20 praticiens aléatoirement, en se basant sur les données de l'Ordre des médecins du Calvados.

Nous avons contacté le Dr MORELLO de l'unité de biostatistique du CHU de Caen afin de définir le nombre d'entretien à réaliser.

Compte tenu de la thématique, 20 entretiens étaient suffisant afin d'obtenir une saturation des données.

Douze médecins généralistes exerçaient dans l'agglomération Caennaise, et 8 en dehors de l'agglomération de Caen.

Nous interrogerons les praticiens par entretiens en face-à-face ou par téléphone en fonction de la distance et de leurs disponibilités.

3. Entretiens

Les entretiens ont été enregistrés au moyen d'un dictaphone professionnel et d'un smartphone.

Avant d'initier l'enregistrement, nous avons informé les praticiens que celui-ci aller rester confidentiel et que la retranscription leur assurerait l'anonymat.

4. Sujet

4.1. Présentation

Nous avons réalisé un entretien semi-dirigé autour de 23 questions. Le guide d'entretien est consultable dans les annexes (annexe 4).

Celui-ci se compose de 5 parties :

- Une première partie de 3 questions de préambule pour vérifier les critères d'inclusion et d'exclusion de l'étude ;

- Une deuxième partie de 2 questions sur la définition de la patientèle du praticien et sur l'exploration de la consommation d'alcool de ses patients ;
- Une troisième partie de 14 questions sur les approches pharmacologiques, psychologiques, et sur les formations et connaissances du médecin en matière de prise en charge du trouble de l'usage de l'alcool ;
- Une quatrième partie de 4 questions portant sur les perceptions du praticien vis-à-vis d'un patient souffrant d'un trouble de l'usage de l'alcool ;
- Et une cinquième partie concise, d'une question, afin de terminer l'entretien et d'ouvrir la discussion à d'autres thèmes si le praticien le souhaite.

4.2. Description et objectif des questions

Les tableaux 1 et 2 (annexe 5 et 6) reprennent la description et les objectifs des questions.

4.3. Question sur les autres approches dans le trouble de l'usage de l'alcool

A la question sur les autres approches thérapeutiques, nous avons changé notre manière d'opérer à partir du 12^{ème} entretien.

Initialement, nous citions spontanément des exemples.

Nous nous sommes rendu compte au cours des entretiens que les réponses étaient succinctes et n'apportaient pas d'éléments importants pour l'enquête.

Nous avons alors décidé de ne pas donner d'exemple, à moins que le praticien ne le demande.

5. Autorisation et éthique

Il n'était pas nécessaire d'obtenir un avis éthique positif du CLERS (Comité Local d'Éthique pour la Recherche en Santé) pour la réalisation de cette étude.

RESULTATS

1. Les données générales des entretiens et participants

1.1. Les entretiens et les participants

1.1.1. Nombre d'entretiens et contact

Nous avons interrogé vingt médecins généralistes, après avoir contacté aléatoirement une soixantaine de praticiens grâce aux coordonnées transmises par l'Ordre des médecins du Calvados.

Le taux de réponse positif était de un entretien pour trois à quatre prises de contacts.

1.1.2 Les modalités de l'entretien

Les modalités de l'entretien ont varié en fonction des disponibilités des médecins ainsi que des distances entre les différents sites.

Nous avons réalisé douze entretiens en face à face et huit au téléphone, enregistrés par un dictaphone professionnel et un smartphone.

Pour deux des entretiens (avec les Dr N et P), nous avons aussi posé des questions par e-mail (une fois suite à la mise à jour du guide d'entretien et une fois par convenance du praticien).

1.1.3 Guide d'entretien

Le guide d'entretien a évolué dès le second entretien en rajoutant les trois premières questions de préambule (annexe 4).

1.1.4 Date et durée

Les entretiens se sont déroulés du 11 mars 2019 au 24 juin 2019.

Ils ont duré entre 10 minutes et 49 minutes, avec une moyenne de 22 minutes.

1.1.5 Tableau récapitulatif

Ces informations sont reprises dans le tableau 3 (annexe 7).

1.2 Caractéristiques sociodémographiques

1.2.1 Age et sexe

La tranche d'âge des participants variait de 30-35 ans à 60-65. La moyenne de tranche d'âge des participants était de 40-45 ans avec un écart type de 5 à 10 ans. Les participants étaient ajustés en fonction du sexe.

1.2.2 Zone d'exercice

Deux situations se sont présentées : un exercice dans l'agglomération caennaise pour douze d'entre eux et un exercice en dehors de l'agglomération caennaise pour les huit autres.

1.2.3 Tableau récapitulatif

Ces informations sont reprises dans le tableau 4 (annexe 8).

2. Description de l'activité et de la patientèle des praticiens

2.1 Lieux d'exercice

Avant de commencer, j'aimerais préciser le cadre de votre exercice : travaillez-vous exclusivement en cabinet, ou avez-vous des visites à domicile ? Des vacations au CHU de Caen ?

Parmi les vingt praticiens interrogés, 19 avaient une activité 100% libérale au cabinet.

Un praticien exerçait à 80 % au cabinet et à 20 % au CHU de Caen en orthogénie (IVG).

2.2 Visites

Quinze praticiens faisaient des visites à domicile, habituellement deux par jour.

2.3 Vacances

Dix-sept praticiens n'avaient pas de vacances sur l'hôpital de secteur (CHU de Caen pour l'agglomération caennaise, centre hospitalier de secteur pour la zone hors agglomération caennaise).

Parmi les deux praticiens ayant des vacances au CHU de Caen, un s'y rendait à hauteur de 20 % de son activité pour des soins d'orthogénie et un dans le cadre de l'activité mobile « douleur et soin palliatif ».

Une praticienne a répondu positivement à la question sur les vacances mais a précisé qu'elle se rendait au CHU de Caen dans le cadre de son activité de maître de stage pour les internes de médecine générale.

2.4 Age de la patientèle

De même, quel est le type de votre patientèle ?

Dix praticiens estiment avoir une patientèle d'âge mixte, allant pour certains « *de la pédiatrie à la gériatrie* » (Dr R).

Quatre praticiens ont une patientèle relativement jeune « *J'ai pas mal de pédiatrie, sinon chez les adultes, j'ai une moyenne d'âge de 35-40 ans* » (Dr J).

Un praticien estime avoir une patientèle d'âge médian, une « *bonne proportion de plus de 50 ans* » (Dr F).

Trois praticiens disent avoir une patientèle âgée, voire très âgée.

Nous n'avons pas obtenu d'informations pour deux praticiens.

2.5 Date obtention de thèse

Question de détail, en quelle année avez-vous eu votre thèse ?

Les praticiens ont obtenu leurs thèses entre 1979 et 2014, avec une valeur moyenne à 2001,2 et un écart-type de 11,28.

2.6 Tableau récapitulatif

Ces informations sont reprises dans le tableau 5 (annexe 9).

3. Etat des lieux

3.1 Proportion des patients avec une consommation problématique d'alcool

Quelle est la proportion de vos patients avec une consommation problématique d'alcool ?

Huit des vingt praticiens interrogés ont donné une fourchette de pourcentage concernant une consommation problématique d'alcool de leurs patients. Celles-ci varient entre 5% et 20%, avec une moyenne à 9,75 %.

Six praticiens répondent à cette question par un chiffre précis. Ils estiment avoir entre 4 et 24 patients dans leurs patientèles respectives ayant une consommation problématique. La moyenne est de 11,4 patients.

Les six praticiens restants n'arrivent pas à estimer la proportion de leurs patients avec une consommation problématique d'alcool.

A noter que certains praticiens évoquent une sous-estimation de la proportion.

« Tout ce que je sais c'est qu'il y en a plein qui passent sous le radar » (Dr D)

« Après peut-être que j'en ai plus, mais je t'avoue comme ça » (Dr J)

« Mais je pense que j'en ai plus » (Dr N)

3.2 Exploration de la consommation d'alcool

Comment explorez-vous la consommation d'alcool de vos patients ?

Dix-sept praticiens sur les vingt interrogés expliquent explorer la consommation d'alcool de leurs patients à l'interrogatoire, deux autres par la biologie et un des praticiens n'a pas compris la question.

L'exploration est systématique chez cinq praticiens.

Aucun des praticiens ayant répondu à la question sur l'exploration de la consommation d'alcool de leurs patients ne dit utiliser d'outils, d'échelles.

Par ailleurs, l'exploration de la consommation d'alcool de leurs patients semble mettre certains praticiens en difficultés.

« Alors il fallait poser la question sur une semaine, à chaque patient, c'était assez lourd d'ailleurs.

C'était compliqué. » (Dr A)

« Alors c'est vrai que c'est difficile à «placer» quand on n'a pas une raison particulière... » (Dr B)

« ... parce que le problème c'est que ce n'est jamais facile à aborder frontalement... » (Dr T)

4. Prise en charge

En cas de repérage positif, comment prenez-vous en charge les patients ?

Un praticien ne prend pas en charge le trouble de l'usage de l'alcool et n'a pas répondu aux questions sur les approches thérapeutiques.

4.1 Pharmacologique

Onze praticiens disent utiliser régulièrement des médicaments dans le trouble de l'usage de l'alcool, principalement des Benzodiazépines pour le sevrage ambulatoire :

- Quatre d'entre eux associent cet usage à des psychothérapies
- Un de ces praticiens utilise des médicaments d'aide au maintien de l'abstinence (Acamprosate, Aotal ®) pour maintenir une adhésion thérapeutique

« Pour garder les patients en confiance » (Dr J)

Six praticiens n'utilisent pas ou plus les médicaments d'aide au maintien de l'abstinence.

« J'ai eu oui... elle ne voulait pas aller voir un spécialiste de l'addiction. » (Dr G)

« Ça m'arrive de moins en moins pour plusieurs raisons ... je pense que suis épuisée de ça et je suis mise en échec en fait » (Dr H)

« Je ne vois pas l'intérêt, le niveau de preuve est faible » (Dr D)

Deux praticiens n'ont pas précisé leur réponse.

4.2 Psychothérapeutique

Onze praticiens ont une approche psychothérapeutique, à minima par un simple soutien psychologique ou par des techniques d'entretien motivationnels.

« Je lui propose surtout une approche de soutien psychologique » (Dr N)

« Bah, je pense que les consultations en elles-mêmes de verbalisation et d'accompagnement c'est le psychothérapeutique » (Dr H)

« J'utilise des méthodes qui sont proches de l'entretien motivationnel qu'on m'a un peu appris à la fac » (Dr D)

« Alors moi je fais majoritairement des entretiens motivationnels avec eux » (Dr J)

Cinq praticiens n'ont pas une approche psychothérapeutique et se tournent rapidement vers une prise en charge par un spécialiste de l'addiction.

« J'avoue que sur la prise en charge addictologique...je ne suis pas à l'aise... je les envoie volontiers vers la maison des addictions » (Dr P)

Un praticien ne propose pas de psychothérapies pour des raisons sociales.

« C'est assez populaire ici, les psychothérapies ce n'est pas évident... souvent je les adresse au CSAPA » (Dr B)

Un praticien ne propose pas de psychothérapies car sa patientèle y est réfractaire.

« C'est compliqué en fait. Dès qu'on leur parle de psychologues, ils ont un petit peu de mal » (Dr I)

Un praticien n'a pas d'a priori.

4.3 Spécialistes de l'addiction

Quatorze praticiens ont recours à un addictologue ou à un centre d'addictologie au moins une fois lors de leur prise en charge du trouble de l'usage d'alcool :

- Deux praticiens orientent directement vers des centres d'addictologie

« C'est assez populaire ici, les psychothérapies ce n'est pas évident... souvent je les adresse au CSAPA » (Dr B)

- *« Je ne prends pas en charge, je délègue s'ils veulent » (Dr F)*

- Neuf praticiens orientent secondairement vers un addictologue ou un centre d'addictologie

« Je pense faire une médecine où on parle pas mal. On peut dégrossir la problématique et puis après envoyer au CAA » (Dr A)

« Mais je considère que moi je fais l'accompagnement du quotidien, et je les envoie si besoin en centre d'aide » (Dr H)

« Donc des fois quand je sens que ça ne passe pas, que le patient n'arrive pas à discuter, ou qu'il ne rentre pas dans l'idée de l'entretien motivationnel, je l'adresse facilement à l'ANPAA au deuxième étage » (Dr J)

« Je prends du temps avec eux, je leur dis qu'on peut se revoir la semaine prochaine, qu'on peut refaire le point, mais je les adresse assez rapidement au centre d'addictologie » (Dr N)

« Quand vraiment ça ne va pas je les envoie au centre ELSA à Flers » (Dr O)

« Sinon je passe la main, on a la maison des addictions qui est à côté » (Dr R)

- Trois praticiens n'ont pas précisé leurs propos

Quatre praticiens n'ont pas recours à un addictologue ou à un centre d'addictologie dans leur prise en charge du trouble de l'usage d'alcool.

Un praticien n'a pas d'a priori.

Au total, 55% des praticiens utilisent régulièrement des médicaments (Benzodiazépines majoritairement) et onze médecins proposent des psychothérapies.

70% des praticiens ont recours à un addictologue ou à un centre d'addictologie au moins une fois lors de leur prise en charge du trouble de l'usage d'alcool.

5. Détails de la prise en charge

5.1 Approche pharmacologique

Parmi les médicaments suivants, lequel prescrivez-vous le plus souvent pour un sevrage en alcool ? (liste guide entretien)
Pour une aide à la gestion du sevrage, lesquels (de la liste ci-dessus) prescrivez-vous préférentiellement ?
Pour une aide au maintien de l'abstinence, lesquels (de la liste ci-dessus) prescrivez-vous préférentiellement ?
Pour une aide au maintien d'une consommation contrôlée, lesquels (de la liste ci-dessus) prescrivez-vous préférentiellement ?

Remarques :

- Un praticien a donné son avis sur les médicaments lors de la question précédente sur la prise en charge du trouble de l'usage de l'alcool
- Les questions 9, 10 et 11 portant spécifiquement sur les médicaments d'aide au maintien de l'abstinence ou au d'aide au maintien d'une consommation contrôlée n'ont pas été posées pour 9 praticiens car ceux-ci répondaient habituellement dans la question précédente ou évoquaient directement ne pas connaître ou ne pas utiliser ces médicaments.

Les résultats que nous présentons ci-dessous sont donc une synthèse des réponses aux questions 6, 7, 9, 10 et 11.

5.1.1 Médicaments du sevrage ambulatoire

Les médicaments les plus prescrits pour le sevrage ambulatoire sont les benzodiazépines : prescrits par 19 praticiens (le dernier praticien ne prend pas en charge le trouble de l'usage d'alcool).

5.1.2 Co-prescription

Les praticiens utilisent principalement les antidépresseurs en co-prescription en fonction du terrain psychiatrique (13 praticiens) et dans une moindre mesure les neuroleptiques (deux praticiens).

5.1.3 Médicaments du maintien de l'abstinence et d'aide au maintien d'une consommation modérée

Le médicament le plus prescrit est l'Acamprosate (14 praticiens).

La Naltrexone et le Nalméfène sont prescrits équitablement par quatre et six praticiens.

Le Baclofène n'est pas prescrit de façon systématique. Plusieurs praticiens (six) évoquent l'avoir utilisé une à deux fois dans le passé.

Le Disulfiram est le médicament le moins prescrit (un praticien).

5.2 Approche psychothérapeutique

Parmi les psychothérapies suivantes, lesquelles conseillerez-vous pour l'aide au maintien de l'abstinence ou d'une consommation contrôlée d'alcool ? (liste guide entretien)

Parmi les onze praticiens avec une approche psychothérapeutique :

- L'approche motivationnelle est la technique la plus proposée, pour neuf d'entre eux.

« Oui, que je fais d'ailleurs » (Dr J)

- La méditation de pleine conscience n'est pas proposée car ils ne connaissent pas la technique.

« Moi je n'y connais rien, ce sont plus les patients qui m'en parlent beaucoup en ce moment. » (Dr B)

« La méditation de pleine conscience, je ne sais pas trop ce que c'est... » (Dr H)

- Quatre praticiens pensent qu'une approche systémique familiale pourrait être intéressante mais ne l'utilisent pas.

« Ensuite, l'approche systémique familiale, oui ça pourrait être intéressant. » (Dr Q)

« Je n'ai jamais conseillé, mais c'est vrai que ça pourrait être pas mal. Après il faut avoir le bon interlocuteur » (Dr M)

- Un praticien évoque ne pas proposer l'approche systémique familiale car elle est délicate à mettre en place.

« Non. Non, c'est trop lourd là... » (Dr O)

- Deux praticiens proposent habituellement des Thérapies Cognitivo-Comportementales (TCC).

- Un praticien sous-entend que l'efficacité de cette technique dépend des capacités cognitives du patient.

« Les TCC, ça dépend de ce qu'il reste là-haut » (Dr H)

- Un autre praticien évoque la difficulté de trouver des professionnels qui font de la TCC.

« Oui. Mais il faut en trouver des gens qui font de la TCC » (Dr O)

- Cinq praticiens conseillent des groupes de paroles.

- Aucun praticien ne conseille la psychanalyse en 1^{ère} intention.

« Psychanalyse, oui c'est possible (sceptique, NDLR) » (Dr A)

« Alors la psychanalyse uniquement s'il y a des troubles psychologiques importants » (Dr T)

Parmi les autres praticiens, les groupes de paroles sont évoqués par sept praticiens, cinq d'entre eux exerçant en dehors de l'agglomération caennaise. Certains praticiens estiment que les groupes de paroles sont difficiles à mettre en œuvre du fait du déni, de l'acceptation du trouble ou de la qualité des professionnels qui permettent les échanges.

« Oui, mais ce n'est pas évident. Il faut qu'ils soient bien entourés, ou... parfois ils ne veulent pas exposer leurs problèmes à un groupe » (Dr B)

« Parce que pour aller au groupe de parole, il faut avoir accepté d'être alcoolique pour aller là » (Dr H)

« Après il faut avoir le bon interlocuteur... les groupes de paroles aussi » (Dr M)

Au total, onze praticiens proposent des psychothérapies et six praticiens n'en proposent pas en raison de difficultés sociales de leur patientèle, d'orientation directe en addictologie, de manque de psychologues ou d'une mauvaise connaissance des techniques de psychothérapie.

« Bah déjà moi le problème de la psychothérapie, je l'ai dit à la première question que tu m'as posée : quelle est ma patientèle ? ... » (Dr C)

« C'est compliqué en fait. Dès qu'on leur parle de psychologues, ils ont un petit peu de mal » (Dr I)

« Je n'ai rien contre, mais ça ne se fait pas. Sur Vire, ce n'est pas possible » (Dr L)

« En général, alors moi j'avoue que sur la prise en charge addictologique... » (Dr P)

« On ne gère pas nous, mais forcément j'adresse quand il y a besoin » (Dr R)

5.3 Prise en charge familiale

5.3.1 Intégration de la famille

Intégrez-vous la famille du patient dans la prise en charge ? Si oui, comment ?

Sept praticiens évoquent le secret médical.

« ...je suis tenu par le secret médical... » (Dr C)

« Si le patient me l'autorise » (Dr J)

« ...je suis tenue par le secret professionnel » (Dr L)

Dix-sept praticiens intègrent la famille dans la prise en charge du trouble de l'usage de l'alcool.

Celle-ci est fonction, chez quatre praticiens, de la qualité de l'entourage et de son implication.

« La plupart du temps les patients que j'ai dans ce sujet-là, déjà ils sont tous seuls... Isolés... » (Dr D)

« Et puis ça dépend de l'implication de la famille » (Dr H)

Deux praticiens intègrent la famille si celle-ci fait déjà partie de la patientèle.

« Si on connaît la famille... » (Dr G)

« Ça dépend si je soigne la famille... » (Dr H)

Un praticien n'implique pas la famille dans la prise en charge.

« Mais globalement, c'est vrai que je n'ai pas une approche très familiale. Je me rends compte »

(Dr N)

Trois praticiens n'ont pas précisé leurs approches sur ce point.

5.3.2 Rencontre avec le conjoint

Vous arrive-t-il de rencontrer le conjoint du patient pour parler du problème ?

Six praticiens rencontrent le conjoint du patient si le patient l'autorise.

« Si le patient ou la patiente m'en a... Oui... » (Dr C)

« Oui, mais si je le rencontre de manière seule, je ne parlerais pas du patient malade. » (Dr Q)

Trois praticiens évoquent être en relation avec les enfants, ou la famille par téléphone.

« Alors souvent, la famille téléphone... ça arrive assez souvent que quand quelqu'un vienne, il vienne avec son conjoint, ou son fils ou sa fille. Ou son père d'ailleurs » (Dr A)

« Oui, ou les enfants » (Dr B)

« Il m'arrive plus souvent et là on est encore plus en échec, d'avoir une épouse ou des enfants qui me disent... » (Dr H)

Un praticien ne rencontre pas le ou la conjoint(e) du patient au cours de la prise en charge du trouble de l'usage d'alcool.

« Eh bien non » (Dr D)

Huit praticiens n'ont pas précisé leurs propos.

5.4 Autres approches

Proposez-vous d'autres approches ?

Dix-huit praticiens ne proposent pas d'autres approches.

Un praticien évoque spontanément l'hypnose.

« L'hypnose. L'hypnose, parfois avec des bons résultats, parfois avec un bide absolu » (Dr T)

5.5 Cible thérapeutique

Selon-vous, faut-il cibler une abstinence totale ou une consommation contrôlée ?

L'abstinence totale est la cible thérapeutique pour quatre praticiens.

La consommation contrôlée est la cible thérapeutique pour quatre praticiens.

Pour les 12 praticiens restants, la cible thérapeutique est variable est fonction du terrain (antécédents, dépendance physique, importance de la consommation, etc.).

« Ça dépend, ça dépend de ce que l'on cherche... A conseiller une abstinence totale pour les alcoolodépendants et on va dire une consommation raisonnée pour les non-alcoolodépendants »

(Dr C)

« Les deux, parce que ça dépend un peu du profil du patient » (Dr E)

« Eh bien, je pense que l'abstinence totale est très difficile. C'est l'idéal. Mais si déjà ils contrôlent leurs consommations, c'est bien » (Dr G)

« Ça dépend des gens. Ceux qui ont un gros problème avec l'alcool, ce qui ont déjà eu des conséquences psychosociales (retrait de permis, divorce...), là je serais plus dans l'abstinence totale. Et pour ceux qui ont déjà expérimenté de garder une petite consommation et que ça a échoué... mais ça dépend... tu ne peux pas les forcer ici, tu peux juste les conseiller. » (Dr M)

Au total, dix-sept praticiens intègrent la famille du patient à sa prise en charge, et six ont un contact avec le conjoint du malade, dans le respect du secret médical.

Dix-huit praticiens n'ont pas d'autres approches dans le trouble de l'usage de l'alcool.

La cible d'abstinence visée dépend pour plus de la moitié des praticiens du profil du patient et de ses objectifs.

6. Lien entre la formation des praticiens et les pratiques thérapeutiques

6.1 La prise de connaissance du trouble et la prise en charge

Selon vous, est-ce que la manière d'apprendre le trouble de l'usage de l'alcool modifie t'il la prise en charge thérapeutique du patient ?
--

Quatre praticiens évoquent un problème d'adhésion thérapeutique quand il évoque de lui-même un trouble de l'usage de l'alcool au patient.

« Moi je crois à l'alliance thérapeutique pour soigner les patients, que ce soient les patients addictifs...

Oui ça va changer des choses » (Dr C)

« Ça rejoint ce... sur l'adhésion, tout simplement » (Dr D)

« ...ils ont besoin de se sentir en confiance, de se sentir rassurés et de savoir qu'ils vont y arriver » (Dr R)

Quatre praticiens font référence aux problèmes liés au déni du patient de sa consommation d'alcool.

« Et puis parfois, il y a un déni énorme... » (Dr B)

« Il me semble plus compliqué d'amener un patient à modifier ses habitudes alors qu'il ne les reconnaît pas comme problématiques » (Dr P)

« Si malgré mes doutes et mon questionnement, si lui n'accède pas à cette réalité et qu'il ne l'évoque pas... Ça va changer la prise en charge » (Dr Q)

Pour un praticien, la façon de prendre connaissance du trouble influence l'intensité de la prise en charge.

« ... qu'il ne va pas bien, qu'il consomme ou qu'il a replongé, qu'il détruit sa vie, je vais certainement sortir l'artillerie lourde. Je vais «appeler la cavalerie», je vais vite l'adresser en addictologie » (Dr N)

Un praticien estime que son rôle est de faire remarquer la consommation du patient, et que cela est en effet plus simple s'il évoque spontanément son trouble.

« Ah oui, évidemment que c'est différent. Parce que le patient qui sait qu'il consomme trop, je pense est plus réceptif... même à la méthode douce... Je pense que mon rôle important... De faire comprendre aux gens, de les éveiller petit à petit » (Dr H)

Un praticien répond négativement à la question mais évoque implicitement le concept d'adhésion thérapeutique.

« Oui, je préfère l'apprendre spontanément plutôt que l'on mette le nez dedans... Je trouve que la démarche pour aller vers le sevrage est déjà bien entamée » (Dr J)

Un praticien ne pense pas que la manière d'apprendre le trouble de l'usage d'alcool modifie la prise en charge du patient.

Deux praticiens n'ont pas compris la question.

Six praticiens n'ont pas précisé leurs propos ou ont des propos flous.

6.2 Formation

Avez-vous bénéficié de formations pour la prise en charge du trouble de l'usage de l'alcool ?

Cinq praticiens ont bénéficié d'une formation dans le trouble de l'usage d'alcool :

- Trois praticiens ont participé à une formation sur le Repérage Précoce et Intervention Brève ;
- Un praticien a assisté en auditeur libre à une soirée à thème autour de l'addictologie ;
- Un praticien n'a pas précisé ses propos.

Quinze praticiens n'ont pas eu de formation dans le trouble de l'usage d'alcool.

6.3 Société Française d'Addictologie (SFA)

La Société Française d'Alcoologie (SFA) a émis en 2015 des recommandations de bonnes pratiques sur la prise en charge du mésusage de l'alcool, avec notamment des fiches pour la médecine générale :

Les connaissez-vous ?

Les avez-vous lus ?

Les utilisez-vous ?

Quinze praticiens ne connaissaient pas les fiches de la SFA.

Un praticien possède les fiches et les utilise.

Trois praticiens avaient connaissance

des fiches de la SFA et les avaient lues mais ne les utilisaient pas.

La question n'a pas été posée pour un praticien (Dr H, oubli).

6.4 Campagne de prévention de Santé Publique France

De même, avez-vous connaissance de la campagne en cours de Santé Publique France sur le mésusage de l'alcool ?

Au moins sept praticiens avaient connaissance de la campagne de prévention de Santé Publique France.

Nous avons pris connaissance du début de la campagne de prévention au cours de l'enquête. Aussi, nous avons jugé pertinent de modifier notre guide d'entretien et de rajouter une question sur la connaissance de la campagne en cours. La modification a eu lieu en avril 2019.

La question n'a pas été posée à deux praticiens (Dr H et Dr K, oubli).

6.5 Tableaux récapitulatifs

Ces informations sont reprises en annexe sous formes de tableaux (Tableaux 6 et 7, annexes 10 et 11).

7. Perception du patient souffrant d'un trouble de l'usage de l'alcool et prise en charge

7.1 Notion de chronicité du trouble

Selon vous, l'alcoolodépendance est-elle une maladie aiguë ou une maladie chronique ?

Les 20 praticiens interrogés estiment que le trouble de l'usage d'alcool est un trouble chronique.

Un praticien pense qu'il peut y avoir par ailleurs des consommations subaiguës sur plusieurs semaines dans certaines situations.

« ... Ça dépend de l'environnement et de la problématique... A ce moment-là ça ne sera pas forcément chronique... » (Dr A)

Quatre praticiens précisent qu'il peut y avoir des phénomènes aigus (augmentation de la consommation) intercurrents.

« C'est du chronique. Après on identifie quelques patients avec un côté réactionnel subaigu... ou semi chronique... » (Dr D)

« Il peut y avoir évidemment des périodes où le patient consomme... Donc au final, sur l'histoire d'une vie, c'est chronique » (Dr N)

« ...ceux qui ont une consommation chronique, on les voit bien de temps en temps quand même en aigu quand il y a une complication ponctuelle ou... » (Dr P)

« Chronique. Ça peut être aigu mais... On va avoir de l'aigu dans des circonstances très précises... euh divorce... Donc ça peut arriver en aigu. Mais enfin majoritairement c'est chronique » (Dr T)

7.2 Influence des spécificités du patient alcoolodépendant sur la prise en charge

Selon vous, les spécificités du patient alcoolodépendant induisent-elle une différence dans votre prise en charge par rapport à une autre maladie chronique, comme le diabète ou l'insuffisance cardiaque ? Si oui, lesquels ?

Dix praticiens estiment que les spécificités du patient influencent la prise en charge :

- Deux praticiens estiment que le déni est limitant dans la prise en charge
« *Ça dépend des patients. Encore une fois, s'ils sont dans le déni...* » (Dr B)
« *Il faut qu'ils soient motivés et qu'ils s'en rendent compte. Généralement le déni de l'insuffisance cardiaque c'est plus rare* » (Dr M)

- Un praticien évoque être mis en échec
« *... C'est un combat difficile... Il faut s'y remettre, sans arrêt...* » (Dr H)

- Un praticien évoque des difficultés psychologiques
« *Psychologiquement. Si dépression, des choses comme ça...* » (Dr I)

- Un praticien précise que le risque de dépendances médicamenteuses associées le limite dans sa prise en charge pharmacologique
« *Je me dis toujours que ce sont des personnes, en tout cas qui ont cette dépendance, donc qui peuvent être dépendants à autres choses, d'autres molécules, donc j'évite de rajouter en fait* » (Dr N)

- Un praticien estime que la prise en charge dépend du type de consommation du patient
« *Complément. Ça ce n'est pas du tout la même prise en charge selon le type de patient et selon le type de surconsommation...* » (Dr T)

- Quatre praticiens n'ont pas précisé leurs propos.

Trois praticiens ne pensent pas que les spécificités du patient souffrant d'un trouble de l'usage d'alcool influencent sur la prise en charge.

« *Non. C'est la même prise en charge que pour une autre maladie mais... C'est valable pour toutes les maladies* » (Dr K)

« *Bah non, finalement non... Non je ne pense pas* » (Dr R)

Un praticien est ambivalent dans sa réponse.

« Oui. Je pense qu'il n'y a pas de règle. A chaque personne une alcoolodépendance... Donc je pense qu'on est toujours obligé d'adapter notre manière de les accompagner et.... Voilà, je pense qu'il n'y pas de règle ou de guide préétabli pour toutes les personnes. Je crois que l'on est obligé, à chaque fois, d'adapter à la personne que l'on a devant soi » (Dr Q)

Cinq praticiens ont mal interprété la question.

Un praticien ne prend pas en charge le trouble de l'usage d'alcool.

7.3 Difficultés pour la prise en charge

Face à ces patients, ressentez-vous des difficultés spécifiques quant à la prise en charge ?
--

Quinze praticiens éprouvent des difficultés pour la prise en charge du trouble de l'usage d'alcool :

- Quatre praticiens évoquent le problème de l'échec thérapeutique

« Et est-ce que parfois c'est difficile ? La réponse est oui, bien entendu. Parce que quand j'ai des gens qui ont été alcoolodépendants pour lesquels on a réussi à mettre en place un sevrage, qui sont devenu abstinents, qui rechutent et qui reviennent « bourrés » dans le cabinet (soupir)... » (Dr C)

« Comme je vous l'ai dit, c'est compliqué quand ils nous mettent en échec... » (Dr H)

« Ah oui, des fois c'est compliqué. Soit parce qu'on n'y arrive pas, soit parce que la famille n'est pas derrière, soit parce que le conjoint lui aussi «lève le coude» et entraine le ou la patiente, des choses comme ça » (Dr I)

« De l'usure (rire). De l'usure de ma part.

Je suis un vieux médecin généraliste qui en a vu et qui n'a pas toujours eu des succès extraordinaires » (Dr O)

« Ah oui. Ils sont très difficiles à sevrer... » (Dr T)

- Trois praticiens parlent de difficulté avec l'adhésion thérapeutique

« C'est la non adhésion, la non reconnaissance du trouble, le mensonge. Ça pour moi c'est hyper difficile » (Dr D)

« Ils ne sont pas très compliants » (Dr G)

« ...les difficultés par rapport à l'observance, par rapport à au lien de confiance qu'il peut y avoir avec le médecin... » (Dr K)

- Quatre praticiens citent des difficultés par rapport au déni du patient

« Oui tout à fait... Surtout avec les patients qui sont dans le déni... » (Dr B)

« C'est la non adhésion, la non reconnaissance du trouble, le mensonge. Ça pour moi c'est hyper difficile » (Dr D)

« Oui, quand pour eux il n'y a pas de problème » (Dr M)

« Et puis aussi face au déni » (Dr N)

- Un praticien évoque des difficultés pour la prise en charge sociale

« Je dirais que c'est plus la prise en charge globale; la prise en charge sociale, médico-sociale en fait » (Dr N)

- Un praticien estime manquer de temps et de compétences

« Oui, en lien avec une impression de manque de compétences, de manque de temps » (Dr P)

- Deux praticiens n'ont pas précisé leurs propos et un praticien a tenu des propos flous.

Quatre praticiens n'éprouvent pas de difficultés pour la prise en charge.

Un praticien ne prend pas en charge le trouble de l'usage d'alcool.

8. Propos libres

Nous avons fini avec les questions, souhaitez-vous rajouter quelque chose que je n'aurais peut-être pas demandé ?

Au terme de l'entretien, trois praticiens décident d'apporter des éléments qui n'avaient pas été évoqués jusqu'alors :

- Un praticien précise que la prise en charge du trouble est pour lui surtout psychologique

« Non, moi dans mon esprit c'est avant tout psychologique » (Dr E)

- Un praticien évoque sa patience et ses capacités d'écoute envers les patients alcoolodépendants

« Eh bien, je suis beaucoup plus patiente, entre l'alcoolisation aigüe ça je ne supporte pas... ça me plombe l'atmosphère comme pas possible dans le cabinet quelqu'un qui arrive complètement « bourré »... Je suis beaucoup plus patiente avec une alcoolisation chronique. Ça oui, je suis à l'écoute... Oui » (Dr L)

- Un praticien évoque le manque de professionnels sur Caen

« Mais bon moi je ne connais personne d'autre en ville qui gère les addictions, l'alcool... » (Dr F)

DISCUSSION

1. Forces et limites

1.1. Le sujet

Notre étude qualitative, basée sur des entretiens semi-dirigés et des propos libres, avait pour objectif principal de faire émerger des idées sur les motivations des médecins généralistes du Calvados dans leurs choix thérapeutiques pour la prise en charge du trouble de l'usage de l'alcool.

Ce sujet est peu décrit en France et notre étude est la première de ce type dans la région Normandie.

1.2. Population

Nous avons contacté aléatoirement des médecins généralistes exerçant dans le Calvados et le taux de réponse positive était bas.

Les médecins refusaient l'entretien principalement par manque de disponibilité.

Notre étude était descriptive et les médecins n'étaient pas sélectionnés selon des critères particuliers.

L'échantillon étudié n'est donc pas représentatif de la population des médecins généralistes du Calvados.

1.3. Les entretiens

L'enregistrement peut être considéré comme un frein à la communication, bien que la destination des enregistrements et la garantie de l'anonymat aient été clairement explicitées.

Seize entretiens sur vingt ont été réalisés au cabinet du praticien, en face à face, et on ne peut exclure un biais affectif et un biais de désirabilité sociale (le praticien cherche à « se montrer sous son meilleur jour »).

La nature du sujet est également à l'origine d'un biais. En effet, il est impossible de ne pas avoir sa propre opinion sur un sujet et d'avoir des préjugés, des stéréotypes, qui peuvent conditionner la prise en charge.

Le versant qualitatif semi-directif a été un frein à la communication avec certains praticiens : il était dans certains cas délicat de leur poser la question de la même façon qu'aux autres praticiens de peur qu'ils ne s'énervent et mettent prématurément fin à l'entretien.

Notre étude comporte aussi un biais de méthode, par l'oubli de l'enquêteur de poser deux questions au docteur H et une question au docteur K.

Un biais de réponse est présent car les praticiens n'ont pas toujours bien compris les questions, malgré les explications, et ont parfois répondu à côté (notamment pour les questions sur l'approche pharmacologique). D'ailleurs, en ayant expliqué certaines questions grâce à des exemples concrets, il est possible d'avoir influencé le praticien.

Enfin, il existe quelques données manquantes : certains praticiens n'ont pas répondu clairement à la réponse.

1.4. L'analyse

Les résultats ont été traités par l'enquêteur seul, aidé initialement par le directeur de thèse. Malgré une méthode d'analyse thématique rigoureuse avec une sélection réfléchie des données, le biais d'interprétation est présent. Il paraît impossible de faire disparaître la subjectivité de l'enquêteur dans cette analyse manuelle. Une seconde analyse réalisée par une personne totalement extérieure et neutre ou l'utilisation d'un logiciel auraient pu limiter ce biais.

2. Les résultats principaux

2.1. Exploration

L'exploration de la consommation d'alcool est une difficulté pour la plupart des médecins interrogés.

Ceux-ci l'évaluent par le biais de l'interrogatoire. Ils n'utilisent pas d'outils, ni d'échelles, ni de questionnaires.

L'exploration est systématique pour au moins un tiers des praticiens interrogés, ou en fonction du terrain et de la biologie le cas échéant.

2.2. La prise en charge

En moyenne, les médecins généralistes utilisent autant les médicaments que les approches psychothérapeutiques.

Les approches psychothérapeutiques les plus utilisées sont les approches motivationnelles, notamment chez les quelques médecins interrogés ayant bénéficié d'une « formation » dans le trouble de l'usage de l'alcool (que ce soit lors d'un cours à la faculté de médecine durant l'externat ou lors d'une formation durant la pratique autonome).

On observe aussi une légère préférence des psychothérapies, notamment des groupes de parole, chez les praticiens exerçant hors de l'agglomération caennaise.

Sur le plan pharmacologique, les benzodiazépines sont les principaux médicaments prescrits dans le sevrage ambulatoire et le médicament de prédilection « d'aide au sevrage » est l'Acamprosate.

Les autres médicaments « d'aide au sevrage » sont peu ou non utilisés.

Les deux tiers des médecins généralistes interrogés ont recours à des spécialistes de l'addiction à un moment donné.

La majorité des médecins généralistes interrogés cible au moins une consommation contrôlée.

2.3. Formations et fiches de la Société Française d'Alcoologie

Concernant les formations, cinq praticiens ont eu une formation sur le trouble de l'usage de l'alcool (trois en Repérage Précoce et à l'Intervention Brève) et les quinze autres praticiens interrogés n'ont pas eu de formation.

Seuls quatre des praticiens interrogés ont eu notion des recommandations de la Société Française d'Alcoologie de 2015 pour la médecine générale, et un seul d'entre eux les utilisait en pratique clinique (Dr R, médecin formé au Repérage Précoce et à l'Intervention Brève par ailleurs).

2.4. Limites et difficultés

La majorité des médecins généralistes interrogés estiment que la façon de prendre connaissance du trouble de l'usage de l'alcool conditionne la prise en charge ultérieure tant sur le plan de l'adhésion thérapeutique du patient, que sur un probable déni des consommations ou encore l'existence de comorbidités.

Quinze praticiens évoquent des difficultés dans la prise en charge de ce trouble. Ils trouvent que les patients sont fréquemment dans le déni des consommations, peu compliants et mettent rapidement en échec le praticien.

Certains évoquent aussi avoir des difficultés dans la prise en charge sociale des patients (personnes peu entourées, en difficulté financière, en situation de précarité, etc.).

Par ailleurs, un praticien estime manquer de compétences sur ce trouble.

3. Discussion des résultats

A la date de la rédaction de ce manuscrit, aucune étude concernant les approches thérapeutiques choisies par les médecins généralistes en France, ou à l'étranger, dans le trouble de l'usage de l'alcool n'apparaît dans la littérature scientifique.

3.1 Les approches thérapeutiques des médecins généralistes du Calvados dans le trouble de l'usage de l'alcool

Les praticiens explorent le trouble de l'usage de l'alcool à l'interrogatoire. L'exploration n'est pas systémique et dépendra volontiers de la clinique et de la biologie. Les praticiens expriment pour la plupart des difficultés à aborder le sujet de l'alcool.

La prise en charge pharmacologique se limite pour la plupart des praticiens à un sevrage ambulatoire par des benzodiazépines.

Quelques médecins prescrivent des médicaments de l'aide au sevrage, notamment l'Acamprosate Aotal ®, mais la plupart préfèrent les renouveler à la suite d'une introduction par un spécialiste de l'addiction.

Un médecin explique prescrire des médicaments d'aide au maintien de l'abstinence pour maintenir un lien de confiance avec le patient.

Les approches psychothérapeutiques préférentiellement utilisées par les praticiens sont les approches motivationnelles.

Les approches psychothérapeutiques et familiales sont peu utilisées par les praticiens avec une patientèle peu intégrée socialement, isolée. Les praticiens orientent dans ces cas rapidement les patients vers une prise en charge spécifique par un addictologue.

Parmi les approches psychothérapeutiques, les groupes de paroles sont préférés par les praticiens exerçant en dehors de l'agglomération caennaise, probablement du fait du manque de psychologues exprimé par certains praticiens.

Certains praticiens estiment être rapidement mis en échec par les patients souffrant d'un trouble de l'usage de l'alcool, notamment par un mécanisme de déni des consommations et se tournent rapidement vers une prise en charge spécialisée en addictologie.

On observe une tendance vers une prise en charge addictologique chez les praticiens exerçant en dehors de l'agglomération caennaise.

Enfin, bien que la majorité des médecins généralistes évoquent un lien entre la façon de prendre connaissance du trouble de l'usage de l'alcool et la prise en charge ultérieure, cela ne semble pas influencer pour autant le choix entre les différentes approches thérapeutiques.

3.2 La formation

Une minorité des médecins généralistes interrogés avait bénéficié d'une formation dans le trouble de l'usage de l'alcool.

Indépendamment des formations reçues, l'exploration de la consommation alcoolique et les approches thérapeutiques des praticiens sont globalement les mêmes.

On constate toutefois que les quelques médecins ayant eu une formation lors de leur pratique libérale en Repérage Précoce et Intervention Brève utilisent systématiquement une approche motivationnelle.

Cette approche est aussi utilisée par quelques praticiens qui ont été « formés » lors de l'externat (c'est-à-dire lors des cours dispensés à la faculté de médecine).

3.3 Impact de l'ancienneté d'exercice et du sexe du praticien

Nous n'observons pas de différences de prise en charge entre les hommes et les femmes ou en fonction de l'ancienneté d'exercice des médecins généralistes (estimé par l'année de l'obtention de la thèse).

3.4 Les objectifs d'abstinence

On remarque que la majorité des praticiens optent pour une modération, une consommation contrôlée.

Cette observation appuie le principe de formation continue des médecins généralistes étant donné que l'objectif de consommation contrôlée pour le trouble de l'usage d'alcool a été évoqué au début des années 2000 (20), après le début de l'exercice de certains praticiens.

3.5 Impact des recommandations de la Société Française d'Alcoologie

Concernant les recommandations de la Société Française d'Alcoologie, seuls cinq praticiens sur les vingt interrogés évoquent d'avoir notion des recommandations et d'en posséder les fiches (ou minima de les avoir lues), mais cela ne change pas leur pratique par rapport aux autres praticiens.

Nous n'avons pas investigué sur les raisons de la méconnaissance des recommandations de la SFA.

On peut s'interroger, compte tenu des difficultés pour réserver un créneau d'une vingtaine de minutes pour un entretien, sur un probable manque de temps personnel.

3.6 Habitudes de prescriptions médicamenteuses

À propos de la prescription de Benzodiazépines, huit praticiens n'ont pas précisés leurs propos sur la l'utilisation des Benzodiazépines. Pour cinq d'entre eux, que nous avons rencontré au cabinet, leur communication non-verbale était clairement en faveur d'un usage chronique. Deux praticiens ont explicitement cité leurs utilisations dans des terrains anxio-dépressifs ou dans l'aide au maintien d'une consommation modérée.

Concernant les antidépresseurs, $\frac{1}{4}$ des praticiens associent un antidépresseur à une Benzodiazépine pour le sevrage ambulatoire. Cette habitude de prescription est discutable, car les antidépresseurs ne sont pas des traitements du sevrage ambulatoire en alcool. Ils démontrent en effet une utilité pour l'aide au maintien de l'abstinence si une dépression est à l'origine du trouble de l'usage de l'alcoolologie, mais il est bien décrit par les psychiatres (12) qu'une dépression peut être secondaire à un trouble addictif. L'usage de ces molécules devrait donc être discuté après une évaluation de l'humeur à distance du sevrage ambulatoire.

On constate parmi les médecins généralistes prescrivant des molécules addictolytiques que l'Acamprosate (Aotal ®) est la molécule de première intention pour l'aide au maintien de l'abstinence (AMM).

Les praticiens semblent méconnaître le Nalméfène (Selincro ®), molécule la plus récente dans la pharmacopée des addictolytiques ayant une AMM dans l'aide au maintien d'une consommation modérée, et prescrivent habituellement ce médicament hors AMM (pour le sevrage ambulatoire, pour l'aide au maintien de l'abstinence).

3.7 L'alcool et les soins addictologiques dans le Calvados

Les propos rapportés par les médecins confortent les chiffres récents retrouvés dans le Baromètre de Santé Publique France de 2017 (2) sur consommation en alcool en France, ainsi que des données plus anciennes de 2005 (63) (consommations en alcool en ex basse et ex Haute-Normandie).

Certains praticiens expriment par ailleurs un manque d'interlocuteurs en addictologie. En effet, le réseau des soins addictologiques dans le Calvados regroupe peu de professionnels et s'articule autour de trois structures : deux Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) et une Consultation Jeune Consommateur (CJC) pour l'agglomération Caennaise et d'une CSAPA en dehors de l'agglomération de Caen.

4. Les propositions

4.1 Améliorer la formation

Un des principaux facteurs limitants que l'on observe lors de notre étude est le manque de compétences et de formation du médecin généraliste dans le trouble de l'usage de l'alcool.

Les futurs médecins généralistes sont en effet peu formés lors de leurs études de médecine dans ce trouble (et en addictologie en plus général).

Aussi, des formations en alcoologie ne sont pas régulièrement proposées pour les médecins généralistes autonomes.

L'université de Caen-Normandie, au travers de sa faculté de médecine, pourrait proposer d'augmenter le taux horaire des enseignements en addictologie lors du deuxième cycle des études médicales et proposer des formations rapides aux jeunes internes en médecine générale lors de leur troisième cycle.

Selon la Société Française d'Alcoologie (7) « *Tout médecin généraliste devrait avoir reçu une formation lui permettant de repérer un mésusage de l'alcool et de faire une intervention brève* ».

Il apparaît nécessaire qu'une formation au Repérage Précoce et Intervention Brève soit proposée aux médecins généralistes du Calvados.

4.2 Informer sur les recommandations de la Société Française d'Alcoologie

Il apparait lors de notre étude qu'une majorité des médecins interrogés n'ont pas eu notion des recommandations récente de la Société Française d'Alcoologie sur la prise en charge du trouble de l'usage en médecine générale.

Le rappel de ces recommandations pourrait être un des rôles du Conseil de l'Ordre des médecins du Calvados et de la faculté de médecine.

CONCLUSION

Les approches thérapeutiques des médecins généralistes du Calvados sont principalement influencées par le lieu de travail du praticien, les caractéristiques socio-professionnelles des patients (problème d'accès aux soins) et la qualité de l'entourage (famille, proches, amis).

Indépendamment des éléments cités ci-dessus, les médecins généralistes du Calvados s'occupent en priorité du sevrage ambulatoire en prescrivant des Benzodiazépines, et laissent le soin à des médecins spécialistes de l'addiction de prescrire si besoin des médicaments d'aide au maintien de l'abstinence ou d'aide au maintien d'une consommation modérée.

Les médecins proposent des approches psychothérapeutiques diverses en fonction de leurs connaissances personnelles et de leurs propres formations.

Certains praticiens ont évoqué à plusieurs reprises lors de l'enquête la notion de la « médecine générale » : il est le médecin de premiers recours qui oriente les patients en fonction du repérage des besoins.

Dans le trouble de l'usage de l'alcool, ces praticiens évoquent leur rôle du médecin généraliste de « dégrossir la problématique », « d'accompagner au quotidien » et « d'orienter si besoin vers un centre d'aide en alcoologie ».

On constate le manque de formation spécifique dans le trouble de l'usage de l'alcool, à la fois lors des études médicales (externat et internat) ou lors d'une pratique autonome.

On pourrait envisager d'intensifier le niveau de formation lors des études de médecine ou de proposer davantage de formations aux médecins généralistes, notamment en matière de Repérage Précoce et Intervention Brève.

Enfin, on remarque que la majeure partie des médecins généralistes interrogés n'ont pas eu notion des recommandations récentes de la Société Française d'Alcoologie, faisant supposer un manque de communication. On pourrait proposer à l'Ordre des médecins du Calvados et à la faculté de médecine de rappeler ces recommandations.

BIBLIOGRAPHIE

1. Histoire et alcoolisme [Internet]. [cité 15 sept 2019]. Disponible sur: <https://hepatoweb.com/Alcoolisme-historique.php>
2. <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/bulletin-epidemiologique-hebdomadaire-19-fevrier-2019-n-5-6> [Internet]. [cité 20 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/bulletin-epidemiologique-hebdomadaire-19-fevrier-2019-n-5-6>
3. Reynaud M, Traité d'addictologie, 2ème édition, édition Lavoisier.
4. Juilliere Y, Bosser G, Schwartz J. Le vin : bon pour toutes les pathologies cardiovasculaires ? La Presse Médicale. 1 juill 2014;43(7):852-7.
5. Arrêté du 22 février 1990 fixant la liste des substances psychotropes | Légifrance [Internet]. [cité 15 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000533087>
6. « Le vin n'est pas un alcool comme les autres » : le ministre de l'Agriculture assume et reprend les arguments du lobby viticole [Internet]. LCI. [cité 15 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.lci.fr/politique/le-vin-n-est-pas-un-alcool-comme-les-autres-le-ministre-de-l-agriculture-assume-et-utilise-la-meme-defense-que-le-lobby-viticole-2110946.html>
7. Mésusage de l'alcool dépistage, diagnostic et traitement Recommandation de bonne pratique [Internet]. Disponible sur: <https://www.sfalcoologie.asso.fr/download/RBP2014-SFA-Mesusage-AA.pdf>
8. Rozaire C, Landreat MG, Grall-Bronnec M, Rocher B, Vénisse J-L. Qu'est-ce que l'addiction ? Archives de politique criminelle. 2009;(31):9-23.
9. Histoire et alcoolisme [Internet]. [cité 23 sept 2019]. Disponible sur: <https://hepatoweb.com/Alcoolisme-historique.php>
10. Classification Internationales des Maladies, Organisation Mondiale de la Santé, 10ème version.
11. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, American Psychiatric Association, 4ème version (version initiale).
12. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, American Psychiatric Association, 5ème version.
13. Baromètre Santé - alcool - OFDT [Internet]. [cité 23 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/statistiques-et-infographie/sources-statistiques/barometre-sante-alcool/>

14. Usages d'alcool, de tabac et de cannabis chez les adolescents du secondaire en 2018 - Tendances 132 - juin 2019 - OFDT [Internet]. [cité 23 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/publications/collections/periodiques/lettre-tendances/usages-dalcool-de-tabac-et-de-cannabis-chez-les-adolescents-du-secondaire-en-2018-tendances-132-juin-2019/>
15. OMS | L'OMS appelle les gouvernements à redoubler d'efforts pour éviter les décès et les maladies liés à l'alcool [Internet]. WHO. [cité 18 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/alcohol-related-deaths-prevention/fr/>
16. Dany L, Gaussot L, Monaco GL. L'alcool: un objet au cœur du social. Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale. 23 oct 2015;Numéro 107(3):299-302.
17. Description de la maladie alcoolique et addiction alcool, sa prevention et son traitement [Internet]. [cité 23 sept 2019]. Disponible sur: https://hepatoweb.com/Alcool_Partie_5.php
18. Cottencin O. Traitements médicamenteux et psychothérapeutiques de l'alcoolodépendance. Presse Med. Juillet 2018;47(7-8, Part 1):677-85.
19. Farquet V, Alvarez V, Biselx S, Coutaz M. [From thiamine deficiency to Wernicke encephalopathy, unknown pathology]. Rev Med Suisse. 8 févr 2017;13(549):382-4.
20. Heather, Nick, Raistrick, Duncan, et Godfrey, Christine. A summary of the Review of the Effectiveness of Treatment for Alcohol Problems. London: National Treatment Agency for Substance Misuse, 2006.
21. Sapir-Weise R, Berglund M, Frank A, Kristenson H. Acupuncture in alcoholism treatment: a randomized out-patient study. Alcohol Alcohol. août 1999;34(4):629-35.
22. Wadden TA, Penrod JH. Hypnosis in the Treatment of Alcoholism: A Review and Appraisal. American Journal of Clinical Hypnosis. 1 juill 1981;24(1):41-7.
23. Manchanda RK, Nair KRJ, Varanasi R, Oberai P, Bhuvanewari R, Bhalerao R, et al. A randomized comparative trial in the management of Alcohol Dependence: Individualized Homoeopathy versus standard Allopathic Treatment. 2016 [cité 21 sept 2019]; Disponible sur: <http://aohindia.in/xmlui/handle/123456789/1688>
24. Outil d'aide au repérage précoce et intervention brève : alcool, cannabis, tabac chez l'adulte [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 15 sept 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1795221/fr/outil-d-aide-au-reperage-precoce-et-intervention-breve-alcool-cannabis-tabac-chez-l-adulte
25. OFDT. Repérage Précoce Intervention Brève Cristina Diaz Gomez Maitena Milhet Stratégies de promotion du repérage précoce et de l'intervention brève en matière d'alcool auprès des médecins généralistes. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxcdk4.pdf>
26. Couzigou P, Vergniol J, Kowo M, Terrebonne E, Foucher J, Castera L, et al. Intervention brève en alcoologie. La Presse Médicale. 1 juill 2009;38(7):1126-33.
27. Khazaal Y, Khan R. Interventions précoces pour les personnes avec consommation problématique d'alcool. Rev Med Suisse. 19 sept 2012;8(354):1766-9.

28. Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, et al. Comorbidity of Mental Disorders With Alcohol and Other Drug Abuse: Results From the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA*. 21 nov 1990;264(19):2511-8.
29. Rösner S, Hackl-Herrwerth A, Leucht S, Lehert P, Vecchi S, Soyka M. Acamprosate for alcohol dependence. *Cochrane Database Syst Rev*. 8 sept 2010;(9):CD004332.
30. Koeter MWJ, van den Brink W, Lehert P. Effect of early and late compliance on the effectiveness of acamprosate in the treatment of alcohol dependence. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 1 oct 2010;39(3):218-26.
31. Rosenthal RN, Gage A, Perhach JL, Goodman AM. Acamprosate: Safety and Tolerability in the Treatment of Alcohol Dependence. *Journal of Addiction Medicine*. mars 2008;2(1):40.
32. Mason BJ, Lehert P. Acamprosate for Alcohol Dependence: A Sex-Specific Meta-Analysis Based on Individual Patient Data. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 1 mars 2012;36(3):497-508.
33. Srisurapanont M, Jarusuraisin N. Naltrexone for the treatment of alcoholism: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Int J Neuropsychopharmacol*. 1 juin 2005;8(2):267-80.
34. Bendimerad P, Blecha L. Bénéfices de la réduction de la consommation d'alcool : comment le faire avec nalméfène. *Encephale*. Décembre 2014;40(6):495-500.
35. Favrod-Coune T. Influence du nalméfène sur l'intervention psychosociale chez des patients alcoolodépendants. *Rev Med Suisse*. Avril 2015;11(468):792-792.
36. Saitz R. Acamprosate et naltrexone: efficacité similaire pour prévenir la rechute. *Rev Med Suisse*. Décembre 2014;10(455):2437-2437.
37. van den Brink W, Strang J, Gual A, Sørensen P, Jensen TJ, Mann K. Safety and tolerability of as-needed nalmefene in the treatment of alcohol dependence: results from the Phase III clinical programme. *Expert Opin Drug Saf*. avr 2015;14(4):495-504.
38. Ameisen, O. (2008). *Le dernier verre*. Paris: Denoël.
39. Jaury P. Bacloville: présentation des résultats de la première étude randomisée en double aveugle multicentrique en milieu ambulatoire du baclofène versus placebo chez des sujets dépendants à l'alcool. *European Psychiatry*. 1 nov 2014;29(8):540.
40. Reynaud M. Résultats de l'étude Alpadir: efficacité et sécurité du baclofène dans le maintien de l'abstinence chez des sujets alcoolodépendants. *European Psychiatry*. 1 nov 2014;29(8):540.
41. Baclofène et traitement de la dépendance à l'alcool - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. [cité 23 sept 2019]. Disponible sur: [https://www.ansm.sante.fr/Dossiers/Baclofene/Baclofene-et-traitement-de-la-dependance-a-l-alcool/\(offset\)/0](https://www.ansm.sante.fr/Dossiers/Baclofene/Baclofene-et-traitement-de-la-dependance-a-l-alcool/(offset)/0)
42. Aubin, H. J., Meunier, N., et Berghout, C. Les thérapies cognitivo-comportementales de l'alcoolisme. *La Lettre de l'hépto-gastroentérologue*, 2004 ;7(2); 78-81.

43. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *Am Psychol.* sept 1992;47(9):1102-14.
44. Bennett G. Miller, W. R. and Rollnick, S. (1991) *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior.* New York: Guilford Press, 1991. Pp. xvii + 348. £24.95 hardback, £11.50 paper. ISBN 0-89862-566-1. *Journal of Community & Applied Social Psychology.* 1992;2(4):299-300.
45. Vasilaki EI, Hosier SG, Cox WM. THE EFFICACY OF MOTIVATIONAL INTERVIEWING AS A BRIEF INTERVENTION FOR EXCESSIVE DRINKING: A META-ANALYTIC REVIEW. *Alcohol Alcohol.* 1 mai 2006;41(3):328-35.
46. Hendershot CS, Witkiewitz K, George WH, Marlatt GA. Relapse prevention for addictive behaviors. *Subst Abuse Treat Prev Policy.* 19 juill 2011;6:17.
47. Edwards ME, Steinglass P. Family Therapy Treatment Outcomes for Alcoholism. *Journal of Marital and Family Therapy.* 1995;21(4):475-509.
48. Cassen M, Delile J-M. Thérapies familiales et addictions : nouvelles perspectives. *Psychotropes.* 2007;13(3):229-49.
49. Skanavi S, Laqueille X, Aubin H-J. Interventions basées sur la pleine conscience en addictologie. *Encephale.* oct 2011;37(5):379-87.
50. Bowen S, Chawla N, Collins SE, Witkiewitz K, Hsu S, Grow J, et al. Mindfulness-based relapse prevention for substance use disorders: a pilot efficacy trial. *Subst Abus.* déc 2009;30(4):295-305.
51. Witkiewitz K, Bowen S, Douglas H, Hsu SH. Mindfulness-based relapse prevention for substance craving. *Addictive Behaviors.* 1 févr 2013;38(2):1563-71.
52. Bowen S, Witkiewitz K, Clifasefi SL, Grow J, Chawla N, Hsu SH, et al. Relative efficacy of mindfulness-based relapse prevention, standard relapse prevention, and treatment as usual for substance use disorders: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry.* mai 2014;71(5):547-56.
53. Carpentier D, Romo L, Bouthillon-Heitzmann P, Limosin F. Résultats préliminaires d'un groupe de pleine conscience (Mindfulness) chez des patients alcoolo-dépendants. *Encephale.* Décembre 2015;41(6):521-6.
54. Chevallier N, Hartmann M, Toti B, Le Fol A, Nanpon A-M, Richard D. Approche corporelle en alcoologie: le corps et l'alcool, outils de la relation PRET ? *Psychol Med (Paris).* 1993;25(1):106-8.
55. Hibou A, Bordeau A, Pean I, Rouland E, Charpentier M. Accompagnement en addictologie: une pratique de l'hydrothérapie. *Soins Psychiatr.* oct 2013;34(288):39-41.
56. Rotert DA. Occupational therapy in alcoholism. *Occup Med.* juin 1989;4(2):327-37.

57. Grant S, Kandrack R, Motala A, Shanman R, Booth M, Miles J, et al. Acupuncture for substance use disorders: A systematic review and meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence*. 1 juin 2016;163:1-15.
58. Liu Q, Lawrence AJ, Liang J-H. Traditional Chinese Medicine for Treatment of Alcoholism: From Ancient to Modern. *Am J Chin Med*. 1 janv 2011;39(01):1-13.
59. Shin NY, Lim YJ, Yang CH, Kim C. Acupuncture for Alcohol Use Disorder: A Meta-Analysis. *Evid Based Complement Alternat Med* [Internet]. 2017 [cité 18 févr 2019];2017. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5266803/>
60. UNICAEN. UFR Santé - Université de Caen Normandie - UFR Santé - Page d'accueil [Internet]. [cité 15 sept 2019]. Disponible sur: <http://ufrsante.unicaen.fr/>
61. Simban – Syndicat des Internes de Médecine Générale Bas-Normands [Internet]. [cité 15 sept 2019]. Disponible sur: <http://www.simban.fr/>
62. Centre Hospitalier Universitaire de Caen Normandie [Internet]. [cité 23 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.chu-caen.fr/>
63. Atlas régional des consommations d'alcool 2005 - OFDT [Internet]. [cité 15 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/publications/collections/rapports/rapports-divers/atlas-regional-des-consommations-dalcool-2005/>

ANNEXE 1

Questionnaire AUDIT

- Quelle est la fréquence de votre consommation d'alcool ?
 - Jamais = 0
 - Une fois par mois ou moins = 1
 - 2 à 4 fois par mois = 2
 - 2 à 3 fois par semaine = 3
 - Au moins 4 fois par semaine = 4

- Combien de verres contenant de l'alcool consommez-vous un jour typique où vous buvez ?
 - 3 ou 4 = 1
 - 5 ou 6 = 2
 - 7 ou 8 = 3
 - 10 ou plus = 4

- Avec quelle fréquence buvez-vous six verres ou davantage lors d'une occasion particulière ?
 - Jamais = 0
 - Moins d'une fois par mois = 1
 - Une fois par mois = 2
 - Une fois par semaine = 3
 - Tous les jours 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 = 0
 - Moins d'une fois par mois = 1
 - Une fois par mois = 2

- Une fois par semaine = 3
 - Tous les jours ou presque = 4
- Au cours de l'année écoulée, combien de fois votre consommation d'alcool vous a-t-elle empêché de faire ce qui était normalement attendu de vous ?
 - Jamais 0
 - Moins d'une fois par mois 1
 - Une fois par mois 2
 - Une fois par semaine 3
 - Tous les jours ou presque 4
- Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu besoin d'un premier verre pour pouvoir démarrer après avoir beaucoup bu la veille ?
 - Jamais = 0
 - Moins d'une fois par mois = 1
 - Une fois par mois = 2
 - Une fois par semaine = 3
 - Tous les jours ou presque = 4
- Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou des remords après avoir bu ?
 - Jamais = 0
 - Moins d'une fois par mois = 1
 - Une fois par mois = 2
 - Une fois par semaine = 3
 - Tous les jours ou presque = 4
- Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous été incapable de vous rappeler ce qui s'était passé la soirée précédente parce que vous aviez bu ?
 - Jamais = 0
 - Moins d'une fois par mois = 1
 - Une fois par mois = 2
 - Une fois par semaine = 3

- Tous les jours ou presque = 4

- Avez-vous été blessé ou quelqu'un d'autre a-t-il été blessé parce que vous aviez bu ?
 - Non = 0
 - Oui, mais pas au cours de l'année écoulée = 2
 - Oui, au cours de l'année = 4

- Un parent, un ami, un médecin ou un autre soignant s'est-il inquiété de votre consommation d'alcool ou a-t-il suggéré que vous la réduisiez ?
 - Non = 0
 - Oui, mais pas au cours de l'année écoulée = 2
 - Oui, au cours de l'année = 4

Résultat :

- 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.

ANNEXE 2

Questionnaire AUDIT-C

- À quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?
 - Jamais = 0
 - 1 fois par mois ou moins = 1
 - 2 à 4 fois par mois = 2
 - 2 à 3 fois par semaine = 3
 - Au moins 4 fois par semaine = 4

- Combien de verres standards buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?
 - 1 ou 2 = 0
 - 3 ou 4 = 1
 - 5 ou 6 = 2
 - 7 à 9 = 3
 - 10 ou plus = 4

- Au cours d'une même occasion, à quelle fréquence vous arrive-t-il de boire six verres standard ou plus ?
 - Jamais = 0
 - Moins d'une fois par mois = 1
 - Une fois par mois = 2
 - Une fois par semaine = 3
 - Tous les jours ou presque = 4

Résultats :

- Un score ≥ 3 chez la femme et ≥ 4 chez l'homme doit faire évoquer un mésusage.
- Un score ≥ 10 dans les deux sexes doit faire évoquer une dépendance.

ANNEXE 3

Questionnaire FACE

- À quelle fréquence consommez-vous des boissons contenant de l'alcool ?
 - Jamais = 0
 - Une fois par mois ou moins = 1
 - Deux à 4 fois par mois = 2
 - Deux ou 3 fois par semaine = 3
 - Quatre fois par semaine ou plus = 4

- Combien de verres standards buvez-vous, les jours où vous buvez de l'alcool ?
 - 1 ou 2 = 0
 - 3 ou 4 = 1
 - 5 ou 6 = 2
 - 7 à 9 = 3
 - 10 ou plus = 4

- Est-ce que votre entourage vous a fait des remarques concernant votre consommation d'alcool ?
 - Non = 0
 - Oui = 4

- Vous est-il arrivé de consommer de l'alcool le matin pour vous sentir en forme ?
 - Non = 0
 - Oui = 4

- Vous est-il arrivé de boire et de ne plus vous souvenir le matin de ce que vous avez pu dire ou faire ?
 - Non = 0
 - Oui = 4

Interprétation du score total ; hommes (H)/femmes (F)

- Risque faible ou nul : H moins de 5 ; F moins de 4 = renforcement des conduites favorables à la santé
- Consommation excessive probable : H 5 à 8 ; F : 4 à 8 = intervention brève
- Dépendance probable : H et F plus de 8 = proposer une consultation d'addictologie

ANNEXE 4

Figure 3 : Score de Cushman

Score	0	1	2	3
Pouls (battements par minute)	< 80	81 – 100	101 – 120	> 120
Pression artérielle systolique (mmHg)	< 135	136 – 145	146 – 155	> 155
Fréquence respiratoire (cycles par minute)	<16	16 – 25	26 – 35	> 35
Tremblements	0	de la main en extension	tout le membre supérieur	généralisés
Sueurs	0	paumes	paumes et front	généralisées
Agitation	0	discrète	généralisée / contrôlable	généralisée / incontrôlable
Troubles sensoriels	0	gêne par le bruit, la lumière ou prurit	hallucinations critiquées	hallucinations non critiquées

ANNEXE 5

Questionnaire standardisé CIWA-Ar

Nausées/vomissements. « Vous sentez-vous mal ? Avez-vous vomi ? ».

Observation.

Pas de nausées, pas de vomissements = 0

Nausées légères, sans vomissement = 1

Nausées intermittentes avec efforts de vomissement = 4

Nausées constantes, avec efforts de vomissement et vomissements fréquents

Trémor. Bras tendus et doigts écartés. Observation.

Pas de trémor = 0

Trémor non visible mais perceptible au contact du bout des doigts = 1

Trémor modéré, bras en extension = 4

Trémor sévère, même avec bras non-tendus = 7

Transpiration. Observation.

Pas de transpiration visible = 0

Transpiration à peine visible, mains moites = 1

Transpiration visible sur le front = 4

Transpiration profuse = 7

Anxiété. « Vous sentez-vous nerveux ? ». Observation.

Pas d'anxiété, à l'aise = 0

Anxiété légère = 1

Anxiété modérée, contenue = 4

Etat de panique sévère comme lors de délirium tremens ou de psychose aiguë = 7

Agitation. Observation.

Aucune = 0

Activité motrice légèrement augmentée = 1

Agitation modérée, activité motrice incessante, continue = 4

Etat d'agitation motrice constant, mouvements d'avant en arrière durant la plus grande partie de l'interview = 7

Troubles tactiles. « Avez-vous des démangeaisons, des picotements, des fourmillements, des sensations de brûlure, une perte de la sensibilité tactile ou avez-vous l'impression que des petites bêtes se baladent sur ou sous votre peau ? ». Observation.

Aucun = 0

Démangeaisons, picotements, ↓ sensibilité très légers = 1

Démangeaisons, picotements, ↓ sensibilité légers = 2

Démangeaisons, picotements, ↓ sensibilité modérés = 3

Hallucinations modérées = 4

Hallucinations sévères = 5

Hallucinations très sévères = 6

Hallucinations continues = 7

Troubles auditifs. « Etes-vous davantage conscient des bruits autour de vous ? Sont-ils désagréables ? Vous effraient-ils ? Entendez-vous certains bruits qui vous perturbent ? Entendez-vous des choses dont vous savez pertinemment qu'elles ne peuvent pas être entendues ? ». Observation

Aucun = 0

Bruit désagréables, effrayants, à peine audibles = 1

Bruits désagréables, effrayants très légers = 2

Bruits désagréables, effrayants modérés = 3

Hallucinations modérées à sévères = 4

Hallucinations sévères = 5

Hallucinations très sévères = 6

Hallucinations continues = 7

Troubles visuels. « La lumière vous semble-t-elle trop claire ? Sa couleur est-elle différente ? Vous fait-elle mal aux yeux ? Voyez-vous des choses qui vous troublent, vous dérangent ? Voyez-vous des choses dont vous savez pertinemment qu'elles ne peuvent pas être vues ? ». Observation.

Aucun = 0

Sensibilité très légère = 1

Sensibilité légère = 2

Sensibilité modérée = 3

Hallucinations modérées à sévères = 4

Hallucinations sévères = 5

Hallucinations très sévères = 6

Hallucinations continues = 7

Maux de tête, tête lourde. « Avez-vous dans votre tête des sensations différentes ? Avez-vous l'impression qu'une bande serre votre tête ? » Ne pas prendre en compte de légers vertiges.

Aucun = 0

Troubles très légers = 1

Troubles légers = 2

Troubles modérés = 3

Troubles modérés à sévères = 4

Troubles sévères = 5

Troubles très sévères = 6

Troubles extrêmement sévères = 7

Désorientation dans le temps, l'espace et sur la personne. « Quel jour sommes-nous ? Qui êtes-vous ? Qui suis-je ? »

Orienté + capable de faire une série d'additions = 0

Incapable de faire une série d'additions et n'est pas sûr sur la date d'aujourd'hui = 1

Désorienté dans le temps (max. 2 jours) = 2

Désorienté dans le temps (plus de 2 jours) = 3

Désorienté dans l'espace et/ou sur la personne = 4

ANNEXE 6

Guide d'entretien

Axe I : Préambule

1. Avant de commencer, j'aimerais préciser le cadre de votre exercice : travaillez-vous exclusivement en cabinet, ou avez-vous des visites à domicile ? Des vacations au CHU de Caen ?
2. De même, quel est le type de votre patientèle ?
3. Question de détail, en quelle année avez-vous eu votre thèse ?

Axe II : Etat des lieux

4. Quelle est la proportion de vos patients avec une consommation problématique d'alcool ?
5. Comment explorez-vous la consommation d'alcool de vos patients ?
 - 1) *Qui ? Terrain, Systématique ?*
 - 2) *Comment ? Moyen ?*

Axe III : Exploration des pratiques

6. En cas de repérage positif, comment prenez-vous en charge les patients ?
 - 1) *Prise en charge*
 - *Approche pharmacologique ?*
 - *Approche psychothérapeutique ?*
 - *Les deux ?*

- Autre ?

2) Pas de prise en charge directe

- Spécialiste ?

A) Approche pharmacologique

7. Parmi les médicaments suivants, lequel prescrivez-vous le plus souvent pour un sevrage en alcool ?

- Benzodiazépines (ex: Diazepam (Valium ®), Oxazepam (Seresta ®)) ?
- Neuroleptiques (ex : Halopéridol (Haldol ®), Cyamémazine (Tercian ®)) ?
- Antidépresseurs (ex : Fluoxétine (Prozac ®), Paroxétine (Deroxat ®)) ?
- Acamprosate (Aotal ®)
- Naltrexone (Revia ®)
- Disulfiram (Esperal ®)
- Baclofène (Lioresal ®)
- Nalméfène (Selincro ®)

8. Selon-vous, faut-il cibler une abstinence totale ou une consommation contrôlée ?

9. Pour une aide à la gestion du sevrage, lesquels (de la liste ci-dessus) prescrivez-vous préférentiellement ?

10. Pour une aide au maintien de l'abstinence, lesquels (de la liste ci-dessus) prescrivez-vous préférentiellement ?

11. Pour une aide au maintien d'une consommation contrôlée, lesquels (de la liste ci-dessus) prescrivez-vous préférentiellement ?

B) Approche psychothérapeutique

12. Parmi les psychothérapies suivantes, lesquelles conseillerez-vous pour l'aide au maintien de l'abstinence ou d'une consommation contrôlée d'alcool ?
- 1) Psychanalyse
 - 2) Approche motivationnelle
 - 3) TCC
 - 4) Méditation de pleine conscience
 - 5) Approche systémique familiale
 - 6) Groupe de parole
13. Intégrez-vous la famille du patient dans la prise en charge ? Si oui, comment ?
14. Vous arrive-t-il de rencontrer le conjoint du patient pour parler du problème ?
15. Selon vous, est-ce que la manière d'apprendre le trouble de l'usage de l'alcool modifie t'il la prise en charge thérapeutique du patient ? (*déclaration du patient VS découverte à l'interrogatoire ou par le conjoint*)

C) Autres

16. Proposez-vous d'autres approches ? *Ex : médiation corporelle / activité physique / approche occupationnelles / médecines parallèles*

D) Synthèse

17. Avez-vous bénéficié de formations pour la prise en charge du trouble de l'usage de l'alcool ?

18. La Société Française d'Alcoologie (SFA) a émis en 2015 des recommandations de bonnes pratiques sur la prise en charge du mésusage de l'alcool, avec notamment des fiches pour la médecine générale :

- 1) Les connaissez-vous ?
- 2) Les avez-vous lus ?
- 3) Les utilisez-vous ?

19. De même, avez-vous connaissance de la campagne en cours de Santé Publique France sur le mésusage de l'alcool ?

Axe IV : Exploration de la perception du patient souffrant de trouble de l'usage d'alcool

20. Selon vous, l'alcoolodépendance est-elle une maladie aiguë ou une maladie chronique ?

21. Selon vous, les spécificités du patient alcoolodépendant induisent-elle une différence dans votre prise en charge par rapport à une autre maladie chronique, comme le diabète ou l'insuffisance cardiaque ? Si oui, lesquels ?

22. Face à ces patients, ressentez-vous des difficultés spécifiques quant à la prise en charge ?

Axe V : Ouverture

23. Nous avons fini avec les questions, souhaitez-vous rajouter quelque chose que je n'aurais peut-être pas demandé ?

ANNEXE 7

Tableau 1 : Description des questions

1	Question fermée sur les critères d'inclusion et d'exclusion
2	Question ouverte sur le type de la patientèle du MG
3	Question fermée sur la date d'obtention de la thèse du MG
4	Question fermée sur la proportion de la patientèle du MG avec une consommation problématique d'alcool
5	Question ouverte sur l'exploration par le MG de la consommation d'alcool de ses patients
6	Question ouverte sur la prise en charge du TUA
7 à 11	Questions fermées sur la prise en charge pharmacologique du TUA
12	Question fermée sur la prise en charge psychothérapeutique du TUA
13 et 14	Question fermée sur la prise en charge familiale du TUA
15	Question ouverte sur le ressenti du MG dans le diagnostic du TUA
16	Question ouverte sur d'autres approches thérapeutiques du MG dans le TUA
17 à 19	Questions fermées sur les formations et connaissances du MG dans le TUA
20 et 21	Questions fermées sur la perception du MG dans le TUA
22	Question ouverte sur les difficultés du MG dans la prise en charge du TUA
23	Question d'ouverture

TUA : Trouble de l'usage de l'alcool
MG : Médecin généraliste

ANNEXE 8

Tableau 2 : Objectif des questions

1	Vérifier les critères d'inclusion et d'exclusion
2	Estimer la classe d'âge de la patientèle du MG
3	Evaluer l'impact de l'ancienneté de l'exercice du praticien sur ses pratiques thérapeutiques
4	Estimer la fréquence avec laquelle le praticien prend en charge le TUA
5	Définir comment les MG explorent la consommation d'alcool de leurs patients
6	Cibler l'approche thérapeutique préférentielle du praticien dans le trouble de l'usage d'alcool
7 à 11	Explorer les approches pharmacologiques des MG dans le TUA
12	Explorer les approches psychothérapeutiques des MG dans le TUA
13 et 14	Explorer la prise en charge familiale des MG dans le TUA
15	Evaluer l'impact de la façon de diagnostiquer un TUA sur sa prise en charge
16	Explorer d'autres approches thérapeutiques des MG dans le TUA
17 à 19	Evaluer l'impact des formations et des connaissances du MG dans la prise en charge du TUA
20 et 21	Evaluer l'impact des perceptions du MG sur la prise en charge du TUA
22	Rechercher des difficultés des MG à la prise en charge du TUA
23	Recueillir des propos libres

TUA : Trouble de l'usage de l'alcool
MG : Médecin généraliste

ANNEXE 9

Tableau 3 : Durées et modalités des entretiens

Médecins	Durée de l'entretien	Modalités
Dr A	49 minutes	Cabinet
Dr B	25 minutes	Cabinet
Dr C	34 minutes	Cabinet
Dr D	26 minutes	Cabinet
Dr E	12 minutes	Téléphone
Dr F	23 minutes	Cabinet
Dr G	23 minutes	Cabinet
Dr H	40 minutes	Cabinet
Dr I	12 minutes	Cabinet
Dr J	19 minutes	Téléphone
Dr K	13 minutes	Téléphone
Dr L	24 minutes	Téléphone
Dr M	17 minutes	Cabinet
Dr N	33 minutes	Téléphone
Dr O	13 minutes	Téléphone
Dr P	30 minutes	Cabinet
Dr Q	16 minutes	Téléphone
Dr R	10 minutes	Cabinet
Dr S	10 minutes	Téléphone
Dr T	19 minutes	Cabinet

ANNEXE 10

Tableau 4 : Caractéristiques des praticiens interrogés

Médecins	Sexe	Age	Zone exercice
Dr A	F	55-60	Agglomération Caennaise
Dr B	F	35-40	Agglomération Caennaise
Dr C	H	35-40	Agglomération Caennaise
Dr D	H	30-35	Agglomération Caennaise
Dr E	H	35-40	Agglomération Caennaise
Dr F	F	45-50	Agglomération Caennaise
Dr G	F	55-60	Agglomération Caennaise
Dr H	F	55-60	Agglomération Caennaise
Dr I	H	40-45	Agglomération Caennaise
Dr J	H	30-35	Agglomération Caennaise
Dr K	F	35-40	Hors Agglomération Caennaise
Dr L	F	45-50	Hors Agglomération Caennaise
Dr M	H	35-40	Agglomération Caennaise
Dr N	F	35-40	Hors Agglomération Caennaise
Dr O	H	60-65	Hors Agglomération Caennaise
Dr P	H	35-40	Hors Agglomération Caennaise
Dr Q	F	45-50	Hors Agglomération Caennaise
Dr R	F	35-40	Agglomération Caennaise
Dr S	H	40-45	Hors Agglomération Caennaise
Dr T	H	45-50	Hors Agglomération Caennaise

Ecart-type tranche d'âge : 5-10 ans

ANNEXE 11

Tableau 5 : Descriptif de l'année d'obtention de thèse, de l'activité et de la patientèle des praticiens

Médecins	Thèse	Lieux exercice	Visites	Vacations	Age de la patientèle
Dr A	1984	100% Cabinet	OUI	NON	Mixte
Dr B	2011	100% Cabinet	OUI	NON	Mixte
Dr C	2011	100% Cabinet	OUI	NON	Jeune
Dr D	2014	100% Cabinet	OUI	NON	Mixte
Dr E	1999	100% Cabinet	OUI	NON	Jeune
Dr F	2008	100% Cabinet	NON	NON	Médian
Dr G	1981	100% Cabinet	NON	NON	Agée
Dr H	1992	100% Cabinet	NON	NON	Jeune
Dr I	2003	100% Cabinet	OUI	NON	ND
Dr J	2014	100% Cabinet	OUI	NON	Jeune
Dr K	2010	100% Cabinet	OUI	OUI	ND
Dr L	1989	100% Cabinet	OUI	NON	Agée
Dr M	2006	100% Cabinet	OUI	NON	Mixte
Dr N	2008	100% Cabinet	OUI	NON	Mixte
Dr O	1995	100% Cabinet	OUI	NON	Mixte
Dr P	1979	80% Cabinet	OUI	OUI	Mixte
Dr Q	2013	100% Cabinet	OUI	NON	Agée
Dr R	1999	100% Cabinet	NON	NON	Mixte
Dr S	1998	100% Cabinet	NON	NON	Mixte
Dr T	2010	100% Cabinet	OUI	OUI	Mixte

Ecart-type année obtention thèse : 11.28

ANNEXE 12

Tableau 6 : Formations des médecins

Médecins	Formation	Commentaires
Dr A	NON	
Dr B	OUI	RPIB
Dr C	OUI	RPIB
Dr D	NON	
Dr E	NON	
Dr F	OUI	Auditeur libre en soirée d'addictologie
Dr G	OUI	Sans précision
Dr H	NON	
Dr I	NON	
Dr J	NON	
Dr K	NON	
Dr L	NON	
Dr M	NON	
Dr N	NON	
Dr O	NON	
Dr P	NON	
Dr Q	NON	
Dr R	OUI	RPIB
Dr S	NON	
Dr T	NON	

RPIB = Repérage Précoce et Intervention Brève

ANNEXE 13

Tableau 7 : Fiches SFA et prévention SPF

Médecins	SFA	SPF	Commentaires sur les fiches SFA
Dr A	NON	ND	
Dr B	OUI	ND	Vues et Lues
Dr C	NON	ND	
Dr D	NON	OUI	
Dr E	NON	OUI	
Dr F	NON	OUI	
Dr G	NON	ND	
Dr H	ND	ND	
Dr I	NON	ND	
Dr J	NON	ND	
Dr K	NON	ND	
Dr L	NON	OUI	
Dr M	OUI	ND	Vues et Lues
Dr N	NON	NON	
Dr O	NON	NON	
Dr P	NON	ND	
Dr Q	NON	OUI	
Dr R	OUI	ND	Vues, Lues, Utilisées
Dr S	OUI	OUI	Vues et Lues
Dr T	NON	OUI	

SFA = Société Française

d'Addictologie

SPF = Santé Publique France

ANNEXE 14

Les entretiens

Entretien Dr A

Avant de commencer, j'aimerais préciser le cadre de votre exercice : travaillez-vous exclusivement en cabinet, ou avez-vous des visites à domicile ? Des vacations au CHU de Caen ?

Alors moi je travaille au cabinet, en consultation. Je fais 1 à 3 visites par jour maximum. En général je fais en moyenne « grosso modo » une visite par jour.

Je travaille aussi à l'ICB, c'est-à-dire Camille Blaisot (*une association Calvadosienne pour la sauvegarde de l'enfance à l'adulte, NDLR*), je suis médecin de... on va dire de référence pour les infirmiers. Et du coup à l'IME juste à côté. C'est pour les enfants en difficultés par rapport à l'ICB, et je les vois une fois par an. C'est un contrat.... Et si besoin ils viennent aussi ici au cabinet, en consultation. Donc ça permet aussi de faire un passage au médecin... comment vais-je dire... après quand ils deviennent plus âgés, de faire un passage sur le médecin traitant...

D'accord.

Et puis après il y a des jeunes qui restent...voilà... Je reste leur médecin traitant et d'autres qui vivent leurs vies autre part (rire).

(On parle en aparté d'une activité en tant que médecine humanitaire dans les années 1980, NDLR)

... Et aujourd'hui ? Votre patientèle ?

En fait, la patientèle elle vieillit souvent avec le médecin. C'est très régulier.

Après, j'ai beaucoup de patient sur le quartier (*Calvaire Saint Pierre, NDLR*) et donc des familles... les parents, les grands-parents, les petits enfants, les oncles et tantes. Et puis aussi des gens... comme on n'est pas loin de la faculté, des étudiants qui parfois continuent ici...

Un peu aussi les gens d'Hérouville ou du chemin vert, ou de la campagne, un peu.

C'est plutôt des gens sympas (rire).

En quelle année avez-vous eu votre thèse ?

En 1984.

Quelle est la proportion de vos patients avec une consommation problématique d'alcool ?

Alors là, ce n'est pas évident à dire.

Et qu'est-ce que vous direz problématique d'alcool, d'abord... ?

J'entends par là avec une « répercussion »... psycho-sociale...

Je ne peux pas vous dire en fait... (*Suivi d'une succession d'idées floues sans but précis, NDLR*)... Je suis aussi des patients qui ont des problèmes de toxicomanie, et il y en a qui sont passés par l'héroïne, puis le Subutex ®, puis l'alcool...

(Nous sommes interrompus par un coup de téléphone, NDLR)

Du coup on parlait du pourcentage... ?

Je ne sais pas.

Il y a des gens qui viennent... surtout ceux... je pense à ceux qui ont déjà une problématique d'addiction, qui sont suivis pour ça.

Et autrement, il faut essayer d'en parler... D'aborder le sujet.

Est-ce que vous abordez le sujet avec vos patients ?

Je pense que je l'aborde assez souvent. Mais ce n'est pas pour autant que les gens... On pose la question du tabac, puis après de l'alcool.

Je pense que le fait d'en avoir parlé, il y a des gens qui se disent qu'ils pourraient faire attention.

Autrement, il y en a pour lesquels on se propose de faire un petit calendrier de la consommation.

D'accord, et est-ce que vous utilisez d'autres outils ? Je pense par exemple au questionnaire AUDIT ?

Alors moi je ne suis pas tellement... (rire)

Je suis plutôt au feeling on va dire.

Les questionnaires... surement ça doit m'inspirer, mais je n'ai pas de truc précis.

Alors j'ai vu, à un moment donné j'avais mis... parce que j'avais déjà répondu à une enquête sur l'alcool, il y a... ?

Alors il fallait poser la question sur une semaine, à chaque patient, c'était assez lourd d'ailleurs.

C'était compliqué.

En cas de repérage positif, comment prenez-vous en charge les patients ?

Ça dépend du patient (rire).

Soit, déjà... Essayer d'évaluer les choses et de revoir la personne sur plusieurs consultations pour en parler.

Soit aussi les adresser en centre d'aide. (On parle du CSAPA Rive gauche). Là, c'est car il y a un accueil psychologique tous les jours, et puis les gens peuvent y aller comme ils veulent et puis aussi avoir accès à un médecin.

Alors c'est vrai que pour certain qui sont en demande de cure, j'ai plutôt l'habitude de voir avec... le CHR, soit les ESSART à côté de Rouen (*clinique d'alcoologie, NDLR*). Et d'autres qui sont allés dans la Manche. D'abord, la Manche, c'était plutôt en postcure après le CHR.

Si la problématique est parfois pas mal psychologique, on a un CMP juste ici sur le quartier. Là, ils ne vont pas s'occuper spécifiquement de l'alcool, mais ça peut amener à en discuter après.

Après, moi je... J'essaye de suivre les patients...

D'accord. Donc seriez-vous plutôt en faveur d'orienter les patients ?

Il y a les deux.

Soit le CAA pour faire ça en plus... Je pense faire une médecine où on parle pas mal. On peut dégrossir la problématique et puis après envoyer au CAA.

D'accord. Et en dehors de cet aspect, êtes-vous plutôt en faveur d'une approche pharmacologique ou psychothérapeutique ?

Psychothérapeutique.

Mais ça m'est arrivé les médicaments, parce que l'on a évolué dans les thérapeutiques médicamenteuses...

Parmi les médicaments suivants, lesquels prescrivez-vous le plus souvent pour un sevrage en alcool ? (*liste guide entretien, NDLR*)

Alors moi je sais que j'utilise plutôt les benzodiazépines. Seresta®, Valium®.

Quand il y a des problèmes.... Enfin il y a toujours des problèmes psychiatriques... ça m'est arrivé d'utiliser du Deroxat®.

Esperal® ? C'est encore commercialisé... ? On l'utilisait avant, mais maintenant moi je ne l'utilise plus.

Aotal® et Revia®... L'un ou l'autre j'ai pu l'initier ou alors les gens sont sortis avec après la cure.

Le Baclofène, gros truc. Moi je connais des gens qui sont sous Baclofène pour autre chose et qui boivent (rire).

(Nous sommes interrompus par un coup de téléphone, NDLR)

Voilà pour tout ça. Le Baclofène j'avais essayé de l'utiliser 1 ou 2 fois. Je ne sais pas s'il a l'AMM ?

Si, à 80 mg.

Ah oui... Donc ça ne fait rien (rire).

Et le Selincro® ?

Non, j'avoue que je... ça ne me dit rien.

Selon-vous, faut-il cibler une abstinence totale ou une consommation contrôlée ?

Ça dépend du patient.

Il y a des gens qui avec... en se disant que s'ils restent un petit peu... avec une consommation contrôlée ça va être tolérable et ça va être très bien.

En général, il y a tellement de pression pour qu'il y ait une abstinence totale que beaucoup de patient sont passés par un essai de consommation contrôlée en retombant dedans au bout d'un certain temps. Après, à ce moment-là, on peut éventuellement essayer de faire autrement.

Mais, il y en a d'autres, c'est l'abstinence totale. Il y a d'autres patients, c'est vraiment le but et ce qu'ils peuvent réussir.

Parmi les psychothérapies suivantes, lesquelles conseillerez-vous pour l'aide au maintien de l'abstinence ou d'une consommation contrôlée d'alcool ? *(liste guide entretien, NDLR)*

Alors j'avoue que bon... psychanalyse oui c'est possible (sceptique, NDLR).

Les approches motivationnelles et la TCC oui.

Méditation de pleine conscience, ça c'est à la mode, c'est nouveau (rire). Ça peut être le cas mais il faut trouver un endroit où les gens peuvent utiliser ça.

Approche systémique familiale, groupe de parole, oui. Les alcooliques anonymes, ça c'est qu'il y a des gens objectivement qui sont très bien avec ça et qui leur permet de tenir le sevrage.

Intégrez-vous la famille du patient dans la prise en charge ? Si oui, comment ?

Alors souvent, la famille téléphone... ça arrive assez souvent que quand quelqu'un vient, il vient avec son conjoint, ou son fils ou sa fille. Ou son père d'ailleurs (rire).

Il y a des gens qui viennent d'emblée avec de la famille et puis il y a aussi... Quand la famille demande à parler, même si je ne la connais pas, oui ça peut arriver mais ça va être ponctuel plutôt. Sauf si je connais la famille et que... on parle en général des problèmes du couple...

Vous arrive-t-il de rencontrer le conjoint du patient pour parler du problème ?

Ponctuellement, oui. Ça peut arriver. Souvent c'est parce que ce sont des patients aussi. Des patients du quartier...

Selon vous, est-ce que la manière d'apprendre le trouble de l'usage de l'alcool modifie t'il la prise en charge thérapeutique du patient ?

Oui, il y a tous les cas de figure ... Par rapport à... Quelques fois par exemple si euh... Voilà... Qu'on a essayé d'aborder l'alcool mais que ça ne répond pas tellement, on peut toujours faire des gamma-GT ou VGM. Et puis voilà. Ça permet d'aborder plus sérieusement le problème... Et puis de... Ou d'avoir de la matière pour discuter... Voilà, en se disant qu'il y a déjà un retentissement au moins somatique sur le... Ou biologique de l'alcool sur le... Sur l'individu. Et ça permet d'avoir de la matière.

Et pour la suite, pour la prise en charge au long terme ?

Oui, aussi pour suivre plus tard. C'est vrai que le support biologique est quand même intéressant autant pour suivre l'abstinence, ou si les consommations explosent. Et aussi pour en parler. C'est plus facile pour en parler d'avoir un support biologique.

Et est-ce que selon vous (*je fais signe de la main pour parler du passé, NDLR*) ça change quelque chose pour l'observance, la compliance du patient pour sa prise en charge ?

On peut très bien... par exemple, je pense à une patiente. Bon, on a parlé d'alcool, à chaque consultation, bon eh bien à un moment on propose des gammas GT. Parce ce que les gammas GT c'est ciblé alcool.

Et donc il y a des gens qui vont dire : « Oui... je veux bien savoir ou j'en suis » et d'autres qui vont dire « non ». Ca va peut-être servir à la personne de ce dire qu'il faut qu'elle revoie sa consommation, mais ils ne sont pas forcements prêts à affronter un résultat. Même si celui-ci est, au début, normal et que ça ne monte pas si vite que ça.

Proposez-vous d'autres approches ?

... non...

(*Je donne des exemples, NDLR*)

Médiation corporelle ?

Alors médiation corporelle, alors rapport à l'alcool... Moi j'aime bien aborder les choses par le corps, mais pour l'alcool spécifiquement... (*sceptique, NDLR*). Mais c'est vrai que quelque fois, rien que de dire « vous allez vous faire suivre » même par un kinésithérapeute dont on sait qu'il a une approche globale, je pense que c'est intéressant pour faire évoluer la personne d'une autre façon. Par rapport à l'alcool, je n'ai pas de souvenir de l'avoir utiliser pour ça.

L'activité physique ?

Ah oui. L'activité physique c'est bien.

Les approches occupationnelles ?

Alors approches occupationnelles. Alors moi je pense que la médecine générale nous permet d'aborder plein de tout ça. Enfin si on s'intéresse un peu à la personne, on s'intéresse à ce qu'il fait, etc. Le pousser à aller marcher, faire de la natation, du vélo, etc... Alors occupationnelle, je pense que j'essaye de donner des idées d'occupations, de choses à faire, de spectacle à voir, de truc gratuit qui existent...

Et les médecines parallèles ?

Comme ?

L'acupuncture, la médecine chinoise, l'homéopathie...

**Alors pour... Je ne suis pas du tout fermé à ça. Pour l'alcool précisément je ne sais pas si c'est... (sceptique, NDLR).
Ça m'est arrivé d'envoyer chez l'acupuncteur, mais pour des mal-être globaux...**

Avez-vous bénéficié de formations pour la prise en charge du trouble de l'usage de l'alcool ?

Non, sur l'alcool précisément non. J'avais fait des formations sur l'addictologie... héroïne...

La Société Française d'Alcoologie (SFA) a émis en 2015 des recommandations de bonnes pratiques sur la prise en charge du mésusage de l'alcool, avec notamment des fiches pour la médecine générale (*questions guide entretien, NDLR*)

Alors oui les trucs du verre standard, ça fait longtemps que ça tourne... (N'apporte pas d'autres éléments de réponse)

De même, avec-vous connaissance de la campagne en cours de Santé Publique France sur le mésusage de l'alcool ?

(*Sans réponse, NDLR*)

Selon vous, l'alcoolodépendance est-elle une maladie aiguë ou une maladie chronique ?

Chronique.

Après, il y a des jeunes qui vont être en groupe pendant un certain temps, qui vont pas mal boire, et il suffit quelques fois qu'un jeune se mette en couple, et ça baisse totalement... Et donc dans ce cas-là, on dira peut-être que c'est seulement « aigu » sur un lapse de temps...

Ça dépend de l'environnement et de la problématique... A ce moment-là ça ne sera pas forcément chronique.

Selon vous, les spécificités du patient alcoolodépendant induisent-elle une différence dans votre prise en charge par rapport à une autre maladie chronique, comme le diabète ou l'insuffisance cardiaque ? Si oui, lesquels ?

De toute façon, en médecine générale, on essaye de se mettre... Essayer de comprendre comment le patient réagit, comment il est dans son environnement, pour essayer de... faire se rendre compte des problématiques...

Pour moi, c'est des trucs de médecine générale.

Face à ces patients, ressentez-vous des difficultés spécifiques quant à la prise en charge ?

Ah oui, la prise en charge n'est pas facile. Il faut essayer de se rendre compte que l'on ne pas quelques fois...

Nous avons fini avec les questions, souhaitez-vous rajouter quelque chose que je n'aurais peut-être pas demandé ?

RAS

Entretien Dr B

Avant de commencer, j'aimerais préciser le cadre de ton exercice : travailles-tu exclusivement en cabinet, ou as-tu des visites à domicile ? Des vacances au CHU de Caen ?

Je suis collaboratrice et je serais associée en juin. Ça fait 6 ans... Donc on est en binôme avec une collègue.

On fait des demi-journées de consultations chacune, et le reste de la demi-journée, soit on est libre soit on fait des visites.

Et on est un groupement où on est 5 médecins généralistes. Et une pédopsychiatre qui part et je reprendrais son local à partir de juillet.

De même, quel est le type de ta patientèle ?

C'est quand même assez mixte parce qu'il y a le Chemin Vert, assez défavorisé, et des familles un peu plus bourgeoises par ici, on a aussi quelques jeunes en foyer.

Question de détail, en quelle année as-tu eu ta thèse ?

En 2011.

Quelle est la proportion de tes patients avec une consommation problématique d'alcool ?

Je pense qu'il y en a beaucoup. Des vraies dépendances, j'en voie 4 ou 5 dans ma patientèle.

Et une consommation nocive, beaucoup plus. Mais bon, est-ce qu'on les dépiste tous... ?

Et en parler c'est plus compliqué. Avec le tabac, je pose la question à chaque fois : « où en êtes-vous ? », mais l'alcool c'est beaucoup plus difficile.

Comment explores-tu la consommation d'alcool de tes patients ?... Pour évaluer la consommation d'alcool...

Alors c'est vrai que c'est difficile à « placer » quand on n'a pas une raison particulière...

(Parle des difficultés citées au-dessus, NDLR).

Quand on a un motif de consultation qui prête à ça, je trouve que c'est facile de la poser, pour un trouble du sommeil, un bilan biologique perturbé, un amaigrissement... des choses comme ça, je trouve que c'est facile de poser la question.

Mais sinon... On devrait le faire pour tout le monde, mais...

Mais ce n'est pas systématique.

Et parfois, en fonction de la clinique ?

Oui, c'est plus facile. Par exemple une découverte d'hypertension, là on cherche... Dans le cas d'un syndrome anxio-dépressif, on demande...

Mais pour le tout-venant... on ne le fait pas.

En cas de repérage positif, comment prends-tu en charge les patients ?

Eh bien, j'essaye de voir effectivement si c'est uniquement... enfin si la personne a conscience du mésusage.

Et après, souvent je décris les unités... enfin je rappelle les unités d'alcool en fonction des degrés, et puis... je rappelle les normes OMS. Je pense que ça permet qu'il prenne conscience qu'il est un peu trop au-dessus, ou pas, et

après j'essaye de voir si lui ressent des effets néfastes. S'il en trouve, des effets néfastes à l'alcool. Mais c'est vrai que souvent il y a un déni.

Et est-ce que tu utilises des médicaments ?

Pas souvent, ce n'est pas évident. Alors c'est vrai que quand il y a une demande avérée de sevrage... enfin c'est quand même des cas très particuliers.

C'est pour... l'Aotal®, c'est ça ?

Non pas particulièrement, ce sera une question plus tard. C'est pour savoir si tu es plutôt médicament ou psychothérapie ?

C'est assez populaire ici, les psychothérapies ce n'est pas évident. Et puis tout le travail, c'est qu'il faut qu'ils acceptent qu'ils aient un problème avec ça. Et nous, je pense que c'est vraiment notre rôle.

Et quand le patient il est conscient qu'il a vraiment un souci, alors là on peut faire autre chose.

Mais après....en premier recours, je trouve que c'est quand même ça.

Sinon, moi souvent je les adresse au CSAPA.

Parmi les médicaments suivants, lesquels prescrits-tu le plus souvent pour un sevrage en alcool ?

Les Benzodiazépines ?

Le sevrage en ambulatoire... pour les patients qui sont dépendants, j'utilise les Benzodiazépines. Et souvent je demande un petit avis, pour les doses, etc. Donc j'appelle le CSAPA, des choses comme ça. Et plutôt le Seresta®, pour la durée de vie qui est plus courte.

Les neuroleptiques ?

Les neuroleptiques non, enfin je ne les utilise pas dans l'alcool.

Les antidépresseurs ?

Oui, s'il y a une dépression sous-jacente avérée. Mais pas dans le sevrage aigu, non.

L'Acamprosate (Aotal®) ?

En matière d'abstinence, ça m'arrive de l'utiliser.

La Naltrexone (Revia®) ?

RAS

Le Disulfiram (Esperal®) ?

Je ne connais pas.

Le Baclofène (Lioresal®) ?

Je ne sais pas l'utiliser, moi...

Le Nalméfène (Selincro®) ?

Je ne connais pas non plus...

Selon toi, faut-il cibler une abstinence totale ou une consommation contrôlée ?

Ça dépend des patients.

Si les gens me disent qu'ils ne peuvent pas résister, qu'il y a une vraie dépendance, et dans ce cas-là ce n'est pas moi qui les gère, donc je me dis que c'est mieux qu'ils aient un sevrage total.

Et consommation contrôlée, oui dans les usages nocifs sans dépendance. Je trouve que c'est pas mal de viser ça, parce que je trouve que c'est plus acceptable pour eux, et on arrive mieux à les... enfin à ce qu'ils.... changent leur comportement.

Parmi les psychothérapies suivantes, lesquelles conseillerais-tu pour l'aide au maintien de l'abstinence ou d'une consommation contrôlée d'alcool ?

La psychanalyse ?

Pas la psychanalyse.

L'approche motivationnelle ?

Oui.

Les TCC ?

Oui.

La méditation de pleine conscience ?

Moi je n'y connais rien, c'est plus les patients qui m'en parle beaucoup en ce moment.

L'approche systémique familiale ?

Oui, ce doit être intéressant. Après, je ne leur en parle pas spontanément.

Les groupes de parole ?

Oui, mais ce n'est pas évident. Il faut qu'ils soient bien entourés, ou... parfois ils ne veulent pas exposer leurs problèmes à un groupe.

Intègres-tu la famille du patient dans la prise en charge ?

Oui, parce que souvent on est bien obligé. Parfois, c'est par le conjoint ou par les enfants qu'on... qu'ils nous amènent ce problème.

T'arrives-t-il de rencontrer le conjoint du patient pour parler du problème ?

Oui, ou les enfants.

Selon toi, est-ce que la manière d'apprendre le trouble de l'usage de l'alcool modifie t'il la prise en charge thérapeutique du patient ?

Oui, parce que ça veut dire que le patient lui-même n'est pas forcément demandeur de changer ses comportements. Et puis parfois, il y a un déni énorme...

Proposes-tu d'autres approches ?

(Silence, NDLR)

(Je cite des exemples, NDLR)

La médiation corporelle ?

Ah non, pas du tout.

L'activité physique ?

Ah ça oui.

L'approche occupationnelle ?

Oui, pourquoi pas...

Les médecines parallèles ?

Oui, des fois. L'acupuncture, plus pour faire un dérivatif qu'on s'occupe de soi.

Des fois, alors ce n'est pas la médecine parallèle, mais les envoyer chez le kinésithérapeute quand ils ont des douleurs... Pour qu'ils prennent soin de leur corps...

Mais homéopathie non...

As-tu bénéficié de formations pour la prise en charge du trouble de l'usage de l'alcool ?

Oui j'ai participé à une formation sur le repérage précoce et l'intervention brève il y a quelques temps...

La Société Française d'Alcoologie a émis en 2015 des recommandations de bonnes pratiques sur la prise en charge du mésusage de l'alcool, avec notamment des fiches pour la médecine générale (*questions guide entretien, NDLR*)

(Je lui montre les fiches, NDLR)

Oui, je les ai déjà vu lors de ma formation, enfin pas sous cette forme... Je les veux bien (rire)

Selon toi, l'alcoolodépendance est-elle une maladie aiguë ou une maladie chronique ?

Chronique.

Selon toi, les spécificités du patient alcoolodépendant induisent-elle une différence dans votre prise en charge par rapport à une autre maladie chronique, comme le diabète ou l'insuffisance cardiaque ?

Ça dépend des patients. Encore une fois, s'ils sont dans le déni...

Face à ces patients, ressens-tu des difficultés spécifiques quant à la prise en charge ?

Oui tout à fait... Surtout avec les patients qui sont dans le déni...

Nous avons fini avec les questions, souhaites-tu rajouter quelque chose que je n'aurais peut-être pas demandé ?

Non.

Entretien Dr C

Avant de commencer, j'aimerais préciser le cadre de ton exercice : travailles-tu exclusivement en cabinet, ou as-tu des visites à domicile ? Des vacations au CHU de Caen ?

Oui, donc moi je suis installé depuis... 2014.

Donc médecin généraliste libéral, je n'ai pas d'autres activités. Je suis installé dans le quartier de la Guérinière. Depuis toujours, enfin depuis que je suis installé.

Je ne fais que de la consultation sur rendez-vous et j'ai des créneaux de visites... j'ai une matinée de visite le lundi matin. Et puis après entre midi et deux... je reste là entre midi et deux, donc si j'ai besoin je fais aussi des visites entre midi et deux. Je bosse 4 jours par semaine dans un cabinet de groupe où on est 4. Le samedi matin, il y a des consultations libres pour les urgences du cabinet, donc il y a 1 médecin présent sur les 4.

Et le jour où je ne travaille pas, je me fais remplacer.

C'est ce que tu voulais savoir ?

Je me demandais, vu que tu es à côté, est-ce que tu fais des visites à Mondeville ou à Ifs ?

Oui, je fais des visites à Ifs et à Cormelles. Mais l'essentiel de ma patientèle est circonscrite au quartier.

C'est ma question d'après (rire). Quel est le type de ta patientèle ?

(Rire) Ma patientèle a des grandes particularités, parce qu'elle est de la classe populaire. Donc du coup j'ai des patients du quartier, donc typiquement d'ici... donc de quartier populaire... 50% de CMU, des gens qui ont l'AME, des gens qui ne sont pas français, des gens qui sont d'origine étrangère mais aussi des étrangers... qui n'ont pas la nationalité française, des pauvres... beaucoup... des gens du quartier quoi.

Je dois aussi avoir quelques bobos, une minorité, qui me viennent de mon réseau, des gens qui me connaissent, voilà quoi.

Mais sinon l'essentiel de ma population est une population précaire, enfin qui multiplie les facteurs de précarité. Du coup j'ai une population assez jeune, parce que les gens, s'ils s'en sortent d'ici (*montre le quartier du doigt, NDLR*), ils déménagent, ou ils meurent jeunes, c'est-à-dire en fait que j'ai peu de personnes âgées parce que les prolétaires ils meurent vite... soit de complications cardio-vasculaires soit de cancer.

Du coup j'ai une population globalement jeune, avec pas mal de pédiatrie.

Et puis comme les médecins s'occupant des personnes vulnérables ou précaires sont dans les mêmes réseaux de soin, mon nom circule aussi chez les gens de la maraude, chez les gens de la rue, chez les mineurs isolés, les demandeurs d'asile...

Et les migrants sur Ouistreham ?

Non pas du tout, mais ça m'a déjà été demandé... En fait, je soignais déjà des gens adressés par les CADA avant la crise actuelle, depuis 2 ou 3 ans. Mon prédécesseur voyait déjà des gens des CADA, et moi aussi, avant la crise Syrienne. Donc ça fait déjà partie de mon activité, je n'ai pas besoin de me racheter une petite conscience en allant faire du bénévolat, j'en fais déjà tous les jours (rire).

En quelle année as-tu eu ta thèse ?

Alors, je suis installé depuis 4 ans et demi et j'ai fait 3 ans de remplacements avant. J'ai dû avoir ma thèse en 2011... Oui c'est ça, j'ai fait 3 ans de remplacement puis je me suis installé.

D'accord. Alors du coup on rentre... Comme ça, ça m'a permis de comprendre à qui je parlais...
Quelle est la proportion de tes patients avec une consommation problématique d'alcool ?

Et bien là je vais faire une bonne technique de communication. Je vais répondre à une question par une question. Ça dépend ce que tu entends par consommation problématique.

Ce que j'entends par là, c'est une consommation qui a des retentissements au niveau de la santé, judiciaires, sociaux...

Oui alors on partage la même définition. Mais d'autres personnes ont des définitions différentes, par exemple ils peuvent avoir un jugement moral.

Oui c'est vrai qu'avec une population étrangère la question de l'alcool doit être difficile voire même tabou pour certaines populations...

Oui tabou parfois. Mais tu vois, je pose systématiquement la question de l'alcool.

Toi, c'est systématique ?

Oui, à la première consultation, je pose la question des antécédents. Est-ce que vous fumez, est-ce que vous prenez de l'alcool, est-ce que vous prenez des produits stupéfiants... Après ils ne sont pas obligé de me répondre (rire). Mais je pose systématiquement la question, quelle que soit la tête du patient, même si je suspecte à leur apparence qu'ils puissent être musulmans par exemple et qu'ils ne doivent pas boire de l'alcool. Mais je m'en fou, c'est systématique.

D'accord. Et tu as une idée de la proportion de tes patients avec une consommation problématique ?

Oui, bon forcément c'est du pifomètre, mais je dirais entre 10 et 20%. Oui, 15%... 15-20%...

D'accord. Donc tu explores systématiquement ? Avec une question, ou avec un outil... ?

Oui, systématiquement.

En premier, j'ai plusieurs techniques de dépistage. Déjà je demande tout le temps la question lors de la première consultation, ça fait partie des mêmes questions que... leur nationalité... parce que des fois ils peuvent être noirs et français, je ne peux pas savoir...

Donc je pose tout le temps la question de leurs statuts administratifs, de leurs métiers, de leurs antécédents médicaux, de leurs traitements habituels, mais aussi alcool, tabac et stupéfiants.

Tout le temps. Ça, c'est la première chose.

Après, je fais... C'est important que tu saches que j'ai fait une formation en... Ah mince, trou de mémoire (rire)...

J'ai une question là-dessus plus tard, ça te reviendra certainement d'ici là. Ou on peut la faire maintenant ?

Non, t'inquiètes, fais ton truc.

Donc je pose aussi la question devant des stigmates biologiques, des suspicions cliniques, devant la découverte d'une hypertension, devant des suspicions de violences subies ou perpétrées.

Enfin... je parle très facilement de l'alcool et des stupéfiants.

D'accord, et justement, en cas de repérage positif, comment prends-tu en charge les patients ?

Repérage Précoce et Intervention Brève (RPIB), voilà, merci (rire). Je me suis formé à la RPIB.

D'accord (rire). Et en dehors des interventions brèves, est-ce que tu utilises des médicaments, des psychothérapies, autres chose ?

Ça dépend.

Déjà, moi je ne fais pas de la médecine paternaliste. Donc, c'est vrai...je te jure... (Rire) la dernière fois où j'ai été confronté à cette situation, c'est la consultation avant que tu arrives. Donc à partir du moment où j'ai repéré la consommation problématique d'alcool, je dis toujours à mes patients qu'on peut s'en occuper, moi et eux...ou il ou elle. Et ensuite je les laisse tout le temps reprendre rendez-vous avec moi ou pas pour s'en occuper.

Tu ne fixes pas un rendez-vous à priori ? Tu attends qu'eux reviennent ?

Oui, toujours. Enfin je leur conseille toujours une consultation dédiée, je vais te dire s'il l'a prise (rire).

Mais je ne le fais pas à leur place parce que... Oui il la prise (rire)... parce que je considère que déjà c'est thérapeutique en soit, avec une visée dynamique de changement. Mais si les gens n'ont pas envie de changer, je peux leur faire toute la morale que je veux, les répercussions somatiques, sociales, familiales de l'alcool, ça ne fonctionnera pas. Voilà.

Du coup, la première chose que je fais quand j'estime qu'il y a une consommation problématique, c'est déjà de leur dire qu'on peut s'en occuper, que je suis là et que ça peut faire partie de mon travail, et que je suis à leur disposition s'il le souhaite. Mais, je les laisse faire.

Après, sur les techniques que j'utilise, j'ai envie de te dire que ça dépend. Ça dépend de la situation. Ça dépend déjà si ils sont alcoolodépendants ou pas, ça dépend si ils sont motivés ou pas, ça dépend si ils ont plusieurs addictions ou pas.

D'accord, donc ça conditionnera aussi le type de médicament ?

Oui ça conditionne est-ce que je le fais tout seul ou avec quelqu'un...

D'accord, donc tu n'as pas d'à priori ? C'est en fonction de la situation ?

Exactement. Ça dépend.

Parmi les médicaments suivants, lesquels prescristu le plus souvent pour un sevrage en alcool ? (*liste guide entretien, NDLR*)

Alors, si c'est un sevrage, je fais un protocole aux Benzodiazépines que je fais en externe.

S'il y a un syndrome dépressif, les antidépresseurs je ne les utilise pas... Absolument pas en médicament du sevrage ni comme un médicament du maintien de l'abstinence. Eventuellement, je l'utilise comme un médicament du syndrome dépressif s'il est associé, ce qui arrive assez souvent. Dans ces cas j'utilise la Paroxétine. Mon protocole pour le sevrage c'est de l'Oxazépam. Et quand j'utilise un antidépresseur, j'utilise quasiment tout le temps la Paroxétine.

Je n'utilise pas de neuroleptiques, et en ce qui me concerne, pour les prescriptions qui m'appartiennent, je ne prescrist aucun médicament de maintien de l'abstinence.

D'accord. Tu n'en prescrist pas ? Ça t'arrive d'en renouveler ?

Oui ça m'arrive, rarement mais ça m'arrive.

Ah... j'avais mal compris la question.

Alors non j'en ai jamais mis ni sous Naltrexone ni sous Acamprosate. Pour ce qui est du Baclofène, vu que je suis un lecteur de prescrire, pour moi ça augmente la mortalité donc je ne le prescrist pas.

D'accord, et pour l'aide au maintien de l'abstinence ? Et d'une consommation contrôlée ?

Autant je prescrist des médicaments pour le sevrage s'il y en a besoin... Donc pour les alcoolodépendants.

Sinon je te dis tout de suite que j'ai peu de... j'ai dû avoir un ou deux succès... mais j'ai peu de... d'espoir sur les sevrages en ambulatoire. Voilà... à moins que les gens ne soient très motivés et entourés... c'est difficile.

Et je ne pense pas, ça c'est ma croyance, en l'efficacité d'une quelconque pharmacopée pour le maintien de l'abstinence.

D'accord. Et pour toi, faut-il cibler une abstinence totale ou une consommation contrôlée ?

Ça dépend, ça dépend de ce que l'on cherche.

D'une façon générale, dans mon approche médicale, je suis plutôt en faveur d'une approche pour la réduction des risques. Pour l'alcool, comme pour le reste soit dit en passant.

Humm donc moi je dis... encore une fois ça dépend... Si c'est une consommation problématique, s'il n'y a pas de dépendance physique donc pas besoin de sevrage, je pense qu'on peut essayer d'atteindre ce que l'on appellerait une consommation raisonnée.

En ce qui concerne les gens alcoolodépendants, donc qui nécessitent avant tout un sevrage en alcool avant de penser quoi que ce soit d'autre... Les alcoolodépendants rechutent souvent (*sceptique, NDLR*)... comme tous les alcoolodépendants... donc j'ai plutôt tendance à viser... A viser ? Moi je ne vise rien du tout...

A conseiller une abstinence totale pour les alcoolodépendants et on va dire une consommation raisonnée pour les non-alcoolodépendants. Mais bon, en même temps, c'est ce que je conseille. Ce qui ce passe derrière.... (Rire)

Parmi les psychothérapies suivantes, lesquelles conseillerais-tu pour l'aide au maintien de l'abstinence ou d'une consommation contrôlée d'alcool ?

Bah déjà moi le problème de la psychothérapie, je l'ai dit à la première question que tu m'as posée : quelle est ma patientèle ?

Oui c'est vrai... peut-être avec des CMP ?

Oui, alors t'a déjà essayé de prendre rendez-vous avec un CMP ?

J'ai fait de la psychiatrie pendant 2 ans, et c'est très long comme attente, parfois 5-6 mois.

Oui c'est très long...

(On parle en aparté de la localisation des CSAPA, NDLR)

Donc mon avis sur la psychothérapie en CMP, est...

J'aimerais bien, mais je pense que c'est difficile à faire et en plus j'ai un gros problème avec la sectorisation du CMP... Ici c'est Caen Est, donc derrière le monoprix en plein centre-ville... alors déjà que pour mobiliser mes patients pour faire une psychothérapie c'est difficile, si en plus je leur dis qu'ils font qu'ils descendent en ville pour aller voir un CMP... donc il y a un problème d'accessibilité, en gros pour les gens d'ici c'est au minimum 30 minutes de marche... minimum (*septique, NDLR*).

Et puis, bon ça c'est la première chose. Ensuite, en libéral, c'est payant donc c'est compliqué vis-à-vis de ma patientèle.

Ensuite, dans les CSAPA. Dans les CSAPA il y a des psychologues. Mais là du coup à partir du moment qu'ils vont dans des CSAPA je les adresse pour une prise en charge globale.

Et sinon, je tente de faire ce que je peux avec mes petits moyens... Mais je ne suis pas psychologue.

Oui, tu es médecin, pas psychologue.

Même si j'en ai une appétence parce que c'est plutôt la partie du travail qui me plaît... vu que mon amoureuse est psychologue (rire). Mais je ne suis pas psychologue, donc je ne sais pas faire de psychothérapie.

C'est vrai. Du coup, est-ce que peux avoir ton avis tout de même sur les psychothérapies ?

Oui.

Alors la psychanalyse ?

Hum... bon ça dépend de pourquoi les gens boivent. Si les gens ils boivent en considérant la molécule alcool comme un anxiolytique lié à un parcours de vie, pourquoi la psychanalyse ne pourrait pas avoir une efficacité pour les rasséréner et du coup.... voilà...

C'est une bonne réponse de normand ça (rire).

D'accord, les approches motivationnelles ?

C'est ce que moi je mets en place, dans la limite de ma formation. Mais c'est celle que je mets en place parce qu'elle est accessible, aussi bien en termes de théorie qu'en terme de pratique.

J'y crois, et je le fais.

D'accord. Les TCC ?

Bon les TCC, je ne sais pas.

Les TCC, elles nous sont servies à toutes les sauces quand tu écoutes ou qu'on parle de psychologie en médecine comme... C'est très bien l'evidence based medicine, mais parfois on a la face... plus sombre... En médecine, quand c'est psy = TCC. Donc je ne sais pas, je ne connais pas.

D'accord. La méditation de pleine conscience ?

Je... Si des gens qui utilisent la méditation de pleine conscience peut-être... Mais je n'y connais rien donc je ne sais pas. Je ne sais pas. Je n'ai pas d'avis sur la question parce que je ne connais pas.

D'accord. L'approche systémique familiale ?

Pareil... Je crois plutôt par expérience personnelle en tant que praticien...il y a souvent des répétitions de schémas dans l'utilisation d'alcool. Et encore une fois, si quelqu'un boit parce que il s'est fait tapé dessus par son père qui lui-même buvait et ainsi de suite, pourquoi pas.

Enfin, pour avoir l'accès à une thérapie systémique familiale (*sceptique, NDLR*)... De manière générale c'est parfois compliqué alors pour mes patients...pffff (*sceptique, NDLR*)... alors que ce serait parfois bien utile.

Je suis d'accord avec toi. Et les groupes de parole ?

Alors, si on considère ça comme une psychothérapie... C'est plutôt quelque chose à laquelle j'accorde une importance... et une efficacité.

D'accord. Est-ce que tu intègres la famille du patient dans la prise en charge ?

Ça dépend.

Déjà comme tu le sais je suis tenu par le secret médical (rire)... donc ça dépend si le patient le souhaite. Et si le patient en est demandeur.

En tout cas je n'intégrerais pas la famille du patient dans une prise en charge globale si le patient ne le souhaite pas, parce que sinon je romps le secret médical.

Hum, c'est la première réponse que je suis obligé de te faire, et que je te fais (rire).

La deuxième, si je pense qu'il y a une spécificité de l'alcool par rapport à toutes les autres problématiques d'addiction, qu'elles soient avec ou sans objet, c'est justement le débordement de l'addiction sur le cadre familial.

Alors voilà, je ne cite pas d'articles médicaux pour ça, c'est une croyance. Je le pense et c'est vraiment une croyance. Que l'addiction déborde et que ça a des répercussions sur la famille.

D'accord, et t'arrive-t-il de rencontrer le conjoint du patient pour parler du problème ?

Si le patient ou la patiente m'en a... Oui...

Mais jamais en l'absence du patient. Sinon, rupture du secret médical.

Même si le patient a donné son aval ?

Oui... pourquoi pas, mais ce n'est pas trop ma façon de faire.

Selon toi, est-ce que la manière d'apprendre le trouble de l'usage de l'alcool modifie t'il la prise en charge thérapeutique du patient ?

Bien sûr. Ne serait-ce que... clairement...

Ne serait-ce que par les...

Moi je crois à l'alliance thérapeutique pour soigner les patients, que ce soient les patients addictifs ou le reste d'ailleurs. Donc si je l'apprends fortuitement, ou alors que c'était caché, ce genre de chose, ba déjà en termes d'alliance on part de plus loin, donc... oui ça va changer des choses.

D'accord. Est-ce que tu proposes d'autres approches ?

Euh... En fonction du... Je ne sais pas trop.

En fait à partir du moment qu'il y a une consommation problématique, que je l'apprenne fortuitement, par exemple (rire), moi j'ai souvent des demandes des SPIP (*m'explique ce que c'est, NDLR*). Donc tout dépend de ce que veulent faire les gens de leur consultation. Donc mon approche après... Je n'ai pas de schéma. Ils y en a qui me le disent tout seul, c'est rare que j'aie des patients qui me disent "voilà, j'ai des problèmes d'alcool", sauf les alcoolodépendants et puis ça se voit, sinon je l'apprends et qu'est-ce qu'il va se passer dans la dynamique des consultations à venir.

Tu vois, je n'ai pas une idée toute faite : "je la prends comme ça, ou comme ça" (rire). Je suis incapable de te répondre.

En tout cas, je considère que ce n'est clairement pas quelque chose de banal et que je vais systématiquement proposer de prendre en charge.

Avec un doute toutefois... s'il faut que je sois honnête avec toi, parce que le but ce n'est pas de te séduire ou de me montrer sous un jour favorable (rire). Justement j'ai du mal avec le... parce que parfois il y a des gens qui ont des obligations de soins avec le SPIP parce qu'ils se sont fait taper avec de l'alcool, soit injures à des policiers, ou alcool au volant, ce genre de chose. Euh j'ai du mal à voir l'utilité thérapeutique dans ces cas-là. Tu vois, l'alcool en aigu avec des problèmes judiciaires, bon éventuellement je peux parler du côté désinhibant de l'alcool, mais je pense que c'est rarement des gens qui ont un problème avec l'alcool. Ce n'est pas par la voie judiciaire que je vois la plus... que la partie problématique de l'alcool me semble la plus pertinente.

D'accord. Oui ensuite, tu m'as déjà répondu en début d'entretien... Est-ce que tu as eu des formations sur la prise en charge de l'alcool ?

Oui, j'ai été formé à la RPIB, que j'utilise du coup. Formé à l'ancienne maison des addictions, il y a 2 ans je crois.

D'accord. La Société Française d'Alcoologie a émis en 2015 des recommandations de bonnes pratiques sur la prise en charge du mésusage de l'alcool, avec notamment des fiches pour la médecine générale (*questions guide entretien, NDLR*)

Alors moi j'utilise ça (*me montre des brochures, NDLR*). Je ne sais pas si c'est la SFA qui édite ça. Non, c'est l'ANPAA. Donc j'utilise ceux de l'ANPAA.

(Je lui montre les fiches de la SFA, NDLR)

Oui, oui... c'est pareil : les verres standards, l'AUDIT...

C'est la société française d'addictologie ? Oui ce doit être basé sur des travaux qui sont...

Mais j'utilise assez facilement l'histoire des verres standards, parce que justement tu te rends compte que c'est souvent sous-évalué.

Et est-ce qu'il y a l'histoire de l'âge ? Parce que là... ils ne parlent pas des personnes âgées.

Il n'y a pas la spécificité pour les personnes âgées, où les taux sont encore plus bas.

Bon on va dire que tout ce que tu me donnes là, c'est les outils que j'utilise. En même temps, ce sont les outils qui sont actuellement utilisés quoi...

Oui (rire). Selon toi, l'alcoolodépendance est-elle une maladie aiguë ou une maladie chronique ?

Et bien ça dépend. L'alcoolodépendance ?

Oui

Je pense que l'alcoolodépendance est une pathologie chronique.

A la fois quand on est dépendant les gens ne peuvent pas s'empêcher de boire, et puis on sait, en même temps c'est une de mes techniques d'entretien motivationnel, de dire que la rechute fait partie du processus de l'abstinence, mais donc un alcoolodépendant risque de l'être toute sa vie. C'est la façon dont je vois les choses. Pour l'alcoolodépendance, on est bien d'accord ?

Oui, c'était pour l'alcoolodépendance cette question. Et selon toi, les spécificités du patient alcoolodépendant induisent-elle une différence dans votre prise en charge par rapport à une autre maladie chronique, comme le diabète ou l'insuffisance cardiaque ?

Je réfléchis avant de répondre.

Je pense que déjà de soigner une maladie chronique c'est tout le temps compliqué, et qu'en fait, si le diabète et l'hypertension ça se soignait comme dans les livres, ce serait simple. Avec les gens qui arrêtent leur traitement, ceux qui ont une représentation de leur maladie qui est erronée.

Je pense du coup que ça fonctionne comme une maladie chronique.

Je pense aussi qu'on connaît une problématique spécifique, et encore plus en France, parce que l'alcool intervient dans le champ médical... mais également dans le plan social. Et qu'à partir du moment où il y a une différence entre certains produits potentiellement addictogènes qui sont stupéfiants ou non stupéfiants, l'alcool n'est pas considéré comme un produit stupéfiant, ça rend les choses particulières.

Et le fait, aussi, que l'alcool fasse partie de la sociologie de notre culture et encore plus de la France. Avec même parfois des discours qui sont absolument aberrants, encore maintenant il y a quelques semaines de la part du ministre de l'agriculture qui disait que le vin n'était pas un alcool comme les autres, ce genre de chose...

Donc tu vois il y a encore un... espèce de déni collectif sur les dangers, plus encore que sanitaires, sociaux de l'alcool qui malgré toutes les études... Il y a eu une histoire de 40000 morts il n'y a pas longtemps.... Mais malgré tout ça, il y a une culture du déni et l'alcool qui est quelque chose qui est accepté socialement.

Donc en parlant du produit, je te parle forcément de la prise en charge, parce que les gens, l'entourage et même le médecin, ont tendance à minimiser les problématiques d'addiction à l'alcool.

Donc du coup je pense que ce n'est pas traité comme les autres pour les deux raisons que je t'ai citées, donc le rôle social de l'alcool, et aussi le fait qu'il ait souvent, malheureusement, une répercussion de l'alcool sur les familles.

D'accord. Et pour ces situations-là, te sens-tu à l'aise ou ressens-tu des difficultés spécifiques quant à la prise en charge ?

Est-ce que je me sens à l'aise pour accompagner des gens alcoolodépendants ou qui ont des consommations problématiques d'alcool au long cours ? Là oui, bien entendu.

Et est-ce parfois c'est difficile ? La réponse est oui, bien entendu.

Parce que quand j'ai des gens qui ont été alcoolodépendants pour lesquels on a réussi à mettre en place un sevrage, qui sont devenus abstinents, qui rechutent et qui reviennent « bourrés » dans le cabinet (*soupir, NDLR*)... Tu vois ? Ou

des gens qui ont fait des efforts puis qui en font moins... j'ai bien, moi dans ma patientèle (*soupir, NDLR*) une petite dizaine de patients qui sont alcoolodépendants, qui consomment ou qui sont en sevrage ou qui rechutent...

Donc tu vois j'y suis confronté.

Donc je suis à l'aise pour le faire, mais si c'est trop compliqué pour moi, en particulier dans l'alcoolodépendance, des gens alcoolodépendants qui vivent dans la rue, je n'ai jamais réussi à obtenir un sevrage et.... donc j'essaye d'être à l'aise pour le faire mais je n'y arrive pas tout le temps, et que ça peut être problématique.

Nous avons fini avec les questions, souhaites-tu rajouter quelque chose que je n'aurais peut-être pas demandé ?

Euh non (*sourire*).

Entretien Dr D

Pourrais-tu me décrire ton activité s'il te plaît ?

Mon activité ? Alors moi je suis médecin généraliste libéral, à 100%, installé depuis 2 ans au pôle de santé de la grâce de dieu. Auparavant collaborateur, un an et demi à Verson, toujours en activité libérale complète. A côté dans mon exercice j'accueille des internes, en niveau 1, donc c'est de médecine générale. Je suis gérant de la CISA, c'est la structure qui nous permet d'être rémunérés pour des actions de coordination au sein du pôle de santé. Donc l'idée c'est d'essayer d'animer, d'apporter une certaine dynamique sur la... les actions de coordination entre les professionnels ici.

J'ai une action de médecine générale classique, mais mon installation ici fait que j'ai plus de précarité qu'ailleurs. Je soigne beaucoup de patients en situation d'exil aussi, avec la proximité des deux centres d'accueil de demandeurs d'asile. Et petite particularité aussi, j'ai une bonne... une population ouvrière donc euh... je soigne effectivement beaucoup de choses un peu liées à ça, notamment un gros recrutement ostéo-articulaire et de troubles musculo-squelettiques liés aux travaux, pour lesquels je fais une formation de médecine orthopédique à Paris à Cochin actuellement. Un DU. Là cette année.

Et j'ai beaucoup de pathologies cardio-vasculaires, des fumeurs, tout ça, et voilà...

Des patients qui sont plutôt âgés... plutôt jeunes ?

Les deux. J'ai vraiment de tout là.

Est-ce que tu fais de la pédiatrie ?

Oui, je fais de la pédiatrie. J'ai des enfants... Là c'est vraiment omnipraticien (*rire*).

Est-ce que... Tu parles de formation... Tu te mets à jour en ostéo-articulaire ?

Ce n'est pas vraiment une mise à jour. C'est un plus...

Pour avoir le droit peut-être ?

Non, non. C'est pour mon activité personnelle. Voilà. C'est savoir que la formation de... sur les troubles ostéo-articulaires est largement insuffisante en médecine, je pense, pour exercer auprès des patients. Donc moi je fais un DU de médecine orthopédique.

(*On parle en aparté des secteurs de la sécurité sociale, NDLR*)

En quelle année as-tu eu ta thèse ?

En 2014.

Est-ce que tu fais des visites, des vacations ?

Non, alors je ne fais pas de vacations hospitalières ou quoi que ce soit. Je suis là, et je fais des visites, d'ailleurs je pars en visite juste après.

Quelle est la proportion de tes patients avec une consommation problématique d'alcool ?

Alors ça c'est des questions que je déteste (rire).

Que tu redoutes ?

Non, pas redoutées. C'est impossible, pour moi, de calculer ça. Alors des fois je les vois dans des questionnaires quantitatifs de thèse, et je les bennes, je n'y réponds pas (rire).

C'est vache je sais...

Oui et non...

C'est juste que je ne la trouve pas fiable cette question. Je peux essayer d'y réfléchir...

Oh il ne faut pas te forcer si... (Rire).

Je... Je pense que j'en ai pas mal et je pense que je sous-estime. C'est tout ce que je pourrais te dire.

Et je pense qu'il y a plein de patients pour lesquels je ne sais pas, parce qu'il peut arriver au décours d'un bilan hépatique qu'il y ait des patients que je n'avais pas forcément grillés... Et qui consomment... Donc... Tout ce que je sais c'est qu'il y en a plein qui passent sous le radar (rire).

D'accord. Donc ça vient dans ma question d'après. Comment explores-tu la consommation d'alcool de tes patients ?

Et bien je... Le plus souvent, c'est déjà poser la question. Franchement. Quand ?... Alors pas à titre systématique pour les patients que j'ai déjà en suivi.

Aux gens que je suis déjà, je vais demander à l'occasion de... d'un signe d'appel. Un symptôme qui pourrait être lié à la consommation d'alcool, un trouble métabolique, peu importe...

Une hypertension...

Une hypertension ou quelque chose voilà qui pourrait être lié à la consommation d'alcool. Ou alors un bilan pathologique qui revient, ou alors je trouve qu'ils ont une tronche à picoler (rire).

Voilà.

Ça je vais demander.

Et j'essaye, mais je n'y arrive pas toujours, et c'est pareil toujours un peu de jugement à la tête du client, de demander à chaque nouveau patient, aussi. Comme le tabac. Mais j'ai un peu de mal...

Du mal ?

Oui, du mal... Un peu plus de mal à le demander...

En termes de relation et de confiance ?

Oui en termes de relationnel, oui. Donc des fois c'est un peu à la tête du client (rire).

Oui c'est vrai. S'il est ouvert, c'est plus facile que s'il est fermé et se dire qu'il ne va jamais revenir...

Oui, et puis souvent je me dis que si je lui demande de but en blanc s'il consomme de l'alcool, il va me répondre non parce que c'est plus simple, même si ce n'est pas vrai.

Oui, il préfère fermer la porte, comme ça au moins...

Je ne sais pas... Oui, peut-être oui, et d'y revenir plus tard si j'ai un signe d'appel.

D'accord. Et en cas de repérage positif, comment prends-tu en charge les patients ?

Alors comment est-ce que je prends en charge les patients ?

Est-ce que tu es plutôt pharmacothérapie, psychothérapie, ou j'ai cru comprendre qu'il y avait une structure...

Il y a une maison des addictions là-haut (au deuxième étage, NDLR). Moi je... Alors pharmacologiquement, jamais. Sauf à repérer un terrain anxio-dépressif qui favorise le trouble alcoolique, d'ailleurs je trouve que c'est hyper fréquent... Enfin pour moi en tout cas... Parce qu'on dit toujours en termes de conséquences, mais en termes de causes...

Eh bien, quel est l'œuf ou la poule (rire) ? On a vu qu'il y avait la moitié des alcooliques avec une dépression ou une anxiété...

Oui, je trouve ça hyper difficile. Donc c'est là qu'il va y avoir un recours soit aux anxiolytiques soit aux antidépresseurs. Mais je n'utilise aucune spécialité dont l'AMM est "aide au sevrage alcoolique". Aotal®, Baclofène... Jamais.

Je ne vois pas l'intérêt, le niveau de preuve est faible, par contre bon ça m'est arrivé de le poursuivre si un confrère addictologue l'avait mis en place et que le patient était convaincu et installé dans cette démarche. Je n'ai pas envie de casser le travail qui a été fait avant si le confrère avait besoin de s'aider de cette béquille pour faire adhérer le patient, et que le patient était rentré là-dedans. Je ne vais pas casser l'adhésion thérapeutique. Mais moi je ne démarre pas là-dessus.

Voilà, je vais utiliser plutôt la thérapie, je pense que j'utilise des méthodes qui sont proches de l'entretien motivationnel qu'on m'a un peu appris à la fac. Sans les maîtriser parfaitement...

Et donc déjà... déjà souvent j'essaye... ça passe par la prise de conscience du caractère nocif mais... ils le savent tous, que c'est nocif... enfin si, certains ne le savent encore pas... Et après on essaye de travailler un peu autour de ça. Moi je fixe un objectif entre.... Alors il faut savoir que j'ai été stagiaire un peu en addictologie...

Je fixe un objectif entre abstinence et modération, on essaye de le fixer au départ, et puis après on met en place les stratégies... Je les convoque, je leur demande de repasser régulièrement en fait, voilà. Suivant la motivation bien entendu.

Il est clair que des patients que je ne vois pas après, et je ne sens aucun leviers, j'ouvre la porte en leur disant que je suis à leur disposition, mais je les laisse venir un peu quoi... Et puis j'y reviens de temps en temps un peu quand je les revois quoi. Je leur repose la question de temps en temps quand je les revois, mais je ne veux pas... voilà... faire...

... Et donc en termes de psychothérapie, est-ce que tu proposes de la psychanalyse ?

Non, je ne sais pas faire. A titre personnel... Ah oui... A proposer à aller voir quelqu'un ?

Oui, à proposer... d'aller voir quelqu'un...

Oui bien sûr, je propose régulièrement. Et puis après ça va dépendre des gens et de leur budget... Et clairement quand je sens qu'il n'y pas le budget, je leur propose soit d'aller se diriger vers un CMP, mais je sais qu'il y a un gros problème de guéguerre entre CMP et addictologie, donc dans ce cas-là je vais peut-être plutôt leur proposer de monter au centre d'addictologie et je sais que via ce centre d'addictologie ils peuvent avoir accès à des choses comme ça... Selon la sensibilité du patient, je peux lui proposer de se diriger soit vers des psychologues... et de ses moyens.... et c'est là l'idéal du coup de se diriger vers des psychologues s'il y a cette comorbidité qui est présente. De ce diriger soit vers le psychologue qui a le... des psychologues qui font de l'analyse. Moi j'ai une psychologue avec qui je travaille en particulier, et alors je lui propose d'aller voir des psychologues qui font de la TCC. Dont un qui d'ailleurs travaille en addictologie et qui fait une partie libérale en TCC.

D'accord ?

Et ça je vais proposer régulièrement mais ça dépend des gens et de... comment dire... de leur état d'esprit...

Bien sûr...

Il y a le besoin mais aussi ce à quoi les gens sont prêts.

Tout à fait. Est-ce que tu proposes des thérapies familiales ?

Non, je ne maîtrise pas trop le sujet.

D'accord. Du coup, est-ce que tu inclus la famille dans sa prise en charge ?

Alors ça c'est compliqué... Et je vais dire un truc tout simple c'est que la plupart du temps... La plupart du temps les patients que j'ai dans ce sujet-là, déjà ils sont tous seuls... Isolés...

D'accord.

C'est marrant ça d'ailleurs, on y réfléchit... C'est toujours rigolos les interviews pour ça (rire).

Ils sont assez seuls, et les autres je n'y pense pas. C'est vrai que j'avais fait des consultations familiales maintenant qu'on y pense quand j'étais interne en addictologie... Oui c'est vrai... Je n'y pense pas, pourquoi pas tient ?

Est-ce que tu reçois le conjoint du coup ?

Eh bien non. Mais c'est un peu différent parce que comme je soigne beaucoup de famille, souvent j'ai des conjoints qui me disent "il ne vous l'a pas dit, mais il picole" (rire). Et donc c'est délicat mais je me retrouve souvent à mettre une note dans le dossier du patient en recevant le conjoint qui vient pour ses soins à lui, me dire "ma femme, ou mon mari, boit", je mets une note dans le dossier et après je fais comme si je posais la question innocemment. Voilà... (Rire)

D'accord. Et là on évalue le déni (rire)...

Et là on évalue le déni (rire).

Est-ce que tu proposes des groupes de parole ?

Non, on ne fait pas ça ici. Pas encore...

D'accord. Et ailleurs ?

Non, on ne le fait pas. C'est un truc qu'on n'a pas mis en place. Objectivement ce sont des choses qui faudrait qu'on arrive à faire. Ici on avance petit à petit sur certaines choses... Là tu vois, on va faire de l'art-thérapie, mais ça va être pour tout le monde.

D'accord. Est-ce que tu proposes d'autres approches, de psychothérapie ?

... **Non. Pour l'instant ça se limite à ça.**

D'accord.

C'est encore assez conventionnel. Et puis après tout se construit, finalement, au cas par cas quoi...

Oui c'est vrai.

Avec les gens et globalement on construit avec des gens qui ont envie.

Oui... C'est compliqué quand il n'y a pas d'adhésion dès le départ de faire quelque chose... Est-ce que selon toi que la manière d'apprendre le trouble de l'usage de l'alcool modifie la prise en charge thérapeutique du patient ?

Alors c'est à dire, comment moi je l'ai appris ?

Oui c'est ça.

Ah oui complètement. Ça rejoint ce... sur l'adhésion, tout simplement. C'est à dire que si c'est moi qui grille, il ne va pas se passer grand-chose, à mon sens. Sauf le cas particulier du patient qui fait un bilan hépatique et qui très perturbé, c'est encore mieux s'il y a des anomalies sur son échographie abdominale (rire), et en fait lui il peut avoir un électrochoc. Rendre objectif quelque chose qui jusque-là était un risque qu'on lui a dit "que peut-être il aurait ça s'il picole".

Et là finalement, ce n'est pas moi qui dit au patient qu'il y a un problème, c'est les examens.

Oui.

Ce n'est pas moi. Moi je lui donne juste le résultat. C'est les examens qui lui disent et du coup ce n'est pas la personne qui lui a dit depuis trois plombes qu'il ne fallait pas picoler. Voilà c'est... ça ne ment pas... si le patient... et le patient croit en la toute-puissance de l'analyse.

Donc lui, il marche. Lui, c'est vrai que spontanément je sais que ça va rouler, et donc spontanément je vais lui proposer de rentrer dans une démarche très active de sevrage et on va chercher à établir le plan de soin en fonction de tout ce que je t'ai dit avant.

Celui que j'ai chopé en... entre guillemet, celui qu'on a "topé" un peu comme ça, souvent à priori je sais que je ne vais pas y arriver quoi... Je pars quasiment défaitiste quoi... Je pense que j'essaye quand même, je propose et tout ça, mais je peine à amener la prise de conscience quoi. Du trop. Donc j'explique... C'est à ces patients-là dont j'explique la nocivité, du coup je leur fais des bilans (rire) pour essayer d'objectiver (rire).

Mais ces patients-là, pour moi, c'est très difficile.

D'accord. Tout à l'heure on parlait de formations... Est-ce que tu as des formations dans l'alcool ?

Non. Non, je n'ai pas de formation dans l'alcool.

De la pratique finalement ? Tu as été interne... ou externe en addictologie...

Oui, en fait j'ai fait... On avait fait, en cours de DU de médecine générale, une partie sur l'entretien... Une journée quasiment je crois, sur l'entretien motivationnel. On avait pas mal travaillé dessus. Pour moi c'est un des éléments essentiels aujourd'hui en addictologie.

Donc on avait eu ça...

Et effectivement moi j'ai été interne à... j'étais dans le réseau de santé de Bayeux. Donc ce réseau de santé qui fait plein de chose et qui accueille aussi une structure addictologique. Un centre d'addictologie. Donc effectivement j'y ai passé une à deux journées par semaine pendant 6 mois, en tant qu'interne.

Voilà donc à faire avec les différents professionnels. Infirmières, médecins, psychologues, assistantes sociales, voilà... Plus les staffs... Voilà on peut y passer du temps avec eux. C'est un peu une espèce de formation sur "le tas", et tu vois je n'ai pas tout retenu visiblement (rire).

Déjà une grosse majorité (rire). On apprend souvent sur le tas j'imagine.

La Société Française d'Alcoologie (SFA) a émis en 2015 des recommandations de bonnes pratiques sur la prise en charge du mésusage de l'alcool, avec notamment des fiches pour la médecine générale (*questions guide entretien, NDLR*)

(*Il les lit, NDLR*)

Non, je ne les ai pas vues passer. Ça c'est qui ?

C'est la SFA.

Ah oui la SFA. D'accord OK.

Alors les équivalences de consommation on les connaît tous un peu.

"Jamais plus de 21 verres par semaines pour l'usage régulier". Moi c'est très au-dessus de ce que je dis pour mes patients.

Oui, sachant qu'il y a une campagne en cours de Santé Publique France sur...

Oui... Et moi je m'appuis, j'avais vu passer une étude Australienne récente qui était plutôt dans la... Qui commençait à dire que dès la consommation quotidienne, peu importe le volume, on avait des effets nocifs. Donc avec mes patients moi je travaille là-dessus.

C'est à dire que moi je suis, tout comme pour le tabac, c'est à dire que je leur explique qu'il n'y a pas de... c'est un toxique, l'alcool, et que la consommation quotidienne est un problème en soit, quel que soit le seuil. Voilà...

C'est vraiment la façon dont j'aborde la question.

D'accord. Selon toi, l'alcoolodépendance est-elle une maladie aiguë ou une maladie chronique ?

C'est du chronique. Après on identifie quelques patients avec un côté réactionnel subaigu... ou semi chronique... Une patiente que j'ai en charge là en ce moment, que je gère de A à Z parce qu'elle a refusé la psychothérapie et elle préférerait rester avec moi, donc on se voit toutes les semaines, et c'est un côté un peu... Pas "supra-chronique"... Et je pense qu'elle va réussir à tomber dans la modération et voilà...

(*On parle en aparté de son expression « tomber dans la modération », NDLR*)

D'accord. Est-ce que selon toi les spécificités du patient alcoolodépendant vont induire une différence dans votre prise en charge par rapport à une autre maladie chronique, comme le diabète ou l'insuffisance cardiaque ?

Oui bien sûr.

Alors déjà diabète et alcool. Il y a des patients que l'on peut considérer déjà addict au sucre (rire), ou aux féculents. Donc déjà c'est un peu pareil.

Après forcément on va être dans le cumul de risques et on va essayer de... On va forcément se dire qu'il y a plus d'enjeux... Bon l'alcool c'est un enjeu en soit... On va se dire qu'il y a plus d'enjeux s'il y a des choses à côté.

Voilà.

Après c'est pratique le diabète parce que du coup il va être stéatosique très vite (rire) et il s'en rendra compte d'autant plus vite (rire).

(Rire). D'accord. Est-ce que face à ces patients tu ressens des difficultés spécifiques quant à la prise en charge ?

Oui, c'est un peu tout ce qu'on a déjà dit. C'est la non adhésion, la non reconnaissance du trouble, le mensonge. Ça pour moi c'est hyper difficile. Ça fait partie de la pathologie mais c'est...

(Il appui ses propos par l'exemple du de ses patients qui est décédé de cette façon, NDLR)

Nous avons fini avec les questions, souhaites-tu rajouter quelque chose que je n'aurais peut-être pas demandé ?

Non.

Entretien Dr E

Avant de commencer, j'aimerais préciser le cadre de votre exercice : travaillez-vous exclusivement en cabinet, ou avez-vous des visites à domicile ? Des vacations au CHU de Caen ?

Cabinet, je suis associé. J'ai des visites oui.

De même, quel est le type de votre patientèle ?

Qu'entendez-vous par là ?

J'entends...

Des humains...

(Rire) Est-ce que vous avez plutôt des patients âgés, plutôt jeunes, des disparités sociales...

Alors j'ai de tout. J'ai une patientèle plutôt jeune.

Des disparités sociales...

Ah ba bien sûr oui, comme tout le monde.

En quelle année avez-vous eu votre thèse ?

En 1999.

D'accord. Quelle est la proportion de vos patients avec une consommation problématique d'alcool ?

Aucune idée. Je n'ai absolument aucune idée.

Il y en a, c'est tout ce que je peux vous dire.

D'accord.

Bah non, mais c'est une question difficile à répondre (tension dans la voix, NDLR). Oui j'en ai, j'en vois là quelques-uns dans ma tête, mais vous donner une proportion exacte ou un pourcentage, je suis incapable de faire ça. Incapable.

D'accord. Ce n'est pas grave. C'est une question peut-être un peu directe j'imagine...

Ba oui parce que... Non mais en pourcentage je ne peux pas. Honnêtement je ne vois pas.

D'accord. Comment explorez-vous la consommation d'alcool de vos patients ?

Soit c'est une doléance personnelle, soit c'est une doléance familiale, soit c'est moi qui pose la question.

D'accord. Et la question, est-elle systématique ou en fonction du terrain ?

Non, elle n'est pas systématique.

D'accord. Et quand vous explorez, est-ce que vous utilisez un outil particulier ou est-ce que c'est une exploration par l'interrogatoire.

D'abord à l'interrogatoire. Et si après j'estime qu'il faut faire des explorations supplémentaires type biologie, je le fais. Et un examen clinique.

D'accord. Et en cas de repérage positif d'un patient, comment est-ce que vous le prenez en charge ?

C'est très variable. Ça dépend des patients, de sa famille, de son entourage, de son niveau de compréhension, de son niveau social... Je crois que j'ai un peu fait le tour.

Et puis aussi de sa volonté de sevrage, parce qu'ils nous pas tous envie.

D'accord. Et est-ce que vous... Ma question, le sens de ma question, est-ce que vous utilisez principalement des médicaments, ou est-ce que vous préférez les psychothérapies, ou les spécialistes ?

Non... Non... Médicaments, oui je m'en sers. Et puis j'utilise aussi le service d'addictologie du CHR. Oui, ça je m'en sers beaucoup.

D'accord (rire). Est-ce que vous avez près de chez vous... des... il y le CSAPA près de chez vous ?

Oui.

Oui ? Donc ça vous arrive d'envoyer directement des patients au CSAPA ?

Oui, il y en a qui y vont. Mais c'est rare, moi j'envoie plutôt en alcoologie au CHU.

Parmi les médicaments suivants, lesquels prescrivez-vous le plus souvent pour un sevrage en alcool ? (*liste guide entretien, NDLR*)

Les Benzodiazépines et les antidépresseurs, c'est tout.

Je ne me sers pas du reste.

D'accord. Vous ne vous servez pas du reste ?

Non, je m'en servais à une époque, mais je m'en sers beaucoup moins

D'accord. Selon-vous, faut-il cibler une abstinence totale ou une consommation contrôlée ?

Les deux, parce que ça dépend un peu du profil du patient.

Tout à fait.

Parmi les psychothérapies suivantes, lesquelles conseillerez-vous pour l'aide au maintien de l'abstinence ou d'une consommation contrôlée d'alcool ?

La psychanalyse ?

RAS

L'approche motivationnelle

Ça oui.

Les TCC ?

Oui.

La méditation de pleine conscience ?

Oui.

L'approche systémique familiale ?

Oui éventuellement, ça dépend de l'entourage du patient.

Les groupes de parole ?

Aussi.

Du coup, vous m'avez un peu répondu à une question que je me posais (rire). C'est... Est-ce que vous intégrez la famille du patient dans une prise en charge plus globale ?

Je pense que c'est un problème personnel à la base, mais si on peut obtenir l'aide de l'entourage familial ce n'est pas plus mal. Dans le maintien de la volonté d'abstinence, ou dans la mise en place de techniques pour éviter de se retrouver dans des situations où on risque d'avoir envie de boire, par exemple. C'est plus facile quand quelqu'un nous dit « non, pas ça »... Vous voyez ce que je veux dire ?

Bien sûr...

Et vous arrive-t-il de rencontrer le conjoint du patient pour parler du problème ?

Bien sûr, oui. Le conjoint, la famille, les enfants...

D'accord. Selon vous, est-ce que la manière d'apprendre le trouble de l'usage de l'alcool modifie t'il la prise en charge thérapeutique du patient ?

Vous pouvez répéter la question ?

Bien sûr (rire). Selon vous, est-ce que la manière d'apprendre le trouble de l'usage de l'alcool modifie t'il la prise en charge thérapeutique du patient ?

Mais la manoeuvre... La manière d'apprendre par qui ? Par le soignant ou par le patient ?

Par le patient... Euh non, par vous ! Est-ce que la manière dont vous apprenez... Est-ce que c'est le patient qui a une doléance, ou est-ce que c'est la famille qui a une doléance ou alors c'est sur un bilan biologique que vous vous rendez compte que le foie n'est pas top...

Tous ces cas-là à la fois. C'est ce que je vous disais tout à l'heure au début, parfois c'est le patient qui vient voir de lui-même en disant « j'ai un problème avec l'alcool », qui le disent, parfois c'est la famille qui dit « il a un problème avec l'alcool, mais il ne sait pas, il ne s'en rend pas compte » ou parfois c'est moi qui dit « là il y a un problème, est-ce que par hasard vous ne boiriez pas trop d'alcool ? »

D'accord.

Sur un résultat biologique, ou sur un aspect clinique éventuel.

D'accord. Est-ce que vous proposez d'autres approches ? ... Alors j'ai quelques exemples...

Vu comme ça je ne vois pas. Donner moi des exemples, oui ?

... La médiation corporelle ?

Je vois ce que c'est.

L'activité physique ?

Oui, bien sûr oui.

D'accord. Les approches occupationnelles ?

Genre ? Un hobby quoi ? Oui évidemment.

Ok, et les médecines parallèles ?

Pourquoi pas... si ça peut servir... Oui, bien sûr...

D'accord. Avez-vous une formation pour l'alcool ?

Non.

D'accord.

Alors la prochaine question elle est... J'ai un papier à vous donner, théoriquement, mais je pourrais peut-être vous le transmettre par mail plus tard.

La Société Française d'Alcoologie (SFA) a émis en 2015 des recommandations de bonnes pratiques pour la prise en charge du mésusage de l'alcool, avec des notes pour la médecine générale, c'était pour faire un état des lieux...

Ça ne me dit rien. Je ne les ai pas vues passer...

De même, avec-vous connaissance de la campagne en cours de Santé Publique France sur le mésusage de l'alcool ?

J'en ai entendu parler oui...

Selon vous, l'alcoolodépendance est-elle une maladie aiguë ou une maladie chronique ?

Alcoolodépendance... Maladie chronique.

Selon vous, les spécificités du patient alcoolodépendant induisent-elle une différence dans votre prise en charge par rapport à une autre maladie chronique, comme le diabète ou l'insuffisance cardiaque ?

...

Je répète ma question. Est-ce que selon vous les spécificités du patient alcoolodépendant induisent-elle une différence dans votre prise en charge par rapport à une autre maladie chronique ? Par exemple l'hypertension...

Eh bien oui.

On ne traite pas les maladies chroniques de la même façon en fonction de la maladie.

D'accord. Et face à ces patients, ressentez-vous des difficultés spécifiques quant à la prise en charge ?

Bien sûr. Je ne connais personnes qui vous dira « tout va bien, j'y arrive à 100% ».

Oui c'est vrai. Et bien écoutez, on a fini. Souhaitez-vous rajouter quelque chose que je n'aurais peut-être pas demandé ?

(Me dit me que mes questions sont générales. Nous discutons donc du sens de ma question de recherche : est-ce que les médecins généralistes ont plutôt une approche médicamenteuse, psychologique, ou par un addictologue ? NDLR)

Ah oui, d'accord... Non, moi dans mon esprit c'est avant tout psychologique.

Les médicaments, moi je m'en sers surtout pour le sevrage, en ce qui concerne les Benzodiazépines, pour traiter les éventuels syndromes d'anxiétés, etc. Et les antidépresseurs, nécessairement, parce que le sevrage est quelque chose ressenti comme désagréable et donc l'antidépresseur peut les aider dans le bon sens.

Entretien Dr F

(Je me présente et je présente le sujet. Elle rigole... NDLR)

Ah, qu'est-ce qui vous fait rigoler ?

Ce n'est pas mon fort (rire). Honnêtement je ne les prends pas en charge. Par ce que je trouve que c'est... il faut être investi dans ça, avoir fait une formation, ce n'est pas simple. Et, je pense qu'en consultation de médecine générale au quotidien, entre autre, on ne peut pas savoir quand notre alcoolique va venir. S'il va venir pendant une épidémie de grippe, et bien on n'a pas forcément beaucoup de temps à leur accorder...

D'accord, est-ce que vous avez des formations ?

Je suis allé une fois à une soirée sur l'alcoologie. Ça m'avait intéressé mais je ne me suis pas.... Ça m'intéressait de voir, parce que je me posais certaines choses, c'était au moment du Baclofène et tout ça. Du début, de tout ça. Donc ça m'intéressait de savoir, de connaître un peu plus les choses... Mais je trouve que ce n'est pas adapté à la médecine générale, et après ça c'est mon point de vue personnel, j'ai dans ma famille des proches qui sont alcooliques et qui ne se prennent pas en charge, donc moi ça me renvoie aussi... Voilà je ne peux pas (rire).

D'accord. Et du coup... Travaillez-vous exclusivement en cabinet ? Avez-vous des vacances ? Faites-vous des visites ?

Oui, uniquement cabinet. Des visites je n'en fais plus depuis cette année, pour des raisons de santé.

D'accord. Quel est le type de votre patientèle ?

Je dirais c'est une patientèle assez traditionnelle, avec une bonne proportion de plus de 50 ans. Des bébés, peu. Je ne suis pas non plus dans la gériatrie.... Mais une bonne proportion de plus de 50 ans.

Et sur le plan social ?

Oh, ce n'est un quartier pas défavorisé (rire).

(On parle en aparté sur la géographie de Caen, NDLR)

En quelle année avez-vous eu votre thèse ?

Et bien je ne sais plus (rire)... 2000.....Je l'ai passé tard.... Parce que j'ai arrêté de travailler pendant quatre ans.... Peut-être 2008 ?

Vous pratiquez depuis combien de temps ?

Ah non, pas 2008...Je suis installée depuis 2010, avant je faisais des remplacements. Oui c'est peut-être 2008...

D'accord. Quelle est la proportion de vos patients avec un problème d'alcool... une consommation problématique d'alcool ?

Alors, après tout le monde consomme... ça dépend comment ils consomment (rire).

Ce que j'essaye maintenant de demander, au moins une fois par an... (Rire). Après en consommation excessive, qui aurait besoin vraiment de soin, je ne sais pas. J'en ai peut-être une bonne quinzaine quand même.

Ah une quinzaine de patient ?

Oui, que je dirais qu'il faut peut-être faire quelque chose... Ce n'est pas toujours accepté (rire).

J'imagine (rire). Et comment explorez-vous la consommation d'alcool de vos patients ?

Alors, c'est depuis peu. Je ne le fais pas depuis très longtemps, une fois par an je leur demande s'ils consomment régulièrement, tous les jours...Qu'est-ce qu'ils consomment... Dans quel contexte...

D'accord. C'est purement interrogatif ? Vous n'avez pas d'outils ?

Oui.

Non, pas d'outils. Je ne fais pas de test, rien. Je pose une question comme ça, je n'ai pas de sujet. Et en plus ce n'est pas à leur demande...

Bien sûr, puisque c'est vous qui le demandez...donc mieux vaut...

Alors c'est plus facile, à la limite, avec les nouveaux patients, parce que quand on fait les antécédents, on demande les antécédents comme le tabac et autres... Pour une première consultation, c'est plus facile.

Donc ma prochaine question, vous y avait répondu dès la première minute... En cas de repérage positif, comment prenez-vous en charge les patients ?

Je ne prends pas en charge, je délègue s'ils veulent (rire).

D'accord, donc on va passer... (Rire). C'est un choix. Et je pense que c'est un bon choix, il faut rester humble...

Enfin... j'en profite, vous êtes en face de moi, ce n'est pas toujours le cas. J'ai ici une liste de médicaments, c'est pour savoir lesquels utiliseriez-vous pour le sevrage, le maintien de l'abstinence...

Alors pour le sevrage, je mettrais des Benzodiazépines.

Après l'Aotal @... Bon, ça d'accord ça y est dans l'Aotal @, mais honnêtement je ne sais pas trop si ça marche.

Bon après Baclofène je ne crois pas trop. Je me dis que c'est pour les cas désespérés le Baclofène (rire).

Et puis Paroxétine, moi je ne donnerais pas ça, parce que j'avais lu... Enfin je n'en ai pas l'expérience mais j'avais lu qu'en fait avec l'alcool ça pouvait créer des états d'agressivité...

Ah bah je n'ai pas lu ça... Mais ça m'intéresse, je rechercherais.

Voilà, moi j'avais lu ça. C'est pour ça que je... (Rire).

Prudent.

Voilà, puis les autres, bah non.

D'accord. Selon-vous, faut-il cibler une abstinence totale ou une consommation contrôlée ?

Ça dépend à quel stade ils en sont. Si c'est vraiment un alcoolisme très important, avec plusieurs échecs dans les prises en charges, peut-être une consommation contrôlée. On va peut-être augmenter un peu son espérance de vie sans le guérir totalement, et puis après ça dépend aussi ce que veut le patient. Bon, généralement il ne veut pas trop arrêter, c'est bien le problème (rire).

Parmi les psychothérapies suivantes sur cette liste, lesquelles conseillerez-vous pour l'aide au maintien de l'abstinence ou d'une consommation contrôlée d'alcool ?

Je n'en sais rien (rire, avant que je lui donne la liste du guide d'entretien, NDLR).

Au moins c'est succinct (rire). C'est honnête. Vous les orientez rapidement vers des spécialistes ?

Oui (rire).

D'accord. Est-ce selon-vous la manière d'apprendre le trouble de l'usage de l'alcool modifie t'il la prise en charge thérapeutique du patient ?

...

Est-ce que c'est le patient qui vous dit le problème ou est-ce que vous le découvrez par hasard... Est-ce que ça va changer la prise en charge ?

Oui je pense (me raconte l'histoire d'une patiente chez qui elle a évoqué l'hypothèse d'une cirrhose et qui s'est braquée fortement, NDLR).

Alors cette question... C'est... La Société Française d'Alcoologie (SFA) a émis en 2015 des recommandations de bonnes pratiques sur la prise en charge du mésusage de l'alcool, avec notamment des fiches pour la médecine générale...

Oui ?

(Je lui montre les fiches, NDLR)

C'était pour savoir si...

Ba moi je savais qu'un verre c'était 10 grammes pour le vin, 3cl de whisky... Mais après non je ne savais pas (rire).

Je vous les laisse.

Merci. Ah oui c'est ça les tests, l'AUDIT... Et puis il y en a un autre aussi...

Il s'appelle FACE. Il n'est pas dedans. Il s'appelle F...A...C...E. C'est un peu l'AUDIT...

De même, avec-vous connaissance de la campagne en cours de Santé Publique France sur le mésusage de l'alcool ?

Ah oui, les histoires des 10 verres par semaine ? Oui (rire).

Selon vous, l'alcoolodépendance est-elle une maladie aiguë ou une maladie chronique ?

Chronique. Parce que pour être dépendant, il faut en consommer régulièrement quand même.

Selon vous, les spécificités du patient alcoolodépendant induisent-elle une différence dans votre prise en charge par rapport à une autre maladie chronique, comme le diabète ou l'insuffisance cardiaque ?

Oui parce que... Pourquoi est-on alcoolique ? Est-ce que ça ne cache pas quelque chose derrière des trucs... Chacun a son histoire...

En plus, s'il est alcoolique avec d'autres pathologies, je n'en sais rien moi, s'il est diabétique ou cardiaque, ça ne va pas arranger les choses.

C'est d'ailleurs ça qui est compliqué, savoir... pourquoi ils sont devenus alcooliques ?

Enfin moi c'est ce que je me pose comme question.

Parce que quand vous avez votre alcoolique devant vous... Voilà il est alcoolique, mais pourquoi il est devenu alcoolique ?

Et vous m'avez dit que vous avez une quinzaine de patient ? Est-ce qu'il vous arrive de ressentir des difficultés face à ces patients ?

Euh... De quel ordre ?

Les difficultés ? Relationnelles... Principalement... Ou alors, peiner à lui dire qu'il a besoin de prendre un traitement, de lever le pied...

Oui, alors relationnel, non.

Relationnel non parce que je veux dire, si ça dérive trop dans le... l'agressivité, je ne m'acharne pas. Je leur dis : « écoutez, je ne veux pas avoir de rapports comme ça, même si c'est dû à une pathologie ou autre. Si ma façon de procéder ne vous convient pas, je vous engage vite à retrouver quelqu'un d'autre, un médecin traitant ». Je ne me bats pas (rire).

Et puis pour faire accepter certains traitements, oui... Oui, parce que, je vais dire un grand alcoolique... Enfin bon je n'en ai pas de grand alcoolique parce que comme je ne les suis pas, ils vont ailleurs... Mais je ne sais pas, s'il y a lumbago ou un truc comme ça, je ne vais pas avoir envie de lui donner des anti-inflammatoires par exemple... Donc je me dis...

Oui, ça influence.

Oui, oui.

D'accord. Ecoutez, nous avons fini, souhaitez-vous rajouter quelque chose que je n'aurais peut-être pas demandé ?

Alors sur Caen, parce que moi je les envoie... Je leur dis d'aller à la maison des addictions. Ba la maison des addictions... Je ne vous dis pas. Quand on ouvre ce chapeau là, ça fait très peur (rire).

Oui, surtout chez une personne qui dénie... « Allez faire un tour à la maison des addictions... »

Oui et puis addiction, il n'y a pas qu'alcool. Il y a le reste.

Il y a le mot addiction.

Oui donc ça, ça fait très peur...

Oui. Et populairement... l'alcoologie n'est pas une addiction... Enfin au sens où on l'entend. Où on entend drogue dure, toxicomane, IV.

Oui. Voilà. Donc en dehors, c'est sur le centre hospitalier... Mais bon moi je ne connais personne d'autre en ville qui gère les addictions, l'alcool...

Est-ce que vous connaissez les CSAPA ? ... Ah non, vous voulez dire en libéral ?

Non, il n'y a pas...

Non.

Après c'est mon point de vue personnel. Je me dis que ce serait peut-être plus accepté si on avait un... Je ne sais pas... Un « alcoologue » comme si on avait un dermatologue, vous voyez ?

Oui.

C'est mon point de vue personnel après.

J'entends bien. C'est une bonne idée.

C'est l'image qui ressort quand on dit aux gens « bah non, il va falloir aller consulter... »

D'accord.

C'est une discussion intéressante. C'est un point de vue que je n'avais jamais entendu...

Entretien Dr G

Avant de commencer, j'aimerais préciser le cadre de votre exercice : travaillez-vous exclusivement en cabinet, ou avez-vous des visites à domicile ? Des vacations au CHU de Caen ?

Cabinet uniquement.

D'accord. Tout à l'heure, en salle d'attente, j'ai vu que vous aviez des choses de pédiatrie... Du coup, quel est le type de votre patientèle ?

Au départ c'était large, maintenant ce sont surtout des personnes plus âgées, adultes. Plus âgées.

D'accord. Et en quelle année avez-vous eu votre thèse ?

Je me suis installée en 1982. J'ai passé ma thèse en 1981.

D'accord.

Quelle est la proportion de vos patients avec une consommation problématique d'alcool ?

Très peu...

J'essaye de les orienter, soit au CHR soit au centre qu'il y a à la grâce de dieu.

Je dirais moins de 10.

En pourcentage ou en absolu ?

En absolu.

Comment explorez-vous la consommation d'alcool de vos patients ?

...

Est-ce que c'est une exploration systématique ou en fonction de la clinique ?

Si par exemple le patient à des problèmes...

Hépatiques ?

Par exemple.

Oui. Après moi je m'en tiens à ce qu'ils me disent. Même si ce n'est pas toujours la vérité. J'ai par exemple une patiente qui me dit qu'elle ne boit pas beaucoup de rosé, mais elle a un bilan hépatique extraordinaire.

D'accord. En cas de repérage positif, comment prenez-vous en charge les patients ?

Déjà, en faisant un bilan hépatique et biologique, pour déjà voir au niveau des conséquences hépatiques. Et puis aussi une échographie, quand ils veulent...

Et quand c'est sérieux, je les envoie... comme je vous ai dit... soit au CHR, mais ça ils ne veulent pas y aller, ou alors en ville, la maison des addictions, et puis voilà.

Et puis j'ai eu une dame, elle, elle a réclamé d'aller directement dans un centre de sevrage dans la région de Rouen.

Et vous m'avez dit que vous avez environ 10 patients ? Est-ce que vous prenez aussi en charge au niveau du sevrage, ou plus ? C'est-à-dire... pour l'instant, on a surtout parlé du bilan de retentissement. Est-ce que vous proposez des fois des médicaments pour le sevrage, ou pour le maintien de l'abstinence ?

Pff, j'ai eu oui... Notamment avec le Selincro ® pour une patiente dont le conjoint a lui aussi testé le Selincro ®... elle ne voulait pas aller voir un spécialiste de l'addiction.

D'accord. Et vous arrive-t-il de conseiller des psychothérapies ?

Non pas comme ça... pas d'emblée en tout cas.

D'accord.

Alors, je vais citer quelques médicaments. Parmi eux, lesquels prescrivez-vous le plus souvent pour un sevrage en alcool ?

Moi, les 3... c'est Aotal ®, Selincro ®...

Et oui si... les Benzodiazépines. J'ai des patients qui sont sous Subutex ®, Méthadone, et qui ont aussi de l'alcool, et qui réclament des Benzodiazépines parce qu'ils étaient en hospitalier et ils sont sortis avec des Benzodiazépines. Et ils me demandaient de renouveler.

De renouveler. Est-ce qu'il vous arrive d'introduire ?

Non.

Et pour le Selincro ? Est-ce que c'était une introduction ?

Oui, une introduction.

D'accord. Selon-vous, faut-il cibler une abstinence totale ou une consommation contrôlée ?

Eh bien, je pense que l'abstinence totale est très difficile. C'est l'idéal.

Mais si déjà ils contrôlent leurs consommations, c'est bien.

C'est en tout cas c'était le discours du professeur qui était au CHR et qui est parti à la retraite... Professeur VABRET.

Et concernant la liste de médicament que je vous ai cités, lesquels vous utiliseriez pour l'aide au maintien de l'abstinence et de consommations contrôlées ?

Je crois qu'il n'y en a pas beaucoup qui ont démontrés leur efficacité. J'en avais parlé avec LÉBOCEY (Dr LÉBOCEY, NDLR) de la maison des addictions, qui est aussi parti en retraite, qui me disait que le Selincro ®... finalement c'était plus ou moins efficace (sceptique, NDLR).

Quant au Baclofène, j'ai toujours refusé d'en prescrire parce que je ne connais pas.

Si ce n'est pour les spasticités ?

Oui, et encore je ne l'ai jamais pratiqué dans ces cas-là.

Et puis je crois qu'il faut des quantités extraordinaires, moi je laisse cette prescription aux spécialistes...

D'accord.

J'ai aussi une liste de psychothérapies...

Parmi les psychothérapies suivantes, lesquelles conseillerez-vous pour l'aide au maintien de l'abstinence ou d'une consommation contrôlée d'alcool ?

Les AA...

AA ? ... CSAPA ?

Non, les AA. Il existe toujours le centre pour l'addiction, mais pas à l'hôpital.

D'accord...

(Elle me décrit ce qui est à présent l'ANPAA Rue du Dr Vincent, NDLR)

Pour revenir sur les psychothérapies, je cite la psychanalyse...

...

Les approches motivationnelles ?

Il faut avoir les sous pour ça...

Pour ?

La psychanalyse.

Ce n'est pas la clientèle habituelle. Il y a beaucoup de CMU là.

Et par l'intermédiaire de CMP ?

Pff... les CMP... ils n'ont même plus de psychiatres, ils sont débordés. Ils renvoient chez les médecins traitants...

D'accord. Les TCC ?

Eventuellement oui.

La méditation de pleine conscience ?

Ah oui c'est à la mode...

L'approche systémique familiale ?

Pourquoi pas oui...

Les groupes de parole ?

Oui, c'est surtout ça moi.

Ça fait partie de la cure de sevrage, au CHR et autre.

D'accord. Est-ce que vous intégrez-vous la famille du patient à sa prise en charge ?

Si on connaît la famille... (Sceptique, NDLR).

Dans la mesure où...

Si, j'avais eu le cas où j'avais prescrit de l'Aotal®, sa conjointe était une patiente et c'est elle qui m'a mise en relai, pour l'hospitaliser et tout ça, mais bon il n'en voulait pas (de l'hospitalisation, NDLR).

Oui, dans ce cadre-là, quand on connaît les conjoints, oui.

D'accord. Ça répond à ma question d'après. Est-ce qu'il vous arrive de rencontrer le conjoint du patient pour parler du problème ?

Oui, dans le cas où je les connais. Mais je ne demande pas systématiquement, puisque c'est une démarche personnelle.

Déjà en parler, c'est le principal.

Quand on a les examens biologiques qui sont parlant, euh déjà ça les oblige à dire « oui ».

Et ce n'est pas facile de parler de la consommation d'alcool.

Non... Tout à fait.

Et selon vous, est-ce que la manière d'apprendre le trouble de l'usage de l'alcool modifie t'il la prise en charge thérapeutique du patient ?

Oui je pense, ou alors ils... demandent une cure quand vraiment il y a des problèmes, ou alors la personne qui s'est fait pincer sur la route, donc... oui.

D'accord. Proposez-vous d'autres approches ?

...

J'ai quelques exemples...

Qu'est que vous avez ?

La médiation corporelle ?

...

Les activités physiques ?

...

Les approches occupationnelles ?

...

Les médecines parallèles ?

...

Avez-vous bénéficié de formations pour la prise en charge du trouble de l'usage de l'alcool ?

Oui, j'avais fait une formation il y a quelques années (*dans le AA, NDLR*).

La Société Française d'Alcoologie a émis en 2015 des recommandations de bonnes pratiques sur la prise en charge du mésusage de l'alcool, avec notamment des fiches pour la médecine générale. C'était pour savoir si vous les aviez vu, les connaissiez...

(Je lui donne un exemplaire, NDLR)

C'est certainement ce que vous faite.

J'ai de la documentation dans la salle d'attente, avec les équivalences en termes de verres standards...

Moi ce qui m'effraye un peu tout de suite, c'est l'alcoolisme des jeunes. Qui n'est pas du tout... comment dire... conscient. Ils n'ont pas conscience de l'état de dégradation qu'ils vont avoir comme ils font à consommer régulièrement.

Oui, je vois ce que vous voulez dire. Ils n'ont pas conscience qu'ils rentrent dans un cercle vicieux et qu'ils ont un alcoolisme qui se développe, d'entraînement.

Et selon vous, l'alcoolodépendance est-elle une maladie aiguë ou une maladie chronique ?

Chronique.

Aiguë qui devient chronique.

D'accord.

Selon vous, les spécificités du patient alcoolodépendant induisent-elle une différence dans votre prise en charge par rapport à une autre maladie chronique, comme le diabète ou l'insuffisance cardiaque ?

Ça dépend de la dépendance à l'alcool.

Et ça dépend aussi de l'antériorité de la dépendance. Si c'est pris un peu rapidement, on peut hospitaliser. Si c'est bien acquis, bien intégré dans la vie du patient, c'est plus dur...

D'accord. Face à ces patients, ressentez-vous des difficultés spécifiques quant à la prise en charge ?

Oui, bien sûr.

Il faut savoir les orienter. Il faut trouver une solution.

Les faire consulter déjà, voire hospitaliser... Ce n'est pas simple.

Ils ne sont pas très compliants.

Ecoutez, on a fini.

Souhaitez-vous rajouter quelque chose que je n'aurais peut-être pas demandé ?

Non.

Entretien Dr H

Avant de commencer, j'aimerais préciser le cadre de votre exercice : travaillez-vous exclusivement en cabinet... avez-vous des visites à domicile...

Je travaille uniquement au cabinet médical. On va dire à 98% au cabinet médical et quelques visites, mais pas plus de 3 ou 4 par jour.

D'accord. Et avez-vous des vacations sur le CHU ?

Non... Mes activités extra-cabinet c'est le conseil de l'ordre puisque je suis trésorière du conseil de l'ordre, c'est la FMC puisque je suis secrétaire d'un groupe de FMC, et puis je suis maître de stage universitaire...

D'accord, quel est le type de votre patientèle ?

Alors... ancienne parce que ça fait 27 ans que je suis installée. Beaucoup... Alors les pourcentages je ne les ai pas. Beaucoup de jeunes, beaucoup de pédiatrie, beaucoup de gynécologie ... j'ai fait un DU de gynécologie... beaucoup

d'étudiants ... on est à côté de la faculté, les universités... un gros pool d'adultes actifs, très peu de très âgés, très peu en maison de retraite. Je pense que si j'en ai, allez grand maximum 15 en les comptant tous et je ne suis même pas sûr. Et des retraités aussi, mais plutôt jeunes.

En quelle année avez-vous eu votre thèse ?

En 1992.

Quelle est la proportion de vos patients avec une consommation problématique d'alcool ?

... **Qui le sait ...? (rire)**

Alors, ceux qui le disent ? Ceux qui en parlent ? Ou ceux qui boivent mais qui n'en parlent pas ?

Bonne question n'est-ce pas ? (rire)

Il y a les alcooliques qui ne s'en cachent pas, il y a les alcooliques qui ont des stigmates d'alcoolisation dont on peut leur en parler, et il y a ceux... l'alcoolisme mondain, tous les gens qui boivent plus que de raison et que moi je considère comme alcooliques mais qui eux ne se considèrent pas comme alcooliques...

Donc qu'est-ce qu'un alcoolique pour vous ?

Pour moi, si j'ai la définition de l'alcoolique, ce celui qui boit plus de trois verres par jour et il y en a surement beaucoup.

Ceux qui sont dépendants de l'alcool, qui en sont malades, euh... combien j'ai ai... je n'en sais rien...

Alors en chiffre je ne serais pas vous dire et en proportions non plus.

Vu ma patientèle plutôt très jeune, je ne dirais pas beaucoup, même si les jeunes consomment. Mais consomment plus en soirée... (Me parle d'un de ces patients polytoxicomane, NDLR).

... Mais sinon effectivement des alcooliques chroniques, j'en ai sûrement mais... Très honnêtement je trouve que la question est difficile de répondre combien.

D'accord. Oui, en fait c'est un préambule. L'idée c'est après d'explorer les approches thérapeutiques...

Oui (Hoche positivement de la tête, NDLR).

... Il faut connaître la base...

Honnêtement, je ne saurais pas vous répondre. J'en ai à qui je conseille régulièrement de limiter, de diminuer les doses, etc. Mais j'en ai que... Voilà, j'essaye d'aider, mais c'est compliqué.

OK. Et comment explorez-vous la consommation d'alcool de vos patients ?

Eh bien il y a la biologie habituelle quand on demande un bilan classique. En général, quand je fais un bilan lipidique, régulièrement je rajoute un bilan hépatique, pour avoir une petite idée.

Après je ne me base pas que sur les GGT augmentés, parce qu'il y a quand même, je ne sais pas si ça apparaît dans votre étude, beaucoup de gens qui ont des GGT augmentés par des médicaments ou par autre chose. Donc quelques fois, je rassure les patients en leur disant ; « non, vous je sais bien que... ». Et quelque fois je fais de la fausse information : « oui, ce sont peut-être vos médicaments, mais c'est peut-être autre chose » (rire). J'en profite pour faire une ouverture.

« Vous prenez des médicaments, le foie n'aime pas les médicaments. Oui mais pas que... »

En cas de repérage positif, comment prenez-vous en charge les patients ? Est-ce que vous les orientez vers des gens ou est-ce que vous le prenez en charge vous-même ?

Déjà, il faut déjà qu'il entende qu'il consomme trop, c'est quand même la première étape.

Alors ce n'est pas toujours en une seule fois, mais il faut régulièrement... rajouter des petits bouts... et lui faire comprendre sa consommation d'alcool.

Ensuite, une fois qu'il est conscient de sa consommation d'alcool, et bien en fait je crois que tout dépend de l'intensité de l'alcoolisation. Je crois que c'est plus facile d'adresser à la maison des addictions ou au CHAA par exemple, quand ce sont des gens qui ont eu des inconvénients par rapport à l'alcool. Soit des PV, judiciarisation, la femme qui le quitte, enfin des gros soucis. Ils sont plus conscients de leur problème. « Ah oui vous avez raison docteur, il faut que je fasse quelque chose, il faut que j'aie en cure. Il faut que ci, il faut que ça... »

Quand ce sont des gens qui consomment au quotidien, un petit peu, une consommation pas mondaine mais « je bois un petit peu comme tout le monde docteur » et qu'il faut leur faire prendre conscience qu'il faut boire moins, je les accompagne plutôt en leur demandant de réfléchir « voilà, votre taux de triglycérides... Vous savez qu'un verre de rouge, c'est 6 morceaux de sucre ? ». Donc je suis plutôt dans un accompagnement doux et je crois que je n'adresse en centre d'aide que les gens qui, vraiment, ont eu des gros soucis avec l'alcool.

D'accord. Et est-ce que vous prenez en charge au niveau médicamenteux ?

Alors ça m'arrive. Ça m'est arrivé. Ça m'arrive de moins en moins pour plusieurs raisons. Un, parce que je pense que je suis vite en échec parce que je pense que les gens mentent facilement ; deux, je ne devrais pas dire ça à un tout jeune qui va commencer, parce que je suis épuisée de ces accompagnements difficiles et décevants. Que j'arrive à la retraite bientôt, et que je pense que suis épuisée de ça et je suis mise en échec en fait.

Et que par conséquent, plus j'ai tendance, même quand les patients me demandent de l'aide... éventuellement je commence, ça m'arrive effectivement de commencer une thérapeutique médicamenteuse. Mais bien souvent je leur dis : « vous allez être mieux aidé par quelqu'un de plus habitué que moi ». Je fais pareil avec le tabac, c'est pareil. « Allez plutôt dans un centre, où là ils sont spécialisés, ils vont vous donner les bons tuyaux, où ils vont faire un accompagnement plus efficace et plus approprié que le mien ».

D'accord.

Je présente plutôt ça comme ça. Même si ça m'arrive de le commencer. Mais... Mais...

Et au niveau psychologique ?

...

Est-ce que c'est principalement médicamenteux ou aussi du psychothérapeutique ?

Ba, je pense que les consultations en elles-mêmes de verbalisation et de d'accompagnement c'est le psychothérapeutique. Après, s'il y a autre chose et qu'ils ont besoin d'un psychologue ou d'un psychiatre...ok. Mais je considère que moi je fais l'accompagnement du quotidien, et je les envoie si besoin en centre d'aide.

(On parle des différents centres d'addictologie de Caen, NDLR)

D'ailleurs, j'y pense. Est-ce que vous avez eu des formations ? Parce que vous m'avez parlé de DU pour la gynécologie, et pour l'alcoolisme ?

Non. Enfin si, j'ai suivi des FMC mais juste comme ça, pas plus. Et puis ce n'est pas forcément ma priorité. Je suis quand même beaucoup plutôt dans la pédiatrie, la gynécologie...

D'accord. Alors comme vous êtes en face de moi ça va être plus simple. Ici, j'ai une liste de médicaments, c'est pour évaluer ceux que vous préférez pour le sevrage, pour le maintien de l'abstinence, pour le maintien de consommations contrôlées...

(Je lui montre la liste du guide d'entretien, NDLR)

D'accord.

Le Valium ® jamais, le Seresta ® oui.

L'Haldol ® non, le Tercian ® oui.

Les antidépresseurs oui mais pas forcément ceux deux-là.

L'Aotal ® oui, le Revia ® peu.

L'Esperal ® oui, ça m'est arrivé.

Le Lioresal ® non, j'ai essayé mais je me suis rendu compte qu'il fallait des quantités de Baclofène faramineuses pour que ça marche et Selincro ® je ne connais pas.

D'accord.

Selon-vous, faut-il cibler une abstinence totale ou une consommation contrôlée ?

A vrai dire je n'en sais rien. Je pense que ça dépend des patients mais... j'avais eu appris moi qu'il y avait un circuit pathologique cérébral où une goutte appelait l'alcool et donc moi dans l'état d'esprit je pense que l'abstinence totale c'est le but final obligatoire.

Après dans la méthode, est-ce qu'il faut s'arrêter d'emblée avec les médicaments ou est-ce qu'il faut aider les patients à diminuer leur consommation pour arriver à l'arrêt total...

Mais je leur dis de toute façon toujours que si, parce ce que je pense que ce n'est pas obligatoire, si le circuit pathologique s'est créé dans le cerveau de toute façon c'est l'arrêt total obligatoire sinon ils seront torchés à la première goutte. Donc euh, je suis capable de dire ça comme ça (rire).

(On parle de neurologie en aparté, NDLR)

Ici j'ai une liste de psychothérapies, lesquelles conseillerez-vous pour l'aide au maintien de l'abstinence ou d'une consommation contrôlée d'alcool (*liste guide d'entretien, NDLR*) ?

Oula, mon pauvre monsieur...

La psychanalyse non, non.

Les approches motivationnelles probablement.

Les TCC, ça dépend de ce qu'il reste là-haut (*me montre le cerveau, NDLR*).

La méditation de pleine conscience, je ne sais pas trop ce que c'est...

C'est une approche zen...

Oui, c'est très à la mode ça (*sceptique, NDLR*).

Les approches systémiques familiales... oui, c'est évident.

Et les groupes de parole, ça dépend des patients... S'ils ont la possibilité de verbaliser, d'accepter de verbaliser leur alcoolisation. Parce que pour aller au groupe de parole, il faut avoir accepté d'être alcoolique pour aller là.

Or je crois que le plus important finalement dans tout ça, c'est que le patient entende qu'il est alcoolique. Qu'il accepte de dire « oui, je suis alcoolique ». C'est ça le plus difficile finalement, c'est de lui faire comprendre que sa consommation est excessive et que c'est néfaste et qu'il est alcoolique. Mais ça, pour moi j'ai l'impression que c'est ça le plus difficile en fait. Une fois que le patient a accepté d'entendre : « ah ba oui, effectivement je suis alcoolique, donc je consomme trop, donc il faut que je fasse quelque chose pour la préservation de mes artères, de mon foie, de mon cerveau, ... ».

Mais j'ai le sentiment que le plus dur, ce n'est pas de les engager dans une démarche, c'est d'abord qu'ils arrivent à dire « oui docteur, vous avez raison, je suis alcoolique ». Une fois qu'on a gagné ça, la démarche suivante c'est « bon bien maintenant comment est-ce qu'on peut vous aider ? ». J'ai l'impression que c'est le plus difficile, qu'ils entendent c'est quoi, en fait, être alcoolique. Parce que... « mais docteur je n'ai jamais été ivre de ma vie », « mais docteur je n'ai jamais eu de retrait de permis pour ça... - Ba oui, ok d'accord, mais vous buvez 2 verres de vin midi et soir et un apéro tous les soirs, vous êtes alcoolique... ».

C'est compliqué de faire réaliser à des gens qu'ils consomment...

Voilà, et après justement, la démarche est-ce qu'elle doit être la même... Et elle ne peut pas être la même chez quelqu'un comme ça qui boit tous les jours et qui va bien ou chez celui qui vient vous voir parce que c'est la deuxième fois qu'il a un retrait de permis et qu'il faut qu'il fasse quelque chose parce qu'il a une injonction de justice... Voyez ? Et là parce que là ce gars-là il sait très bien qu'il picole trop souvent et là il s'est encore fait chopper et que ça comme à chauffer pour ses abattis.

D'accord.

Intégrez-vous la famille du patient dans la prise en charge ?

Ça dépend.

Ça dépend si je soigne la famille, déjà (rire). Parce que ce n'est pas toujours le cas. Ce n'est pas parce qu'on est médecin généraliste qu'on soigne toujours une famille. Il y a des familles ou le couple... le mari est soigné à un endroit et l'épouse à un autre.

Et puis ça dépend de l'implication de la famille.

Ça dépend déjà si le patient veut bien ou pas, parce qu'un adulte majeur et en pleine conscience, je n'ai pas le droit d'impliquer quelqu'un d'autre sans son accord. Secret professionnel.

Donc, s'il est d'accord... si je lui dis « est-ce que vous souhaitez que ? ». Il m'arrive effectivement de proposer un rendez-vous familial.

Il m'arrive plus souvent et là on est encore plus en échec, d'avoir une épouse ou des enfants qui me disent « docteur, là ce n'est plus possible, il faut que vous lui en parliez », et là le problème est le même à l'envers. C'est-à-dire quid du secret... Donc ce n'est jamais facile.

Donc voilà, il n'y a pas de réponse non plus immédiate. Effectivement il y a des cas où j'englobe la famille, il y a des cas où c'est la famille qui vient ensemble, il y a des cas où le mari et la femme viennent ensemble...

(Me donne en aparté l'exemple d'un couple, NDLR)

Selon vous, est-ce que la manière d'apprendre le trouble de l'usage de l'alcool modifie t'il la prise en charge thérapeutique du patient ?

Vous pouvez préciser votre question ? Je n'ai pas bien compris.

Bien sûr, est-ce que la façon dont vous apprenez la consommation va changer la prise en charge du problème d'alcool ?

Ah oui, évidemment que c'est différent.

Parce que le patient qui sait qu'il consomme trop, je pense est plus réceptif... même à la méthode douce... Voilà, il est plus réceptif aux arguments que l'on va développer pour l'aider à cesser, alors qu'un patient qui est soit dans le refus d'entendre qu'il consomme soit il sait mais il n'a pas envie de le verbaliser ou qu'on le verbalise et n'a pas envie que son entourage le verbalise, ça va être beaucoup plus compliqué (*sceptique, NDLR*).

C'est évident. Je pense que je n'ai pas toutes les clés, tous les outils, et que je n'ai pas envie de les avoir. C'est par rapport à ce que je disais tout à l'heure.

Je pense que l'on ne peut pas mener tous les combats... J'ai des confrères qui sont parfaitement investis dans ce cas... moi pas.

Si, je peux aider un minimum. Je peux commencer à aider.

Je pense que mon rôle important, il est de mettre le doigt. De faire comprendre aux gens, de les éveiller petit à petit à... « mais, vous n'avez pas le sentiment que ? » ou « ah ba là, vos artères ne sont pas en très bon état, qu'est-ce qu'il se passe ».

Après, les aider au sevrage, je ne me sens pas... Je ne me sens pas suffisamment.... Ce n'est pas suffisamment... J'ai d'autres chats à fouetter, d'autre d'autres combats à mener.

Je suis plus dans la psychothérapie, les familles, j'accompagne plus les patients cancéreux, les dépressions. Je fais beaucoup de psychothérapies dans la dépression parce que la possibilité d'accéder voir un psychiatre ou un psychologue rapidement est difficile...

Après l'alcool. Je n'ai rien contre, mais je pense que à la fois je ne suis pas assez formée et je ne suis pas sûre que j'ai vraiment envie de m'investir au-delà de ce que je peux quoi.

D'accord. Et je pense à ça... Vous me parliez de formation continue tout à l'heure.

Ici, ce sont des fiches qui ont été émises par la Société Française d'Alcoologie en 2015 sur les recommandations de bonnes pratiques pour la prise en charge du mésusage de l'alcool, avec notamment des fiches pour la médecine générale. C'est pour savoir si vous les connaissez, les avez lues, les utilisez...

Je les ai probablement lues dans ma formation continue... mais je ne les connais pas par cœur...

Par contre, là on a reçu récemment une campagne... Pas plus de 2 verres par jours et pas tous les jours.

(On parle de sa vie privée, NDLR)

Je pense que c'est plus facile finalement quand on vit avec quelqu'un d'évaluer sa consommation que de demander à quelqu'un « qu'est-ce que vous consommez ? ». Parce que je pense que les gens sous évaluent systématiquement ce qu'ils consomment.

Proposez-vous d'autres approches ?

Non...

(Je donne des exemples, NDLR)

La médiation corporelle ?

Non, je ne connais pas... Je ne sais pas ce que c'est mon brave monsieur (rire).

Faire réaliser aux alcooliques qu'ils ont un corps...

Non, je ne connais pas...

L'activité physique, les approches occupationnelles ?

Ah oui, ça fait partie de... voilà... ça fait dépenser des calories, et occupez-vous. Oui, peut-être que j'en parle, mais ce n'était pas pour moi une méthode thérapeutique, mais bon j'en parle à beaucoup de gens de l'activité physique.

D'accord. Et après les médecines parallèles ?

Oui, alors la sophrologie. Il m'arrive parfois de proposer la sophrologie et l'hypnose.

Pas l'acupuncture, pas dans ce domaine-là. Je ne sais pas si ça a des actions. Plutôt l'hypnose et la sophrologie parce que les gens se disent... alors l'hypnose quand on propose c'est l'un ou l'autre, mais les gens se disent « ça va m'aider à prendre une décision sans avoir envie de la prendre ». Quelque part, voyez, c'est l'astuce. « Ah ba oui tiens je vais essayer ça ». Après moi je n'ai jamais essayé l'hypnose...

D'accord.

Selon vous, l'alcoolodépendance est-elle une maladie aiguë ou une maladie chronique ?

Chronique. Ah oui, sans problème.

Selon vous, les spécificités du patient alcoolodépendant induisent-elle une différence dans votre prise en charge par rapport à une autre maladie chronique, comme le diabète ou l'insuffisance cardiaque ?

Vous avez dû me répondre tout à l'heure, sans me répondre...

Vous m'avez dit « c'est compliqué parce qu'ils vous mettent en échec... »

Oui.

Une fois que l'on a réussi à faire comprendre au patient qu'il est alcoolodépendant, sa réaction vis-à-vis.... Enfin une fois qu'il a accepté de l'entendre.

Je dirais l'entendre est une chose, l'intégrer et le considérer comme quelque chose de grave et qu'il faut faire quelque chose, c'est encore une autre étape.

C'est pour ça que c'est lourd un patient alcoolodépendant.

Parce que nous, nos consultations de médecine générale, on n'a pas une heure de temps en principe. Donc il faut déjà, au long cours, réussir à lui faire entendre qu'il consomme trop, qu'il est dépendant, qu'il faudrait limiter ou arrêter...

C'est pour ça que c'est compliqué en médecine générale. Parce que c'est un truc de longue haleine, justement parce que c'est une maladie chronique, ce n'est pas.... Don Quichotte et les moulins... Mais quand même parfois c'est un combat difficile... Il faut s'y remettre, sans arrêt... Et quand le patient est enfin motivé, il faut l'accompagner dans ses capacités, dans son isolement ou pas, et vous avez parlé de la famille, mais effectivement un patient qui est isolé c'est parfois plus difficile à accompagner parce qu'il rechute plus facilement qu'un patient qui est accompagné, ou avec un entourage qui effectivement, c'est ce que vous abordiez tout à l'heure, si l'entourage est présent, conscient que... Et, si l'entourage n'est pas épuisé des multiples essais qu'il y a eu avant et qui ont échoués. Parce que ça j'ai vu ça, des familles qui me disent « écoutez nous docteur on n'en peut plus... ». Des enfants d'alcooliques qui nous disent « écoutez non, on y croit plus ». Voyez, voyez, ça c'est compliqué... (*Sceptique, NDLR*).

D'accord. Et face à ces patients, ressentez-vous des difficultés spécifiques quant à la prise en charge ?

Comme je vous l'ai dit, c'est compliqué quand ils nous mettent en échec...

Et bien écoutez, je crois que nous avons finis. Souhaitez-vous dire quelque chose d'autre ?

RAS

Entretien Dr I

Avant de commencer, j'aimerais préciser le cadre de votre exercice : travaillez-vous exclusivement en cabinet ?

Alors moi je ne fais que de la ville.

Donc je suis installé. Je ne suis pas de la faculté de Caen, je suis de la faculté de Lille.

D'accord. Faites-vous des visites ?

Oui, je fais des visites tous les jours. Environ 2 ou 3.

Avez-vous des vacances sur le CHU ?

Non.

D'accord. Quel est le type de votre patientèle ?

J'ai pas mal de CMU. Je dois être à ¼ de CMU.

Vous voyez, là (indique du doigt, NDLR) c'est le chemin vert, c'est un quartier pauvre, et un peu plus bas c'est un quartier résidentiel.

D'accord. En quelle année avez-vous eu votre thèse ?

En 2003.

Quelle est la proportion de vos patients avec une consommation problématique d'alcool ?

Problématique... 10% je pense.

D'accord. Comment explorez-vous la consommation d'alcool de vos patients ?

Je demande de voir un petit peu combien ils boivent par jour. De verres, ou de bouteilles (rire)... en leur précisant bien que le cidre, c'est de l'alcool (rire).

Je leur demande s'ils boivent tous les jours, s'ils peuvent s'en passer.

Dans quelles conditions c'est ? Si c'est pour faire la fête, en rentrant du boulot pour se détendre.

D'accord. Et est-ce que vous explorez chez tous les patients ou en fonction du terrain ?

Les patients qui ont un terrain, surtout.

D'accord. Et parfois vous le.... devinez ?

On va dire qu'on les connaît (rire). Après, au décours d'une prise de sang ou des choses comme ça... une biologie, un bilan hépatique un peu perturbé...

Et en cas de repérage positif, comment prenez-vous en charge les patients ?

Déjà il faut voir le patient...

S'il s'en rend compte... Mais s'il ne s'en rend pas compte... On essaye de lui ouvrir les yeux un petit peu, pour qu'il s'en rende compte.

Et après il faut voir s'il souhaite une aide ou pas... au niveau psychologique, voir du travail ou du moral, ou de la famille... au niveau médicamenteux. Souvent je commence par un peu d'Aotal® ou de choses comme ça.

Voir après aussi l'intoxication. Celui qui boit 3 verres par jour et celui qui boit 3 bouteilles par jour...

Alors je vous vous citer quelques médicaments. Vu que vous êtes devant moi, vous pouvez les voir (*liste guide d'entretien, NDLR*).

Il va y avoir plusieurs questions. Parmi les médicaments il y a des questions pour le sevrage et l'aide au sevrage, mais aussi pour le maintien de l'abstinence et des consommations contrôlées.

Vous m'avez parlé d'Aotal® ?

Oui, alors j'utilise de l'Aotal® et du Selincro® pour le sevrage.

D'accord. Qu'entendez-vous par sevrage ?

Arrêt des consommations.

Alors pour vous le Selincro... ?

Oui je mets plus ça, et après l'Aotal® au long terme en maintien de l'abstinence.

Souvent au départ, je mets une benzodiazépine. Je mets un peu de Seresta®.

Après j'essaye d'adapter. Je revois le patient et je vois un peu ce que cela donne.

D'accord et est-ce que vous utilisez d'autres molécules ?

Des antidépresseurs des fois, genre le Deroxat®. Mais le reste je ne les utilise pas.

Même en renouvellement ? Si le patient a fait de l'addictologie avant...

Ah si, en renouvellement, si. Mais je n'en introduis pas...

D'accord. Selon-vous, faut-il cibler une abstinence totale ou une consommation contrôlée ?

Plus pour une abstinence totale... C'est après que c'est... Voilà c'est toujours pareil. Si c'est la personne qui me dit qu'elle a du mal à se passer de ses deux apéros le soir, l'abstinence totale, je trouve que c'est un peu rude... Donc c'est plutôt consommation contrôlée.

Et si c'est le patient qui boit, comme je vous disais, 2 bouteilles par jour avec des troubles hépatiques, etc... je lui dis qu'il faut arrêter complètement. Qu'il ne faut plus toucher à un verre.

Alors après c'est pareil mais pour les psychothérapies.

Lesquelles conseillerez-vous pour l'aide au maintien de l'abstinence ou d'une consommation contrôlée d'alcool ? (*liste guide d'entretien, NDLR*).

Euh... les approches motivationnelles et puis quand il a la famille.

Après nous ici c'est difficile, parce que vu la population, dès qu'on leur propose un psychologue ou quelque chose qui n'est pas remboursé, c'est mort...

(*On parle en aparté du CMP de secteur, NDLR*)

... Après...

C'est compliqué en fait. Dès qu'on leur parle de psychologues, ils ont un petit peu de mal.

Donc c'est plus facile de prendre en charge avec des médicaments qu'avec des psychothérapies ?

Oui, c'est plus simple.

D'accord. Est-ce que vous intégrez la famille du patient dans la prise en charge.

Oui, ça arrive. Alors, c'est pareil. Quand le patient est demandeur, quand la famille l'entoure, parce qu'ici on a pas mal de personnes isolées.

D'accord. Est-ce qu'il vous arrive de rencontrer le conjoint du patient pour parler du problème ?

Oui, ça arrive.

Selon vous, est-ce que la manière d'apprendre le trouble de l'usage de l'alcool modifie t'il la prise en charge thérapeutique du patient ?

Pour le patient ?

C'est-à-dire, est-ce que c'est le patient qui vous le dit ou est-ce que c'est vous qui le découvrez ?

Oui, je pense.

Oui, généralement quand il nous le dit, c'est que lui s'est rendu compte du problème et qu'il a plus ou moins déjà dans l'idée de stopper ou de diminuer.

Quand c'est la famille qui lui dit : « ba maintenant tu vas voir le médecin et tu arrêtes de picoler parce que sinon je fais mes sacs et je m'en vais »... généralement il n'est pas très motivé. C'est plus compliqué.

De la même façon, après ça dépend de la classe... population, mais quand on leur dit : « vous savez, votre foie il commence à ne plus trop... ça devient difficile, il va vous arriver un pépin... ».

Ou alors il faut que ce soit vraiment un gros pépin, genre ils sont hospitalisés pour une pancréatite...

Là, ils s'en rendent compte. Parce que quand ils sont asymptomatiques, ils ont du mal à se rendre compte.

Et est-ce que vous proposez-vous d'autres approches ?

Des fois je les hospitalise (rire).

Oui c'est vrai, et ça risque d'être compliqué compte tenu de votre patientèle...

Avez-vous bénéficié de formations pour la prise en charge du trouble de l'usage de l'alcool ?

Non.

D'accord.

La Société Française d'Alcoologie a émis en 2015 des recommandations de bonnes pratiques sur la prise en charge du mésusage de l'alcool, avec notamment des fiches pour la médecine générale. (*Je lui montre les fiches, NDLR*). C'est pour savoir...

Ah je n'ai jamais vu...

Selon vous, l'alcoolodépendance est-elle une maladie aiguë ou une maladie chronique ?

Chronique.

Selon vous, les spécificités du patient alcoolodépendant induisent-elle une différence dans votre prise en charge par rapport à une autre maladie chronique, comme le diabète ou l'insuffisance cardiaque ?

Oui, ah oui.

Psychologiquement. Si dépression, des choses comme ça...

D'accord.

Face à ces patients, ressentez-vous des difficultés spécifiques quant à la prise en charge ?

Ah oui, des fois c'est compliqué. Soit parce qu'on n'y arrive pas, soit parce que la famille n'est pas derrière, soit parce que le conjoint lui aussi « lève le coude » et entraîne le ou la patiente, des choses comme ça.

Nous avons fini avec les questions, souhaitez-vous rajouter quelque chose que je n'aurais peut-être pas demandé ?

Non. C'est bon.

Entretien Dr J

Avant de commencer, j'aimerais préciser le cadre de ton exercice : travailles-tu exclusivement en cabinet ? Tu m'as dit que tu faisais des visites ?

As-tu des vacances au CHU de Caen ?

Alors j'ai un exercice quasiment qu'urbain, dans un pôle de santé. Je marche avec des consultations « que » sur rendez-vous, toutes les 20 minutes, ce qui me permet d'avoir des consultations, des créneaux d'urgence que je peux rajouter assez facilement vu que ce sont des consultations de 20 minutes.

Et j'ai des visites à domicile, en EHPAD, et chez des gens... On a un foyer pas loin, que l'on gère aussi pas mal à quatre médecins, et puis les gens quand ils ont besoin.

D'accord, et quel est le type de ta patientèle ?

Plutôt jeune je dirais. Moyenne d'âge... J'ai pas mal de pédiatrie, sinon chez les adultes, j'ai une moyenne d'âge de 35-40 ans.

D'accord. En quelle année as-tu eu ta thèse ?

2014.

Quelle est la proportion de tes patients avec une consommation problématique d'alcool ?

Et bien je pense qu'elle est sous-évaluée, probablement, mais à vue de nez comme ça c'est un peu compliqué... de gens comme ça que je me rappelle, j'en ai peut-être une petite cinquantaine.

En absolu ?

Oui, en absolu. Je pense que, vraiment de tête, pour qui vraiment je fais du suivi, les patients qui sont suivis en addiction, oui je dirais une bonne cinquantaine quand même.

D'accord. Et cela représente combien... 10% ?

Oh non, moins, parce que comme je te dis j'ai beaucoup de pédiatrie. (Regarde sur son ordinateur, NDLR). 5%.

D'accord.

Après peut-être que j'en ai plus, mais je t'avoue comme ça...

Pas de soucis (rire). Et comme tu l'as dit, c'est probablement sous-évalué. Par ailleurs, puisqu'il y a des gens qui n'en parlent pas.

Du coup, comment explores-tu la consommation d'alcool de tes patients ?

Alors moi je fonctionne beaucoup... quasiment que sur l'interrogatoire. J'ai tendance à faire confiance. Je majore toujours un tout petit peu quand... on va dire quand... J'ai l'impression qu'il me cache des choses. Mais globalement je leur fais confiance, surtout quand c'est une demande spontanée de leur part.

D'accord.

Et puis après, je leur demande leur consommation quotidienne en nombre de verre. J'ai un verre classique, en gros une tasse et je leur demande combien de tasses ils prennent.

D'accord.

Quel type d'alcool ils prennent. Parce que chez nous, le cidre, ce n'est pas de l'alcool (rire). Et voilà, c'est comme ça que je quantifie un peu.

D'accord. Et est-ce pour toi c'est quelque chose que tu fais relativement... systématique, ou bien en fonction du terrain, de la clinique, du faciès peut-être ?

Alors... Quand... Non ce n'est pas systématique.

Avec les nouveaux patients, j'essaye de le faire en systématique.

D'accord.

Chez les patients que je suis depuis longtemps, et que l'on n'en a pas trop parlés, je profite de certaines consultations s'ils viennent me voir... Parce qu'ils ont trop fait la fête, parce qu'ils veulent arrêter le tabac par exemple. Là, j'en profite pour parler des autres addictions. Et je fais le point, ou je profite des fois d'une prise de sang, où il y a un VGM un peu élevé, ou des transaminases un peu élevées, et qu'ils posent de questions sur... Ils disent « qu'est-ce que cela veut dire ? », je leur réponds « ça peut être l'alcool. Est-ce que vous en prenez ? ». Voilà, je profite de ce moment-là.

Après quand ils viennent se plaindre, ou demander de l'aide pour ça, c'est plus facile.

Et si vraiment j'ai un doute pendant l'examen, oui j'y vais.

Mais je profite, je vais dire, d'un prétexte de consultation ou d'une analyse de sang pour sauter dessus.

D'accord. Et en cas de repérage positif, comment est-ce que tu prends en charge les patients ?

Alors moi je fais majoritairement des entretiens motivationnels avec eux, où on va discuter, se donner quelques objectifs, et je les revois souvent une semaine après.

Je les revois quasiment une fois par semaine pendant un mois, quand ça va bien, voir plus s'ils en ont besoin.

Et après, en fonction du terrain, de la réponse... S'ils sont bien corticés ou pas on va dire (rire).

Et nous ici au pôle de santé on a une chance, c'est qu'au deuxième étage de notre pôle, on a l'ANPAA, qui font du suivi d'addictologie et d'alcool.

D'accord.

Donc des fois quand je sens que ça ne passe pas, que le patient n'arrive pas à discuter, ou qu'il ne rentre pas dans l'idée de l'entretien motivationnel, je l'adresse facilement à l'ANPAA au deuxième étage. Et après il va la bas et du coup ils le suivent.

Je fais majoritairement ça.

Je n'utilise pas le Baclofène par exemple, parce que je trouve que l'on n'a pas assez de recul et que je n'ai pas été formé du tout à ça.

Et tout ce qui est addictolytique, j'utilise plus comme... on va dire pour garder les patients en confiance. C'est-à-dire que quand je vois que ça marche bien l'entretien motivationnel, je ne vais faire au maximum que ça, mais si je vois que ça décroche un petit peu ou qu'ils perdent confiance ou patience sur ça, je mets un peu, par exemple, d'Aotal® pour avoir une « petite » roue de secours on va dire, ceux qui s'en servent comme béquille.

D'accord, je vais te citer des médicaments maintenant, c'est pour savoir lesquels prescrits-tu le plus souvent pour un sevrage en alcool, l'aide au sevrage en alcool, ou bien le maintien de l'abstinence ou d'une consommation contrôlée ? (*liste guide entretien, NDLR*)

Alors comme tu dis, le Baclofène, non. L'Aotal®, ça m'arrive dans mettre.

Les antidépresseurs, ça m'arrive d'en mettre, mais c'est vrai que ça dépend du terrain.

Et sinon en Benzodiazépines j'utilise du Seresta® si... si ils sont en sevrage, oui.

D'accord. Selon-toi, faut-il cibler une abstinence totale ou une consommation contrôlée ?

Moi je pense que, idéalement une abstinence totale, mais je dirais plus une consommation contrôlée.

D'accord. Cette fois-ci je vais citer des psychothérapies, lesquelles conseillerais-tu pour l'aide au maintien de l'abstinence ou d'une consommation contrôlée d'alcool ?

La psychanalyse ?

Oui (*sceptique, NDLR*).

L'approche motivationnelle ?

Oui, que je fais d'ailleurs.

Les TCC ?

Jamais utilisées.

La méditation de pleine conscience ?

Alors, j'en ai entendu parler mais jamais utilisées... mais pourquoi pas... ça peut être intéressant.

L'approche systémique familiale ?

Oui...

Les groupes de parole ?

Alors nous ici on ne les fait pas, parce qu'il y en a directement à l'ANPAA au deuxième étage. Donc moi j'adresse plutôt en addictologie et après ils ont leur groupe de parole à eux.

OK. Est-ce que tu intègres-tu la famille du patient dans la prise en charge ?

Si le patient me l'autorise.

En fait ce que je fais souvent, c'est quand ça vient d'eux-mêmes, je les vois tout seul. Rarement accompagnés.

Et après s'ils me l'autorisent, je fais venir le conjoint ou la conjointe... untel... Je m'en sers comme soutien et comme relais. Mais que s'ils me l'autorisent.

D'accord. Donc ça introduit ma question suivante. Est-ce qu'il t'arrive de rencontrer le conjoint du patient pour parler du problème ?

Encore une fois, s'ils me l'autorisent.

D'accord.

Selon toi, est-ce que la manière d'apprendre le trouble de l'usage de l'alcool modifie t'il la prise en charge thérapeutique du patient ?

(Coupure téléphonique, je répète la question, NDLR)

Non. Non au contraire, moi je trouve que ça renforce le lien parce que quand on le trouve nous-même... ça dépend des réactions mais globalement quand ils viennent t'en parler directement, ça renforce le lien, ils sont en confiance, ils sont demandeurs d'aide. Ça permet d'avancer beaucoup plus.

D'accord. Donc tu serais plutôt en faveur qu'on te le dise spontanément du coup ?

Oui, je préfère l'apprendre spontanément plutôt que l'on mette le nez dedans... Je trouve que la démarche pour aller vers le sevrage est déjà bien entamée.

Proposes-tu d'autres approches ?

...

J'ai quelques exemples si ça peut t'aider ?

Oui je veux bien des exemples, parce que je ne vois pas tellement...

La médiation corporelle ?

Non, je ne connais pas.

L'activité physique ?

Ça oui, je leur dis de faire du sport.

Les approches occupationnelles ?

Je leur dis de s'occuper l'esprit, donc en gros de faire un sport ou un hobby. Quelque chose.

Les médecines parallèles ?

Alors pas du tout.

D'accord. Je pense qu'implicitement tu as répondu à cette question.

As-tu bénéficié de formations pour la prise en charge du trouble de l'usage de l'alcool ?

Et non, du coup...

Ah, je croyais que si puisque tu citais l'entretien motivationnel...

Alors, j'ai fait de l'entretien motivationnel parce que c'était le projet initial de thèse, donc j'ai bossé l'entretien motivationnel. C'était plus sur l'idée du tabac.

Puis après j'ai changé de sujet parce que ça partait... c'était trop large comme sujet.

Donc j'ai changé de sujet de thèse. Mais par contre ça m'a toujours intéressé cette technique-là, j'ai trouvé ça toujours passionnant. Et je fais pas mal de pneumologie aussi, de tabac, c'est pour ça que je m'en sers.

D'accord. La Société Française d'Alcoologie a émis en 2015 des recommandations de bonnes pratiques sur la prise en charge du mésusage de l'alcool, avec notamment des fiches pour la médecine générale.

Alors théoriquement j'ai des fiches à te présenter, mais là ça va être dur au téléphone (rire). C'est pour savoir tu les connais, les as lues, les utilises... ?

Ah je ne les ai pas du tout vues... Elles sont disponibles sur internet ?

(Je lui ai envoyé un PDF à la suite de l'entretien, NDLR).

Selon toi, l'alcoolodépendance est-elle une maladie aiguë ou une maladie chronique ?

Chronique

Selon toi, est-ce que les spécificités du patient alcoolodépendant induisent une différence dans ta prise en charge par rapport à une autre maladie chronique, comme le diabète ou l'insuffisance cardiaque ?

Non.

Face à ces patients, ressens-tu des difficultés spécifiques quant à la prise en charge ?

Non ça va.

Et quand je sens que je perds le fil, que le lien est rompu, ou qu'ils ont rechuté plusieurs fois, je leur propose l'ANPAA ou le service d'addictologie au CHR.

Mais voilà, globalement je n'ai pas de difficultés.

Nous avons fini avec les questions, souhaites-tu rajouter quelque chose que je n'aurais peut-être pas demandé ?

Non, c'est bon. Je vais réfléchir à froid et te répondrais par mal à la limite.

Entretien Dr K

Avant de commencer, j'aimerais préciser le cadre de votre exercice : travaillez-vous exclusivement en cabinet... ?

Je pratique en cabinet de médecine générale.

D'accord, est-ce que vous faites des visites ?

Oui, je fais des visites à domicile.

Et est-ce que vous avez des vacances sur le CH ?

Oui, pour... on est maitre de stage et puis du coup... là je suis tutrice.

D'accord. Quel est le type de votre patientèle ?

On va dire semi-rurale.

Y a-t-il des particularités sociales ?

C'est homogène. Il y a de tout. J'ai effectivement des patients qui sont issus de milieux défavorisés, d'autres moins. C'est également réparti, j'ai l'impression en tout cas.

En quelle année avez-vous eu votre thèse ?

En 2010.

Quelle est la proportion de vos patients avec une consommation problématique d'alcool ?

Hum... C'est à vue de nez j'imagine ?

Oui, c'est ça. Sauf si vous avez le nombre précis (rire).

Je ne sais pas... 5%.

D'accord. Comment explorez-vous la consommation d'alcool de vos patients ?

(Dr K comprend mal la question aussi je la reformule, NDLR)

... Comment vous explorez ? Est-ce plutôt systématique, plutôt en fonction du terrain ? Est-ce que vous avez des outils, ou à l'interrogatoire ? Ce genre de détails.

Ça va être à l'interrogatoire et effectivement ça va être en fonction des paramètres biologiques que je retrouve, en fonction de l'examen clinique, et voilà... Mais ce n'est pas systématique.

En cas de repérage positif, comment prenez-vous en charge les patients ?

Alors avec une prise en charge pluridisciplinaire, avec... Que ce soit à la fois médical s'il y a besoin sur le plan gastroentérologique, etc. Et puis surtout l'addictologie.

D'accord. Par un addictologue ou une prise en charge avec des médicaments, peut-être, ou autre chose ?

Non, plutôt avec les addictologues à l'hôpital. Souvent en fait ils voient des infirmières.

D'accord. Parmi les médicaments suivants, lequel prescrivez-vous le plus souvent pour un sevrage en alcool ? *(liste guide entretien, NDLR)*

... En gros moi je vais utiliser les benzodiazépines dans le sevrage et tous les autres je ne les utilise pas, donc (rire)...

Selon-vous, faut-il cibler une abstinence totale ou une consommation contrôlée ?

Consommation contrôlée plutôt, après ça dépend des cas.

Parmi les psychothérapies suivantes, lesquelles conseillerez-vous pour l'aide au maintien de l'abstinence ou d'une consommation contrôlée d'alcool ? (*liste guide entretien, NDLR*)

Ok. Donc ça c'est toujours dans l'idée du sevrage ?

Ici, c'est pour l'aide au maintien de l'abstinence... ou d'une consommation contrôlée, si vous choisissez une consommation contrôlée.

Ok, moi plutôt les groupes de parole et puis les approches systémiques familiales.

Intégrez-vous la famille du patient dans sa prise en charge ?

Ça dépend, pas toujours

Pouvez-vous m'en dire plus ?

Ah, ça ne rentre pas dans les cases... (Rire) Disons que oui je peux mais il y a certaines personnes pour qui il n'y a pas besoin.

D'accord. Et vous arrive-t-il de rencontrer....

Vous avez qu'à mettre non, comme ça...

Tout à fait... Alors ce n'est pas une question oui/non. La question est certes fermée mais la réponse, elle, peut être ouverte... « oui, peut-être, dans certaines situations »...

Oui, dans certaines situations. Parce qu'il y a certains patients qui ont.... Finalement... Disons que l'abord est assez vite bloqué, on a besoin d'entendre aussi l'entourage.

D'accord. Vous arrive-t-il de rencontrer le conjoint du patient pour parler du problème ?

Oui, mais après souvent il vient de lui-même.

Selon vous, est-ce que la manière d'apprendre le trouble de l'usage de l'alcool modifie la prise en charge thérapeutique du patient ?

Oh oui je pense.

Proposez-vous d'autres approches ?

Non.

Avez-vous des formations ?

Personnellement ?

Pour l'alcool, je précise...

Non.

La Société Française d'Alcoologie (SFA) a émis en 2015 des recommandations de bonnes pratiques sur la prise en charge du mésusage de l'alcool, avec notamment des fiches pour la médecine générale (*question guide entretien, NDLR*)

Non...

Selon vous, l'alcoolodépendance est-elle une maladie aiguë ou une maladie chronique ?

Chronique.

Selon vous, les spécificités du patient alcoolodépendant induisent-elle une différence dans votre prise en charge par rapport à une autre maladie chronique, comme le diabète ou l'insuffisance cardiaque ?

Non. C'est la même prise en charge que pour une autre maladie mais... C'est valable pour toutes les maladies.

D'accord.

Chaque maladie a sa prise en charge (rire)

Oui voilà, le sens... Quand j'avais fait la question... Elle est difficile à comprendre et difficile à expliquer... Ma question c'est « est-ce que les spécificités comportementales, parfois le patient alcoolique a un comportement, une personnalité, parfois même des comorbidités particulières qui rendent compliqués sa prise en charge par rapport à une autre maladie, comme le diabète, l'hypertension... »

Oui, c'est vrai. Mais c'est valable pour tellement de pathologies que... Il faut s'adapter quoi.

D'accord, oui c'est vrai. Face à ces patients, ressentez-vous des difficultés spécifiques quant à la prise en charge ?

Ah ba oui, les patients « addicto » c'est toujours un peu compliqué mais bon. C'est... évidemment avec les difficultés par rapport à l'observance, par rapport à au lien de confiance qu'il peut y avoir avec le médecin. Qu'il peut y avoir ou pas... Et puis... C'est surtout ça.

Nous avons fini avec les questions, souhaitez-vous rajouter quelque chose que je n'aurais peut-être pas demandé ?

Non.

Entretien Dr L

Avant de commencer, j'aimerais préciser le cadre de votre exercice : travaillez-vous exclusivement en cabinet, ou avez-vous des visites à domicile ?

Je fais des visites, et du cabinet.

Est-ce que vous avez des vacations sur un CH ?

Non.

De même, quel est le type de votre patientèle ?

Qu'est-ce que tu entends par là d'habitude ? Rurale c'est ça... ?

Oui c'est ça... Urbaine, rurale, jeune ou âgée...

Alors urbaine, et plutôt... Pas très âgée...Oui, jeune. La soixantaine.

Et c'est une patientèle de personnes qui ont un statut social favorisé ou défavorisé ?

Je n'y fais pas trop attention. Ce sont surtout des gens qui ont un travail, mais j'ai quelques CMU.

En quelle année avez-vous eu votre thèse ?

En 1989.

Quelle est la proportion de vos patients avec une consommation problématique d'alcool ?

En pourcentage ? Actuellement, j'ai peut-être une dizaine de patients dans ma patientèle qui admettent...

Comment explorez-vous la consommation d'alcool de vos patients ?

Par l'interrogatoire.

Est-ce que c'est une recherche qui est systématique, ou qui dépendra du terrain, du questionnement peut-être ?

Plutôt du terrain, ou éventuellement d'une prise de sang avec des GGT un peu élevés par exemple. Ou d'une impression. Ou d'une haleine alcoolique des fois.

D'accord. Et est-ce uniquement par l'interrogatoire ou utilisez-vous parfois des écrits, des échelles...?

Non, je n'ai pas d'échelle.

En cas de repérage positif, comment prenez-vous en charge les patients ?

...

Je précise ma question... C'est pour explorer les grands axes. Est-ce plutôt une approche par les médicaments, une approche psychologique ou directement une prise en charge par un spécialiste ?

Tout d'abord, c'est plus par la discussion.

Ensuite j'essaye moi-même d'instaurer un traitement. Si le patient ne se sent pas capable d'arrêter seul sa consommation alcoolique, et ensuite si je n'y arrive pas, là c'est un avis soit pour une cure soit pour un sevrage auprès d'un addictologue.

Parmi les médicaments suivants, lesquels prescrivez-vous le plus souvent pour un sevrage en alcool...

(Avant les propositions du guide d'entretien, NDLR)

Je tourne souvent avec le Revia ® et le Baclofène et un anxiolytique quand il y a besoin. Il y a souvent besoin d'ailleurs.

Une Benzodiazépine ? Pour le sevrage ? Pour le maintien de l'abstinence...?

Plutôt pour le sevrage. Le sevrage, oui.

Et le Revia ® et le Baclofène, c'est pour... après ?

Pour le sevrage.

Ah (rire) peut-être que l'on n'a pas la même notion du sevrage (rire)...

Ah oui alors pour l'aide au sevrage. En discutant avec le patient, il me dit que oui effectivement il boit beaucoup...

“Veux-tu de l'aide pharmacologique ?” Et là je mets en route un traitement.

Une fois qu'il est sevré et qu'il ne boit plus du tout, c'est ça ?

Oui, c'est ça.

Eh bien, ça dépend un petit peu de leur demande finalement. Je vais être hors AMM, complètement. Des fois, ils ont besoin de prendre quelque chose, même s'ils sont abstinents.

D'accord. Donc les molécules que vous venez de me citer, c'est pour l'aide au sevrage dans un premier temps ?

Oui, l'aide au sevrage dans un premier temps.

D'accord. Je citais comme autre molécule les neuroleptiques ?

(Sceptique, NDLR)

Les antidépresseurs ?

(Sceptique, NDLR)

L'Aotal ® ?

Ah oui l'Aotal ® aussi...

D'accord. Je citais aussi l'Esperal ® ?

Moins...

Et le Selincro ® Nalméfène ?

Non, pas du tout.

Selon-vous, faut-il cibler une abstinence totale ou une consommation contrôlée ?

(Rire) Totale.

Parmi les psychothérapies suivantes, lesquelles conseillerez-vous pour l'aide au maintien de l'abstinence ou d'une consommation contrôlée d'alcool ? (*Liste guide entretien, NDLR*)

(Réponse sceptique pour les propositions, NDLR)

Sur Vire, ça va surtout être les groupes de parole.

(Me parle d'une association avec des psychologues sur Vire qui propose des groupes de paroles, NDLR)

Et pour les autres psychothérapies ?

Je n'ai rien contre, mais ça ne se fait pas. Sur Vire, ce n'est pas possible.

Intégrez-vous la famille du patient dans la prise en charge ? Si oui, comment ?

Et bien ça dépend (rire).

Si le patient vient en couple pour ce problème-là oui, sinon non, je suis tenu par le secret professionnel.

Vous arrive-t-il de rencontrer le conjoint du patient pour parler du problème ?

Eh, elle n'est pas précise ta question... (Rire) En dehors ?

Non en effet, elle n'est pas précise... Alors je vais préciser. Le conjoint avec ledit patient en même temps que pour le problème ?

Oui, en même temps, ça arrive. Par contre si le conjoint vient le lendemain pour un autre problème, je ne vais pas lui en parler.

Voilà, ce n'est pas facile. Mais même dans un couple on est tenu par le secret professionnel.

Après, il nous arrive d'aborder un peu le problème, surtout quand le conjoint souffre. Surtout dans les familles avec un niveau social élevé. Quand il y a un des conjoints qui boit, si on en parle le lendemain, et bien je vais en parler... Je ne vais pas rester fermée... Mais ils arrivent, oui des fois, en couple.

Selon vous, est-ce que la manière d'apprendre le trouble de l'usage de l'alcool modifie t'il la prise en charge thérapeutique du patient ?

Je vais dire non.

Non, j'en parle ouvertement. A partir du moment où je pense qu'il y a une alcoolisation, j'en parle ouvertement. Que ce soit découvert au cours d'une prise de sang, ou d'une haleine ou d'un examen, ou si c'est le patient qui vient me le dire.

Mais jamais avec des reproches en tout cas.

Proposez-vous d'autres approches ?

Non.

Avez-vous bénéficié de formations pour la prise en charge du trouble de l'usage de l'alcool ?

Je réfléchis. Non. En tout cas pas récemment qui m'ait marqué.

La Société Française d'Alcoologie (SFA) a émis en 2015 des recommandations de bonnes pratiques sur la prise en charge du mésusage de l'alcool, avec notamment des fiches pour la médecine générale (*questions guide entretien, NDLR*)

Non, du tout...

De même, avec-vous connaissance de la campagne en cours de Santé Publique France sur le mésusage de l'alcool ?

Oui. On a vu ça.

Selon vous, l'alcoolodépendance est-elle une maladie aiguë ou une maladie chronique ?

Chronique.

Selon vous, les spécificités du patient alcoolodépendant induisent-elle une différence dans votre prise en charge par rapport à une autre maladie chronique, comme le diabète ou l'insuffisance cardiaque ? Si oui, lesquels ?

Oui, oui. Carrément oui.

Face à ces patients, ressentez-vous des difficultés spécifiques quant à la prise en charge ?

Du moment qu'il n'est pas agressif, non. L'agressivité me fait peur...

Mais autrement non... C'est vrai que j'ai des patients qui ont un problème d'alcool, mais c'est vrai que l'on n'aborde pas la consultation de la même manière.

Nous avons fini avec les questions, souhaitez-vous rajouter quelque chose que je n'aurais peut-être pas demandé ?

Eh bien, je suis beaucoup plus patiente, entre l'alcoolisation aiguë ça je ne supporte pas... ça me plombe l'atmosphère comme pas possible dans le cabinet quelqu'un qui arrive complètement « bourré »...

Je suis beaucoup plus patiente avec une alcoolisation chronique. Ça oui, je suis à l'écoute... Oui.

Entretien Dr M

Avant de commencer, j'aimerais préciser le cadre de ton exercice : travailles-tu exclusivement en cabinet, ou as-tu des visites à domicile ? Des vacations au CHU de Caen ?

Je travaille en cabinet de groupe, de médecins généralistes. Et je fais des visites le midi, en moyenne 1 visite par jour. Je n'ai pas de vacations.

Peux-tu me décrire ta patientèle ?

Oui, j'ai reçu ça aujourd'hui (me montre un document, NDLR). Je vais pouvoir te la décrire en détail.

Alors, 16% de patients en CMU, 20% de patients <16 ans, 58% de patients de 16 à 59 ans, 10% de 60 à 69 ans et 10% de > 70 ans.

En quelle année as-tu eu ta thèse ?

En 2006.

Quelle est la proportion de tes patients avec une consommation problématique d'alcool ?

Ce n'est pas facile à dire...

Je ne saurais pas te dire...

Une fourchette ?

Je dirais 5%

Comment explores-tu la consommation d'alcool de vos patients ?

Je leur pose la question généralement. "Est-ce que vous buvez de l'alcool ?". Question ouverte au début et quand je n'ai pas de...

Souvent c'est dans le questionnaire initial, je leur demande leur consommation de toxique : tabac... Je commence par le tabac car il y a beaucoup de gens qui fument ; puis alcool, c'est plus difficile ; puis d'autres stupéfiants.

Et quand j'ai moi des doutes, ou des signes d'exogénose, j'essaye de rentrer un peu plus dans le détail.

"Est-ce que vous buvez de l'alcool ? Oui ou non" ; "Tous les jours / Pas tous les jours ?"... Et dans le détail, je demande "qu'est-ce que vous buvez et quand est-ce que vous buvez ?"

D'accord. En cas de repérage positif, comment prends-tu en charge les patients ?

Ah (rire), c'est vaste comme question.

Oui (rire). Ma grande idée, c'est... "Est-ce plutôt un domaine pharmacologique, ou psychothérapeutique ou spécialiste" ?

Quand c'est un tout premier contact et que la consommation est problématique mais qu'elle n'a pas encore engendrée de problèmes psychosociaux, tu donnes des conseils, un peu comme pour le tabac.

La consommation problématique c'est vaste aussi. Ça peut être juste le mec qui s'alcoolise le week-end de manière excessive à celui qui boit 4 ou 5 verres par jours voir plus. C'est très vaste.

Tu ne vas pas envoyer le mec qui a pris une cuite une fois dans le mois dernier au CHR, et inversement tu as des gens... tu leur proposes d'emblée d'être suivis par un addictologue parce que tu vois bien que c'est plus général, et que toi juste ton intervention brève sur le quart d'heure de consultation ne va pas suffire. Il faut une prise en charge plus globale.

Parmi les médicaments suivants, lesquels prescrites-tu le plus souvent pour un sevrage en alcool ? (*liste guide entretien, NDLR*)

Pour un sevrage ambulatoire ? Oxazépam, Seresta ® 10 mg pendant 7 jours.

Les neuroleptiques non.

Les antidépresseurs, ça arrive, et plutôt la Paroxétine, dans les contextes psychiatriques.

L'Aotal ® pour le maintien.

Naltrexone jamais, Esperal ® jamais, Baclofène jamais et Selincro ® je l'ai prescrit une fois à la demande de la patiente.

A la demande ?

Oui, parce qu'elle m'a dit qu'elle voulait continuer à consommer un peu.

Selon toi, faut-il cibler une abstinence totale ou une consommation contrôlée ?

Ça dépend des gens. Ceux qui ont un gros problème avec l'alcool, ce qui ont déjà eu des conséquences psychosociales (retrait de permis, divorce...), là je serais plus dans l'abstinence totale.

Et pour ceux qui ont déjà expérimenté de garder une petite consommation et que ça a échoué... mais ça dépend... tu ne peux pas les forcer ici, tu peux juste les conseiller.

Donc oui, s'il y a déjà eu des problèmes je leur recommande l'abstinence totale, et y en a d'autre, ceux qui ont une consommation problématique, tu leur donnes des conseils mais tu ne vas pas... Celui qui se prend une cuite le week-end, tu ne vas pas lui dire d'arrêter complètement l'alcool. Tu vas lui expliquer que c'est problématique de consommer au point d'être ivre, mais tu ne vas pas lui interdire de consommer tout alcool...

Parmi les psychothérapies suivantes, lesquelles conseillerais-tu pour l'aide au maintien de l'abstinence ou d'une consommation contrôlée d'alcool ?

La psychanalyse ?

Non.

L'approche motivationnelle ?

Oui.

Les TCC ?

Ça m'est arrivé, oui.

La méditation de pleine conscience ?

Pourquoi pas.

L'approche systémique familiale ?

Je n'ai jamais conseillé, mais c'est vrai que ça pourrait être pas mal. Après il faut avoir le bon interlocuteur.

Les groupes de parole ?

Et les groupes de parole aussi.

Intègres-tu la famille du patient dans la prise en charge ?

Bien sûr. Quand ils ne sont pas isolés... oui.

T'arrive-t-il de rencontrer le conjoint du patient pour parler du problème ?

Souvent. Et souvent c'est le conjoint qui l'amène (rire).

Selon toi, est-ce que la manière d'apprendre le trouble de l'usage de l'alcool modifie t'il la prise en charge thérapeutique du patient ?

C'est à dire ? Ah... C'est le patient qui en parle ou c'est le patient qui en parle ?

Oui c'est ça. Est-ce que c'est le patient qui vient spontanément avec une demande ou est-ce que c'est le conjoint qui l'amène et qui dit...

Ah oui, ça change complètement... Quand c'est le patient qui demande, ça change tout et quand la femme qui l'amène, ça ne marche pas (rire).

Quand on le découvre on peut juste donner les conseils mais tant qu'il n'a pas décidé...

Proposes-tu d'autres approches ?

Non. Quand c'est d'autres approches, ce n'est pas moi qui propose.

Quand ce que je propose, moi, ne marche pas j'adresse directement les patients... Quand juste le sevrage en ambulatoire chimique... Moi je fais de l'entretien motivationnel en fait, et de la psychothérapie de soutien pour les personnes qui ont des problèmes psychiques.

Un antidépresseur éventuellement. Et quand ça, ça ne marche pas ou ça échoue, j'adresse à l'addictologue qui lui peut faire ça.

Enfin c'est comme pour tout le reste.

Quand ce que tu fais ne marche pas, tu adresses au spécialiste.

As-tu bénéficié de formations pour la prise en charge du trouble de l'usage de l'alcool ?

Non.

En lecture d'article peut-être, mais pas de formations spécifiques sur l'alcool.

D'accord. La Société Française d'Alcoologie a émis en 2015 des recommandations de bonnes pratiques sur la prise en charge du mésusage de l'alcool, avec notamment des fiches pour la médecine générale (*questions guide entretien, NDLR*)

Oui je les avais vues à l'époque.

(Me parle de la campagne de prévention de Santé Publique France, NDLR)

Enfin ce n'est pas la SFA qui les a sortis, c'est l'INPES. Je ne sais pas sur quoi ils se basent.

Selon toi, l'alcoolodépendance est-elle une maladie aiguë ou une maladie chronique ?

Chronique.

Selon toi, les spécificités du patient alcoolodépendant induisent-elle une différence dans votre prise en charge par rapport à une autre maladie chronique, comme le diabète ou l'insuffisance cardiaque ?

Oui (rire). Il faut qu'ils soient motivés et qu'ils s'en rendent compte.

Généralement le déni de l'insuffisance cardiaque c'est plus rare (rire).

Oui j'ose imaginer. Enfin c'est plus rare mais ça doit exister quand même. Mais qu'on est symptomatique et qu'on finit à l'hôpital, généralement on s'en rend compte (rire).

Généralement, les gens qui ont une insuffisance cardiaque ils se rendent compte de la pathologie et ils sont plus observants. Le problème de l'alcool, c'est... Voilà c'est le déni ou l'absence de motivation à l'arrêt. On fait ce qu'on peut...

Face à ces patients, ressens-tu des difficultés spécifiques quant à la prise en charge ?

Oui, quand ils ne sont pas dans la prise en charge.

Oui, quand il n'y a pas de lien ?

Oui, quand pour eux il n'y a pas de problème.

Nous avons fini avec les questions, souhaites-tu rajouter quelque chose que je n'aurais peut-être pas demandé ?

Non... La grosse difficulté en médecine générale, c'est parfois de les repérer, ils se cachent bien en fait (rire), et quand tu les as repérés... tu donnes les conseils de base mais tu ne peux pas faire grand-chose d'autre.

Entretien Dr N

Avant de commencer, j'aimerais préciser le cadre de ton exercice : travailles-tu exclusivement en cabinet, ou as-tu des visites à domicile ? Des vacations au CHU de Caen ?

**Surtout je suis en cabinet et je fais beaucoup de consultations. Très peu de visite. Parce que j'ai créé... J'ai une patientèle plutôt jeune. Donc consultations au cabinet essentiellement.
Et je n'ai pas de vacations.**

D'accord. Quel est le type de ta patientèle ?

**Alors, quand on regarde la répartition de mes patients, j'ai pas mal d'enfants, mais j'ai beaucoup de jeunes adultes. Oui, entre 20 et 60 ans.
On va dire que la majorité de mes patients ont entre 18 et 59 ans. On va dire. Après j'ai très peu de personnes âgées... et des enfants, pas mal.**

D'accord. J'y pense maintenant... Je poserais la question plus tard mais j'y pense maintenant. As-tu des formations particulières ?

Non, pas du tout. Je compte en faire une bientôt, en gynéco-obstétrique, à priori un DU, mais je ne sais pas du tout. C'est en cours de réflexion...

Question de détail, en quelle année as-tu eu ta thèse ?

Bonne question... En 2008.

Quelle est la proportion de tes patients avec une consommation problématique d'alcool ?

Alors, il faudrait que je regarde la dernière déclaration ROSP. En pourcentage je ne sais pas, je n'avais pas calculé, mais j'en ai une bonne vingtaine à peu près. Ça dépend ce que l'on appelle les problèmes avec l'alcool, la définition exacte.

Alors j'ai vraiment des gens alcooliques avérés qui consultent pour ça, qui en parlent, etc. Et je sais que j'ai d'autres patients qui consomment régulièrement de l'alcool mais qui n'ont, on en parle, aucuns problèmes. Enfin voilà, ou en tout cas pour eux ils savent que voilà, ils sont consommateurs excessifs mais n'ont pas de conséquences physiques pour le moment, et pour eux, même si on en parle régulièrement, ils ne sont pas sensibilisés, même si j'en parle assez régulièrement.

Donc tu vois, j'avais noté 24 de mes patients avec une consommation régulière et excessive d'alcool sur environ 600-700... Après ça compte les enfants... Mais je pense que j'en ai plus.

D'accord. Comment explores-tu la consommation d'alcool de vos patients ?

Au tout-venant, comme ça ?

Déjà, on essaye d'en parler. Moi déjà je pose la question assez ouvertement. Et après biologiquement, bien évidemment.

Je ne fais pas ça à priori, mais à la biologie on a quand même les marqueurs essentiels de syndrome métabolique qui augmentent, comme la ferritine, le VGM... alors le VGM c'est quand même quand ils sont de gros consommateurs... les plaquettes et tout ça. Et puis aussi des choses qui peuvent baisser. Donc biologiquement ça m'arrive de détecter, de me dire qu'il doit y avoir quelque chose. Généralement on en parle.

Et quand tu explores... est-ce à l'interrogatoire uniquement ou utilises-tu des outils ?

Ah non, ce n'est pas bien (rire). Je n'utilise pas d'échelle.

Parce qu'en fait je ne suis pas très échelle. C'est nul mais... Je pense que c'est de la méconnaissance, vraiment.

Tu vois ?

Ou peut-être le fait de penser que je ne vais pas avoir le temps... C'est faux, je pense que ça peut être très rapide, au final je peux peut-être cibler beaucoup plus vite qu'avec mes questions un peu aléatoires...

D'accord. En cas de repérage positif, comment prends-tu en charge les patients ?

En fait je dirais que ça dépend.

Si le patient est vraiment... s'il est physiquement atteint. Que je le vois et qu'il est en détresse, en sevrage, en réelle demande, il est évident que je vais l'aider du point de vue des molécules. Je ne vais pas le laisser comme ça, avec des anxiolytiques, ou autre, du Valium ® ou autre...

Et je vais lui proposer aussi très vite s'il a besoin de voir le centre d'addictologie, parce que nous, on a la chance à Lisieux d'avoir un centre d'addictologie qui est très réactif. Donc c'est vrai qu'on les appelle souvent et ils voient nos patients rapidement, ils les suivent toutes les semaines voire... ils déclenchent des cures. On travaille pas mal avec eux.

Donc si j'ai un patient qui est en détresse, ou qui s'enfoncé, s'est encore arrivé récemment, des patients qui viennent me voir et qui me disent qu'ils ne sont pas bien, qu'ils ont merdé, qu'ils ont rechuté, qu'ils arrivent trop tremblotant parce qu'ils s'en veulent et que ça fait 3 jours qu'ils sont en sevrage, je les aide évidemment d'un point de vue pharmacologique et puis psychologique aussi. J'essaye de les orienter très vite en fait.

Moi je suis là je prends du temps avec eux, je leur dis qu'on peut se revoir la semaine prochaine, qu'on peut refaire le point, mais je les adresse assez rapidement au centre d'addictologie. S'ils sont d'accord, car il y en a qui ne veulent pas.

Je dirais plutôt... Les molécules c'est le patient, on sent qu'il y a une réelle dépendance, qu'il n'est pas bien, qu'il veut arrêter rapidement et qu'il est déjà à moitié en sevrage et qu'il n'est pas bien.

Après, si c'est un problème d'alcool que le patient... je le détecte mais le problème n'est pas, on va dire.... C'est compliqué de savoir quand ça commence à prendre des proportions... Mais, quand ça n'a pas pris de proportions, même dans sa vie sociale, dans sa vie privée, voilà... Qu'il est encore stable dans plein de domaines, on en parle bien

évidemment. Je lui propose surtout une approche de soutien psychologique, et puis... Voilà.... On essaye de trouver les failles et je ne lui propose pas forcément d'emblée des traitements en fait. Ça dépend. On en parle. C'est vraiment au cas par cas.

Selon toi, faut-il cibler une abstinence totale ou une consommation contrôlée ?

Je vais te répondre vraiment... une réponse de normand.

Je cible évidemment.... Si on a quelqu'un qui a une consommation chronique avérée, qui a détruit sa vie, qui a fait de nombreuses cures, qui vient me revoir pour une énième fois, on vise l'abstinence totale.

Dans les cas d'alcoolisme pas totalement assumé et compris, ou en tout cas les gens relativisent un peu, ils savent que c'est un problème, et que l'on sait que l'on n'obtiendra pas d'abstinence totale, on essaye plutôt d'obtenir la consommation minimale.

Du coup je vise plutôt l'abstinence totale parce qu'on sait que c'est un problème d'addiction. S'il faut vraiment que je choisisse... l'abstinence totale. J'essaye. Mais bon, je ne suis pas non plus... Je fais du cas par cas. Si on sait que ça n'arrivera pas et que ça n'est pas possible, alors du coup je vise plutôt l'autre (rire). On vise la consommation contrôlée.

Intègres-tu la famille du patient dans la prise en charge ?

En globalité ? Pas vraiment en fait. Je l'intègre quand on parle avec le patient, mais c'est vrai que.... Tu veux dire, est-ce que je fais consulter le patient avec le conjoint ?

Oui, par exemple.

Alors j'ai déjà proposé. Je pense à une dame... Et en fait j'ai rarement eu, parce que les gens ne veulent pas forcément, venir avec leurs conjoints, c'est un peu compliqué. Même s'ils en parlent avec leurs conjoints ou autres, en fait il y a une sorte de relation un peu...d'intimité pendant la consultation et les 2 ou 3 fois que j'ai proposé qu'ils viennent avec leur proche, ça a été refusé. Enfin, ils ne voulaient pas. Mais après c'est vrai, je n'ai pas le réflexe à chaque fois. Je vois le patient... Mais il faut... C'est vrai que moi souvent les patients sont très isolés. Ils n'ont pas de proches. La plupart n'ont pas de proches. Après j'en ai quelques-uns qui ont une famille, ou qui n'en ont plus parce qu'ils se sont faits largués ou que la femme elle n'en peut plus...

Mais globalement, c'est vrai que je n'ai pas une approche très familiale. Je me rends compte.

Selon toi, est-ce que la manière d'apprendre le trouble de l'usage de l'alcool modifie t'il la prise en charge thérapeutique du patient ?

... Je ne sais pas...

Oui peut-être. Parce que si c'est le patient qui vient en état de détresse, si lui me dit clairement qu'il ne va pas bien, qu'il consomme ou qu'il a replongé, qu'il détruit sa vie, je vais certainement sortir l'artillerie lourde. Je vais « appeler la cavalerie », je vais vite l'adresser en addictologie.

Alors que si c'est moi qui suspecte par exemple, je vois à la prise de sang, ou au comportement, s'il sent l'alcool, etc. Je mettrais probablement plus de temps, enfin ça va retarder la prise en charge forcément, parce que souvent ils sont dans le déni.

Alors j'essaye, moi, avec mes gros sabots d'y aller et de demander clairement. Mais c'est compliqué, parce qu'on a parfois un déni, la prise en charge n'est vraiment pas la même, ça c'est sûr.

Il y a des tas de patients que je sais qu'ils consomment. On en a parlé mais ils refusent de m'en parler et disent que tout va bien, alors là c'est compliqué d'aller plus loin, même si je leur dis « vous voyez votre prise de sang elle n'est pas géniale », mais ils vont me dire « oui mais c'est juste un petit verre de temps en temps et franchement il n'y a pas de problème », et puis il m'envoie un peu bouler... Mais... Et du coup ça modifie ma prise en charge.

Quand c'est eux qui viennent vers moi et qui sont dans la demande, bien sûr que là on est beaucoup plus ouvert ; c'est compliqué quand on suspecte et que le patient est un peu récalcitrant. Donc je serais beaucoup moins... Je ne vais

pas... Voilà, on ne peut pas forcer. Les molécules n'auront pas leur place. Là, c'est plus l'aspect psychologique, parler avec le patient, essayer de lui faire sortir les vers du nez.

La Société Française d'Alcoologie (SFA) a émis en 2015 des recommandations de bonnes pratiques sur la prise en charge du mésusage de l'alcool, avec notamment des fiches pour la médecine générale (*questions guide entretien, NDLR*)

Non...

(Je propose de lui transmettre par email, nous sommes au téléphone, NDLR)

De même, as-tu connaissance de la campagne en cours de Santé Publique France sur le mésusage de l'alcool ?

Non.

Selon toi, l'alcoolodépendance est-elle une maladie aiguë ou une maladie chronique ?

Ah... Comme ça d'emblée je dirais chronique. Il peut y avoir évidemment des périodes où le patient consomme... Voilà ... Mais globalement je pense que c'est un problème récurrent.

Donc au final, sur l'histoire d'une vie, c'est chronique.

Selon toi, les spécificités du patient alcoolodépendant induisent-elle une différence dans ta prise en charge par rapport à une autre maladie chronique, comme le diabète ou l'insuffisance cardiaque ?

Oui, bien sûr que ça modifie globalement la prise en charge, même par rapport à l'observance des traitements, par rapport aux traitements que l'on va instaurer. Je me dis toujours que ceux sont des personnes, en tout cas qui ont cette dépendance, donc qui peuvent être dépendant à autres choses, d'autres molécules, donc j'évite de rajouter en fait.

Et je les prends... Après la prise en charge elle est plus... Elle est globale de toute façon pour tous les patients, mais je pense que l'on va être plus vigilant sur plein de choses, sur l'insuffisance cardiaque, sur le diabète, tout ce qui est syndrome métabolique en fait.

Tout ce qui peut engendrer des problèmes et puis ce côté aussi psychologique et social qui jouent beaucoup chez nous. On a beaucoup de problèmes sociaux aussi à gérer donc on sait que ça peut amener des problèmes d'isolement et de... donc oui je les prends... oui ça modifie, bien sûr.

Face à ces patients, ressens-tu des difficultés spécifiques quant à la prise en charge ?

Oui, ça peut arriver. Bien sûr.

Déjà, des difficultés par rapport à tout ce que ça implique, il y a des difficultés par rapport à la prise en charge médicale, mais pas tant que ça. Je dirais que c'est plus la prise en charge globale ; la prise en charge sociale, médico-sociale en fait.

Moi c'est vraiment ça qui me pèse le plus.

Ce sont souvent des gens isolés, plus de parents ou plus d'enfants, qui sont rejetés de tous, donc ce sont des gens qui vivent parfois dans une misère extrême. Pas tous. Mais j'ai quelques exemples là... Souvent je suis un peu démunie parce qu'il y a tellement de problèmes, que l'alcool est un problème de plus.

Donc en fait, oui, parfois je suis assez démunie. Mais pas trop sur le plan de prise en charge médicale parce que je trouve que je suis bien entouré à Lisieux. On a ce centre d'addictologie, un super gastrologue. Donc de ce point de vue-là, ça va. C'est plus pour la prise en charge plus globale.

Et puis aussi face au déni. On sait qu'il y a des patients qui boivent, on essaye de... C'est compliqué quoi, quand la porte elle est fermée. Quand on veut en parler et qu'ils nous soutiennent que non... Là, on ne peut pas (rire).

Nous avons fini avec les questions, souhaites-tu rajouter quelque chose que je n'aurais peut-être pas demandé ?

Non.

Questions par mail

Parmi les médicaments suivants, lesquels prescris-tu le plus souvent pour un sevrage en alcool ?

- *Benzodiazépines (ex: Diazepam (Valium ®), Oxazépam (Seresta ®)) ?*
- *Neuroleptiques (ex : Halopéridol (Haldol ®), Cyamémazine (Tercian ®)) ?*
- *Antidépresseurs (ex : Fluoxétine (Prozac ®), Paroxétine (Deroxat ®)) ?*
- *Acamprosate (Aotal ®)*
- *Naltrexone (Revia ®)*
- *Disulfiram (Esperal ®)*
- *Baclofène (Lioresal ®)*
- *Nalméfène (Selincro ®)*

Benzodiazépines (Seresta ®) et +/- l'Aotal ®.

Pour une aide à la gestion du sevrage, lesquels (de la liste ci-dessus) prescris-tu préférentiellement ?

Benzodiazépines et antidépresseurs.

Pour une aide au maintien de l'abstinence, lesquels (de la liste ci-dessus) prescris-tu préférentiellement ?

Aotal ® ou Lioresal ®.

Pour une aide au maintien d'une consommation contrôlée, lesquels (de la liste ci-dessus) prescris-tu préférentiellement ?

Benzodiazépines.

Parmi les psychothérapies suivantes, lesquelles conseillerais-tu pour l'aide au maintien de l'abstinence ou d'une consommation contrôlée d'alcool ?

- *Psychoanalyse*
- *Approche motivationnelle*
- *TCC*
- *Méditation de pleine conscience*
- *Approche systémique familiale*
- *Groupe de parole*

Approche motivationnelle + familiale et groupe de parole.

Entretien Dr O

Peux-tu me décrire ton activité s'il te plaît ?

Omnipraticien, semi-rural, en association avec mon épouse, 61 ans. Je suis un vieux docteur (rire).

Est-ce que tu as des visites ?

Oui, 2 par jour environ.

D'accord. Est-ce que tu as des vacances ?

Non.

D'accord. Quel est le type de ta patientèle ?

C'est très varié. Y compris toxicomanie, polytoxicomane, je fais de la substitution en méthadone... Enfin je fais de tout quoi. Non c'est vraiment très varié, le médecin généraliste par excellence. Il y a autant de jeunes que de vieux... J'ai un truc équilibré. Quand je regarde les statistiques des autres, je suis le trait équilibré, le trait moyen.

D'accord. Et en quelle année as-tu eu ta thèse ?

1979.

Quelle est la proportion de tes patients avec une consommation problématique d'alcool ?

Problématique ? Allez, on dit 5-6%, oui parce que vu que j'ai de tout...

Comment explores-tu la consommation d'alcool de vos patients ?

A l'interrogatoire et puis la biologie aussi de temps à autre, enfin même souvent.

D'accord. Est-ce que tu fais ça systématiquement ou en fonction d'un appel ?

Oui, non.... Systématiquement. Ce n'est pas un problème.

Donc à l'interrogatoire. Avec des outils dirigés ? Des outils ? Ou « au feeling » ?

C'est une quantification de la quantité bue, carrément. Je mets vite les pieds dans le plat (rire).

En cas de repérage positif, comment est-ce que tu prends en charge tes patients ?

Bon déjà une biologie, une échographie hépatique souvent pour essayer de voir s'il y a une stéatose, puis après s'ils sont compliants ou pas, ça dépend. Il y en a qui s'en foutent, alors bon là je m'arrête.

D'accord. Donc le retentissement et après plus ou moins la thérapeutique s'il y en a besoin...

Oui.

D'accord. Et côté thérapeutique, es-tu plutôt sur un penchant pharmacologique, psychothérapeutique ou prise en charge par un spécialiste en ville ?

Pharmacologique surtout.

Psychothérapeutique un peu, enfin quand je peux quoi...

Le spécialiste en ville, non. Quand vraiment ça ne va pas je les envoie au centre ELSA à Flers (*Equipe de Liaison en Soins Addictologiques, NDLR*).

Parmi les médicaments suivants, lesquels prescrivez-vous le plus souvent pour un sevrage en alcool ?

Les Benzodiazépines ?

Oui. Oui.

Les neuroleptiques ?

Non, rarement.

Les antidépresseurs ?

Oui si nécessaire.

L'Acamprosate (Aotal ®) ?

C'est... Un peu... ¼ des cas... même pas, je ne suis même pas sûr... Non je n'en fait pas beaucoup.

La Naltrexone (Revia ®) ?

Oui c'est ça. Alors un peu plus. Peut-être un petit tiers.

Le Disulfiram (Espanal ®) ?

Non. Non.

Le Baclofène (Lioresal ®) ?

J'ai essayé...Ouais (sceptique). Oui je l'utilise sinon, enfin je l'ai essayé au moins.

Le Nalméfène (Selincro ®) ?

Oui je l'utilise pas mal. Je l'ai essayé, ce n'est pas trop mal. Je dirais que c'est une fois sur deux, j'essaye.

Selon toi, faut-il cibler une abstinence totale ou une consommation contrôlée ?

Une consommation contrôlée on va dire.

Alors ces questions se réfèrent à ce que je viens de vous proposer comme médicament, c'est plus facile avec la liste sous les yeux, enfin je vais la répéter.

Quels sont les médicaments que tu es... vis-à-vis de ce que l'on a dit... pour une aide à la gestion du sevrage, ou pour une aide au maintien de l'abstinence si vous choisissez l'abstinence, ou de la consommation contrôlée si tu choisis la consommation contrôlée ?

C'est pour la consommation contrôlée... ? Alors il faut que je te dise les médicaments que tu viens...

C'est le Selincro ®.

Parmi les psychothérapies suivantes, lesquelles conseillerais-tu pour l'aide au maintien de l'abstinence ou d'une consommation contrôlée d'alcool ?

La psychanalyse ?

Non.

L'approche motivationnelle ?

Oui.

Les TCC ?

Oui. Mais il faut en trouver des gens qui font de la TCC.

La méditation de pleine conscience ?

Ah... J'ai essayé parce que moi j'en fais, mais c'est non.

L'approche systémique familiale ?

Non. Non, c'est trop lourd là...

Les groupes de parole ?

Ah oui, ça oui. Parce que souvent c'est proposé dans les cures, et puis voilà...

D'accord. Intègres-tu la famille du patient dans la prise en charge ?

Quand c'est possible oui. Ou souhaitable...

Ou souhaitable... Et comment fais-tu alors ?

Souvent madame vient avec monsieur.

(Rire) D'ailleurs c'est ma question ultérieure... T'arrive-t-il de rencontrer la conjointe du patient ?

Ba c'est oui (rire).

Selon toi, est-ce que la manière d'apprendre le trouble de l'usage de l'alcool modifie la prise en charge thérapeutique du patient ?

Oui, on va dire oui.

D'accord. Proposes-tu d'autres approches... de psychothérapie ?

Non.

As-tu bénéficié de formations pour la prise en charge de l'alcool précisément ?

Non.

La Société Française d'Alcoologie (SFA) a émis en 2015 des recommandations de bonnes pratiques sur la prise en charge du mésusage de l'alcool, avec notamment des fiches pour la médecine générale (*questions guide entretien, NDLR*)

Je ne crois pas... Je n'ai pas souvenir d'avoir vu tout ça...

Ça ne veut pas dire que je ne l'ai pas lu, mais je n'ai pas de souvenir.

De même, as-tu connaissance de la campagne en cours de Santé Publique France sur le mésusage de l'alcool ?

Non, je ne connais pas. Je n'ai pas vu passer.

Selon toi, est-ce que l'alcoolodépendance est une maladie aiguë ou une maladie chronique ?

C'est une maladie chronique.

Selon toi, est-ce que les spécificités du patient alcoolodépendant induisent une différence dans sa prise en charge, par rapport à une autre maladie chronique, comme le diabète ou l'insuffisance cardiaque ?

Oui quand même, parce que ce n'est pas... Oui...

Face à ces patients, est-ce que tu ressens des difficultés spécifiques quant à la prise en charge ?

De l'usure (rire). De l'usure de ma part.

Je suis un vieux médecin généraliste qui en a vu et qui n'a pas toujours eu des succès extraordinaires.

C'est souvent un frein qui est évoqué d'ailleurs... Nous avons fini avec les questions, souhaitez-vous rajouter quelque chose que je n'aurais peut-être pas demandé ?

Non.

Entretien Dr P

Avec le premier guide d'entretien, les questions rajoutées par mail sont celles du second guide d'entretien.

Quelle est la proportion de tes patients avec une consommation problématique d'alcool ?

Humm... Et bien... C'est une question de ROSP à laquelle je ne réponds pas parce que j'aurais du mal à donner un chiffre particulier.

Euh.... Non, donner une proportion, j'en suis incapable. J'en ai quelques-uns en tête pour lesquels je sais que c'est problématique, il y en a avec lesquels on en parle de temps en temps, mais probablement plus que je ne le pense...

D'accord, et dans ce cas-là, comment est-ce que tu explores la consommation alcoolique de tes patients ?

Euh... alors quand on en parle, j'essaie de quant.... En termes de quantité ? Pour explorer la consommation...

Non, en termes de qualité, cliniquement ?

Euh... Alors il y en a pour lesquels effectivement, au décours d'une consultation, soit en effet au niveau du « faciès », où j'y pense.

Là, j'en ai un qui a un arrêt de travail qui dure et qui ne rentre pas dans l'ordre, il a un vague tremblement quand je le vois, je lui ai posé la question.

Euh... De temps en temps certains avec une odeur un peu particulière où je leur pose la question, et il y en a qui effectivement l'évoque d'eux même.

Dans tout ce qui est dépistage des troubles métaboliques, des facteurs de risque cardiovasculaire, quand la prise de sang est un peu perturbée, avec un taux de cholestérol un peu limite, là je pose systématiquement la question de la consommation d'alcool.

Voilà, et j'essaye de quantifier en nombre de verres par semaines.

D'accord. Et est-ce que tu utilises des outils particuliers pour ce faire ?

Ah non, pour le coup juste à l'interrogatoire. Je n'ai pas d'échelle ou de choses comme ça.

En cas de repérage positif, est-ce que tu prends en charge les patients ?

Alors, j'essaye de quantifier la consommation d'alcool.

Il y a les fameux seuils de l'OMS que j'oublie tout le temps... Ah si... 21 verres par semaine pour les hommes et 5 verres par occasion. S'ils dépassent ce cadre, je leur rappelle le cadre : « voilà, c'est un critère objectif pour dire que votre consommation est trop importante pour votre santé ». Après il y en a qui viennent parler d'une consommation d'alcool même en étant en deçà de la consommation OMS ou qui ont un profil métabolique perturbé alors qu'ils sont en deçà d'une consommation OMS, alors là on en parle quand même.

Le premier aspect, c'est de mettre le doigt dessus.

Après sur la prise charge en charge, c'est ça la question ?

Oui.

C'est de voir avec eux si c'est quelque chose qui les embête, si c'est quelque chose qu'ils veulent essayer de modifier.

Et si ils sont en demande, est-ce que tu utilises des médicaments particulièrement, ou des...

Alors pour ceux qui sont en demande de sevrage, quand ils ont une consommation pas trop importante ou trop dangereuse pour un sevrage et quand ils ont déjà... en fait ce n'est pas rare que quand il vient demander un sevrage... qu'en fait ils aient déjà arrêté depuis parfois 48 ou 72 heures.

D'accord.

Et s'ils tremblent un peu, ceux-là je les mets sous Benzodiazépines, Oxazépam, c'est cette molécule là que j'utilise.

Après pour des demandes de sevrage, j'en ai eu une fois que j'ai mis sous Baclofène au moment de la RTU et ça a été un échec...

Ça n'a pas marché ?

Si, ça a marché. En 48H, et c'était tellement efficace que ça ma parut louche... Et ça de nouveau pas remarqué en une semaine...

Le patient a changé de médecin traitant depuis, pas de nouvelles... (*il regarde le dossier médical, NDLR*). Alors... j'avais introduit en octobre 2014 et renouvellement en novembre 2014, après non.

Il a arrêté de lui-même ?

Humm alors en octobre il avait 40 mg, il était souriant, pas envie de consommer, et puis je le revois 5 mois plus tard, il n'était pas venu faire de renouvellement au bout d'un mois, et il me dit qu'il consomme moins d'alcool. Et puis après je

le vois une fois par an, et après il revient par ce que de nouveau ça ne va pas. Et puis son fils et sa fille que je vois régulièrement, et puis une demande sevrage... il ne va pas en addictologie et après il disparaît... Ah si, il va en addictologie, il me voit une fois et après disparaît de la circulation.

D'accord, et au niveau psychologique ?

Pour lui ? Ou pour la population générale ?

En général.

En général, alors moi j'avoue que sur la prise en charge addictologique... j'avais fait un stage d'externat au CHU, après je n'en ai pas refait beaucoup... mais je ne suis pas à l'aise. Moi je les envoie volontiers vers la maison des addictions et puis effectivement je les incite à faire une prise en charge là-bas en leur expliquant que pour tout ce qui est du ressortissant psychologique, de l'aide à l'arrêt, du maintien de l'abstinence ou de l'objectif qu'ils se sont fixés, ils sont plus à même d'être aidés là-bas qu'avec moi, donc oui je les incites à faire quelque chose. Après je leur propose systématiquement de les revoir si besoin. Ils reviennent ou ils ne reviennent pas, mais moi je ne leur court pas après (rire).

Parmi les médicaments suivants, lesquels prescrites-tu le plus souvent pour un sevrage aigu en alcool ?

Les Benzodiazépines ?

Oui, Oxazépam.

Les neuroleptiques, exemple Halopéridol (Haldol ®), Cyamémazine (Tercian ®) ?

Ceux-là, non... Si, pour les patients qui sont déjà traités...

Les antidépresseurs ?

Les antidépresseurs, c'est parfois en co-prescription. Ce n'est pas dans le cadre du sevrage, c'est quand la consommation est liée par ailleurs à un syndrome anxio-dépressif. Paroxétine, c'est probablement un de ceux que je prescris en premier.

L'Acamprosate (Aotal ®) ?

L'Aotal ®, moi je n'en ai jamais introduit, j'en ai renouvelé chez des gens qui en avaient.

La Naltrexone (Revia ®) ?

RAS

Le Disulfiram (Esperal ®) ?

RAS

Le Baclofène (Lioresal ®) ?

Le Baclofène, une fois...

Le Nalméfène (Selincro ®) ?

RAS

Selon toi, faut-il cibler une abstinence totale ou une consommation contrôlée ?

Alors moi je n'ai pas d'avis, et je pense que...

Alors j'ai lu que viser l'abstinence totale ce n'était pas forcément le plus idéal, ce n'est pas ce qui est recommandé, après si le patient lui il dit qu'il faut qu'il arrête et qu'il faut qu'il arrête complètement sinon il sait que s'il boit un peu il en reprendra, là on peut envisager ça, mais en effet c'est plus un... Moi j'ai en tête que c'est un truc qu'il faut ni imposer ni recommander à un patient.

Donc non, abstinence totale, non.

Pour une aide à la gestion du sevrage, lesquels prescris-tu préférentiellement ?

J'utilise les Benzodiazépines.

Et pour une aide au maintien de l'abstinence ou pour une aide au maintien d'une consommation contrôlée ?

Ah non, ça non, pas du tout...

Moi je reste sur le traitement du sevrage quand il en a un, Oxazépam sur un temps qui est théoriquement assez court, et après sur l'entretien d'une diminution d'alcool, là si j'en avais un en tête se serait l'Aotal®, mais encore une fois... C'est là où je botte un peu en touche avec la maison des addictions (rire).

Parmi les psychothérapies suivantes, lesquelles conseillerais-tu pour l'aide au maintien de l'abstinence ou d'une consommation contrôlée d'alcool ?

La psychanalyse ?

Alors dans le sevrage, ce n'est pas facile... Après dans le maintien d'une abstinence, la psychanalyse peut servir à mettre en évidence certains mécanismes initiaux... pourquoi pas...

L'approche motivationnelle ?

Ah oui, alors les approches motivationnelles dans le sevrage c'est une évidence, et dans le maintien de l'abstinence sûrement aussi...

Les TCC ?

Oui, alors dans le maintien oui, dans le sevrage par contre... Le sevrage c'est normalement sur un temps qui est théoriquement court donc non. Dans le maintien de l'abstinence, oui.

La méditation de pleine conscience ?

(Je lui explique brièvement le principe, NDLR)

Le zen ? Oui dans le maintien ça peut sûrement faire du bien et pour les moments à risque de rechute ponctuelle... peut être qu'à ce moment-là, un peu de méditation... ça peut permettre de faire passer le cap...

L'approche systémique familiale ?

Euh alors moi je ne fais pas, parce que pour le coup je ne sais vraiment pas faire.

Et bien ce patient là (montre du doigt le patient fictif décrit précédemment, NDLR), quand ces enfants venaient me voir, qu'ils étaient démunis, quelque chose comme ça, euh je leur avais proposé. Et eux étaient prêts à amener leur père à aller faire un truc éventuellement ensemble pour exprimer ce que ça représentait chez eux... mais ça ne s'est jamais fait...

Oui ça peut rentrer dans le cadre. Encore une fois ça dépend de la pathologie responsable de la consommation d'alcool.

Je switch vers une autre question directement. Est-ce que tu intègres la famille du patient dans la prise en charge ?

Et bien ça dépend des situations.

Celui-là (*montre du doigt, NDLR*), je pense que ce serait une bonne idée, puisque la seule motivation, elle était familiale. Lui il s'en foutait complètement, mais il reconnaissait que ces enfants en souffraient un peu, donc chez lui je pourrais.

Et là j'en ai un autre sous le coude mais que je ne vois pas. Il m'a appelé, il lui fallait absolument un rendez-vous en urgence mercredi soir parce qu'il était saoul et il fallait qu'il garde sa fille en même temps, donc peut-être que lui si jamais je le vois effectivement un jour ou l'autre, une prise en charge familiale pourrait aider oui...

Et comment fais-tu alors ? Tu diriges vers un thérapeute ? La maison des addictions... ?

Alors la maison des addictions... Alors pour les thérapies familiales, je passerais un coup de téléphone à ma sœur... (rire)

(On parle de sa sœur qui est psychiatre, NDLR)

... Je reviens sur les psychothérapies. Les groupes de parole ?

Oui, je les envoie à la maison des addictions, je sais que là-bas il y a tout ce qu'il faut pour les aider, si ça fait partie des choses qui peuvent les aider.

D'accord. Proposes-tu d'autres approches ?

Alors les autres approches que je propose...

J'ai deux ou trois exemples.

Oui. Euh alors est-ce que je propose spécifiquement d'autres approches, non. La seule approche que je propose, c'est leur dire que si malgré la maison des addictions, si malgré la prise en charge par le service d'addictologie, si malgré le psychologue ou je ne sais pas quoi... le cabinet reste aussi un recours possible. Voilà, moi maintenant j'ai parfois le mal à dégager le temps nécessaire à une prise en charge psychologique un peu longue, quand ça dépasse les 25 minutes sur un rendez-vous de 15, généralement j'essaye de mettre fin, mais ceci dit nous on peut les revoir plus rapidement que d'autre donc on peut faire 1 heure en 3 fois... sur une semaine.

Oui, pourquoi pas.

Voilà, je peux le voir aujourd'hui et lui dire "aujourd'hui on va en rester là, mais si demain ça ne va pas mieux, demain ou après-demain vous revenez me voir".

Et il y en a qui peuvent revenir dès le lendemain.

D'accord. C'est une sorte de psychothérapie de soutien ?

Alors j'aurais du mal à appeler ça psychothérapie de soutien, parce que j'aurais du mal à me donner, moi, l'agrément pour le faire. Mais ça revient à ça quand même (*oui de la tête, NDLR*).

Et est-ce que tu connais des techniques particulières ?

Euh non pas tellement.

Par exemple l'activité physique adaptée ?

Ah oui, genre la prescription de sport ? Alors il s'avère que ce n'est pas remboursé pour les patients habitants Mondeville, mais ça l'est pour les Caennais. Ayant plus de patients Mondevillais que Caennais, je n'ai pas pris l'habitude.

D'accord, et les médecines parallèles ?

(Septique)... Oui bon j'allais dire que je n'y crois pas... Mais il n'y a pas à dire que j'y crois ou que je n'y crois pas...

C'est vrai que les résultats sont...assez...rares.

C'est ça, ça ne fait pas mieux que le placebo. Mais maintenant, le patient qui me dit que l'acupuncture pourrait l'aider dans le truc, aucun problème, je lui fais même le courrier si jamais il le souhaite.

Ah d'accord. C'est en fonction de ses attentes ?

Ah oui alors je pense que... Sauf s'il part dans... J'imagine qu'il y a des trucs beaucoup trop ésotériques pour qu'il y ait quoique ce soit... Je ne ferais pas un courrier pour aller voir un médium ou un magnétiseur. Mais si jamais lui il me dit que le magnétiseur ça l'aide, alors là... Pas de soucis...

D'accord.

Mais spontanément, je n'oriente pas vers la médecine parallèle, si c'était ça la question (rire).

Et les techniques de médiation corporelle ?

Euh...

Par exemple de la psychomotricité ? Faire reprendre conscience à un patient alcoolique qu'il a un corps et des sensations.

Alors je connais une psychologue qui fait de l'haptonomie.

Haptonomie ?

Oui de l'haptonomie, c'est une sorte de psychomotricité. Ça ce fait pendant la grossesse mais je sais qu'elle fait aussi ça avec les petits enfants pour leur faire prendre conscience de leur corps et de leurs émotions. Elle pourrait peut-être faire ça avec ces patients, il faudrait que je lui pose la question.

La Société Française d'Alcoologie a émis en 2015 des recommandations de bonnes pratiques sur la prise en charge du mésusage de l'alcool, avec notamment des fiches pour la médecine générale, c'est pour savoir...

Pour savoir si je connais ?

Oui.

Alors non, moi c'est via prescrire, alors du coup je pense à mon avis que prescrire ça correspond à ça (*il me montre prescrire, NDLR*)

Et l'intervention brève ? Je dis ça parce que je le vois écrits là (*sur l'ordinateur, NDLR*).

Alors, là encore, je connais par que c'est des critères de ROSP. Donc je sais que ça existe, et je m'en fou (rire), pour l'alcool et pour le tabac.

Oui, si, l'idée c'est qu'à chaque fois que l'idée de l'alcool est évoquée, dire « alors vous en êtes où par rapport à ça ? ».
Oui, je sais que ça existe et que pour les patients où c'est noté je le fais.
Et alors maintenant je ne le note pas dans le dossier, si ce n'est... Mais oui oui je connais...

Selon toi, l'alcoolodépendance est-elle une maladie aiguë ou une maladie chronique ?

Ba forcément les deux.

Enfin, ceux qui font que de l'aigu, nous on ne les voit pas tellement passer. Si, à la limite on les voit le lundi pour faire un arrêt de travail parce qu'ils sont encore saouls du samedi. Mais c'est un peu prêt tout.

Et ceux qui ont une consommation chronique, on les voit bien de temps en temps quand même en aigu quand il y a une complication ponctuelle ou...

Oui... Il y a forcément une association des deux...

D'accord. Selon toi, les spécificités du patient alcoolodépendant induisent-elle une différence dans votre prise en charge par rapport à une autre maladie chronique, comme le diabète ou l'insuffisance cardiaque ?

Oui, alors oui.

Dans le sens où...

Un, on n'a pas de moyen de dépistage simple, si l'on compare avec le diabète...

Nos patients ils sont demandeurs, ceux qui vont bien, de faire un dépistage de diabète tous les ans à partir de 30 ans, il faut parfois arriver à les freiner un peu au début, et après faire une prise de sang une fois de temps en temps.

Dépister le diabète, ça ils savent faire.

L'hypertension aussi, et puis les gens sont demandeurs.

Euh la cancérologie, si on veut rester dans le chronique, il y a des dépistages organisés.

Sur le mésusage de l'alcool ou l'imprégnation, le seul dépistage disponible, c'est l'entretien lors d'une consultation. Ou alors c'est un truc à mettre en place. Je sais que j'ai des collègues, ça fait partie des trucs systématiques lors du premier rendez-vous, la consommation d'alcool. Moi je sais que la consommation de tabac, c'est noté dans presque tous mes dossiers, après la consommation d'alcool, non. Mais je pense que ça pourrait ou devrait l'être.... Mais ça pourrait l'être en tout cas (rire).

Oui, puis c'est propre à plein de praticiens...

Oui, oui, c'est ça. Et puis pour l'instant je pense que culturellement le tabac, on a fait le... "Come-back" (rire).

Oui c'est vrai, on a fait le tour, c'est un problème de santé publique. L'alcool autant d'ailleurs. Mais on est dans un pays où culturellement l'alcool est mieux accepté que la nicotine...

Oui, c'est ça. Le tabac, là on peut dire que c'est parti... Pour le tabac, on en parle, le prix des cigarettes grimpe... on s'en doute. L'alcool, pour l'instant... Voilà on sait que ce n'est pas une bonne idée, mais on ne peut pas dire que ça ait un impact très important en dépistage du "gentil alcoolique" (rire).

Donc oui ça change le profil parce qu'il n'y a pas de dépistage.

Ce qui change le profil aussi, c'est je pense qu'il y a plein de gens qui ont une consommation d'alcool problématique, quelle qu'elle soit. Soit ils en sont conscients et ils ne viendront pas nous le dire, donc il va falloir qu'on y pense un jour et qu'on leur pose un jour la question, et ce truc la déclenche éventuellement une certaine prise en charge, soit ils en sont même pas conscient, et du coup si personne ne nous le dit... comme nous... Il faut que j'arrête de dire nous...

Comme moi je sais que pour le dépistage j'y pense de temps en temps s'il y a des points d'appel... Mais là on n'est plus dans le dépistage, on est dans la recherche diagnostique.

Donc non, pour le dépistage pur et dur, je n'ai pas les outils pour.

Il faudrait poser la question « et l'alcool ? ».

Mais pour l'instant j'ai l'impression que ça reste intrusif. Autant le tabac ils vont répondre facilement, autant pour l'alcool... (visage fermé, NDLR)

Donc du coup oui, je pense qu'ils sont plus difficile à prendre en charge parce qu'ils sont plus...masqués...

Questions par mail

Avant de commencer, j'aimerais préciser le cadre de ton exercice : travailles-tu exclusivement en cabinet, ou as-tu des visites à domicile ? Des vacances au CHU de Caen ?

Je fais des consultations sur rendez-vous sur rendez-vous au cabinet + quelques visites à domicile + des visites en EHPAD.

Je suis aussi praticien hospitalier contractuel à 20% en orthogénie (IVG) au CHU de Caen.

Quel est le type de ta patientèle ?

58 patients de moins de 6 ans.

710 patients de 7-79 ans, hors ALD.

158 patients de 7-79 ans en ALD.

29 patients de plus de 80 ans, hors ALD.

66 patients de plus de 80 ans en ALD.

En quelle année as-tu eu ta thèse ?

2013.

Selon toi, est-ce que la manière d'apprendre le trouble de l'usage de l'alcool modifie t'il la prise en charge thérapeutique du patient ?

Oui, cela peut donner une idée sur le positionnement du patient vis-à-vis de sa consommation d'alcool.

Il me semble plus compliqué d'amener un patient à modifier ses habitudes alors qu'il ne les reconnaît pas comme problématiques.

As-tu bénéficié de formations pour la prise en charge du trouble de l'usage de l'alcool ?

Non.

Face à ces patients, ressens-tu des difficultés spécifiques quant à la prise en charge ?

Oui, en lien avec une impression de manque de compétences, de manque de temps.

Nous avons fini avec les questions, souhaitez-tu rajouter quelque chose que je n'aurais peut-être pas demandé ?

Pas particulièrement.

Entretien Dr Q

Avant de commencer, j'aimerais préciser le cadre de votre exercice : travaillez-vous exclusivement en cabinet, ou avez-vous des visites à domicile ? Des vacances au CH local ?

Donc je travaille dans un cabinet de 10 médecins, en semi-rural. Et je fais des visites.

Je ne fais pas de vacations sur l'hôpital. Par contre nous sommes en maison de santé pluriprofessionnelle et je suis coordinatrice de cette MSP.

De même, quel est le type de votre patientèle ?

Âgée.

En quelle année avez-vous eu votre thèse ?

En 1999.

Quelle est la proportion de vos patients avec une consommation problématique d'alcool ?

La proportion de ma patientèle avec une consommation d'alcool problématique, c'est ça votre question ?

Oui, tout à fait.

Je dirais... C'est sûrement sous-estimé (rire). J'aurais dit 5%.

D'accord. Comment explorez-vous la consommation d'alcool de vos patients ? Au tout venant ici...

Alors je ne fais pas... au tout-venant je ne pose pas la question. Je ne vais poser la question que si j'ai effectivement des éléments physiques, ou cliniques ou environnementaux qui vont m'y faire penser. Sinon, au tout-venant, je ne vais pas systématiquement poser la question.

D'accord, en fonction du terrain...

Oui.

Et comment le faites-vous ? A l'interrogatoire ou avec des outils écrits, des échelles peut-être ?

Je n'utilise pas d'échelles particulières... Je pose la question.

D'accord. Et en cas de repérage positif, comment prenez-vous en charge les patients ?

Et bien ça va dépendre un peu aussi de ce qu'ils veulent faire et du degré de confiance, et effectivement de la difficulté que cela peut poser.

Alors voilà, il peut s'écouler un temps entre qu'effectivement le temps où on l'évoque et que eux ils acceptent qu'il y ait une prise en charge, et après qu'elle prise en charge ils vont accepter.

Des fois ça va être... Ils vont désirer qu'en parler avec moi, et ça va rester dans le cadre de la consultation de médecine générale. Par contre, des fois ils vont accepter que ça aille sur une structure plus spécifique, oui.

D'accord. Donc c'était ce qu'implicitement j'évoquais dans cette question. Et est-ce que vous avez une approche qui repose principalement sur les médicaments, ou la psychothérapie ?

Ça dépend de la personne, ça peut être les deux, je vais m'adapter.

Et si la personne est d'accord, aussi une prise en charge spécifique ?

Oui. Tout à fait, ça peut aussi.

Alors la prochaine question... J'ai une liste... ça ne va pas être facile au téléphone mais on va y arriver (*rire, elle va prendre des notes, NDLR*). Parmi les médicaments suivants, lesquels prescrivez-vous le plus souvent pour un sevrage en alcool, une aide à la gestion du sevrage, une aide au maintien de l'abstinence et une aide au maintien d'une consommation contrôlée ? (*liste guide entretien, NDLR*)

Donc les benzodiazépines... Je vous donne ce que j'utilise ?

D'accord. Oui globalement c'est ceux que vous prescrivez vous.

Donc les benzodiazépines, effectivement je les utilise dans le sevrage.

L'Haldol ® aussi... Surtout l'Haldol ® comme neuroleptique dans le sevrage.

L'antidépresseur, je l'utilise... Oui plutôt dans l'aide à l'abstinence on va dire.

L'Aotal ® aussi.

Le Revia ®, je ne prescris pas. L'Esperal ® je ne prescris pas. Le Baclofène, je le prescris un peu... Un peu plus depuis qu'il n'y a plus les ATU. Donc je l'utilise dans l'aide au sevrage.

Et le Selincro ® je ne prescris pas.

D'accord. Et bien c'est précis (*rire*).

Est-ce que selon-vous, il faudrait cibler une abstinence totale ou une consommation contrôlée ?

Je crois que ça dépend des personnes aussi.

Je dirais...

C'est très compliqué au départ de dire à quelqu'un, qu'on va viser une abstinence contrôlée. C'est ça votre terme ?

Oui, c'est ça. (*Je n'ai pas compris le mot abstinence, NDLR*)

Je trouve ça très compliqué. Parce que l'objectif n'est pas clair. Qu'est-ce que une abstinence contrôlée ? Est-ce que c'est la même chose pour telle personne, et pareil pour une autre ?

Donc moi je vise effectivement un arrêt.

Si j'évoque la nécessité de faire une démarche vis-à-vis de l'alcool c'est plutôt de dire que l'on va envisager l'arrêt.

Voilà, c'est vrai que je ne suis pas trop dans l'abstinence contrôlée... Mais c'est peut-être une erreur... (*rire*) C'est peut-être un objectif irréalisable mais c'est très compliqué en tout cas, pour moi de pouvoir bien spécifier l'objectif pour une personne.

Alors voilà, c'est vrai que le 0 alcool, ça semble effectivement plus identifiable.

A présent, je vais vous citer quelques psychothérapies (*liste guide entretien, prend des notes, NDLR*). Lesquelles conseillerez-vous pour l'aide au maintien de l'abstinence ou d'une consommation contrôlée d'alcool ?

Alors...

La psychanalyse, je n'orienterais pas forcément vers la psychanalyse.

L'approche motivationnelle? Oui.

Les TCC aussi.

La médiation...

Méditation de pleine conscience...

D'accord. Alors ça je ne connais pas.

C'est du zen...

Ah oui, non. Je ne connais pas... Je ne propose pas trop.

Ensuite, l'approche systémique familiale, oui ça pourrait être intéressant. Et les groupes de paroles j'en parle toujours, oui.

D'accord. Intégrez-vous la famille du patient dans la prise en charge ?

Alors, si lui il est d'accord (rire).

Donc moi je demande que si la famille veut intervenir ou participer, il faut qu'elle vienne avec la personne. C'est-à-dire que je ne l'a vois pas sans la personne.

Oui, j'ai compris. Vous arrive-t-il de rencontrer le conjoint du patient pour parler du problème ?

Oui, mais si je le rencontre de manière seule, je ne parlerais pas du patient malade.

Oui, bien sûr, je comprends, d'ailleurs c'est le principe du secret, qui plus est (rire).

Tout à fait. D'autant plus pour les personnes qui ont des soucis d'alcool. Ils n'ont jamais un souci d'alcool par hasard, donc...

D'accord. Est-ce que selon vous, la manière d'apprendre le trouble de l'usage de l'alcool modifie la prise en charge thérapeutique du patient ?

Alors redites-moi (rire).

Oui. Est-ce que la manière d'apprendre le trouble de l'usage de l'alcool modifie la prise en charge thérapeutique du patient ?

Alors vous voulez dire se former peut-être ? A l'approche... ?

(Rire) Je vais essayer de trouver un exemple.

Est-ce que par exemple... Est-ce que si vous avez un patient qui vient vous parler directement d'un problème et vous demander de l'aide, ce sera différent de si vous le découvrez par hasard... Sur une... Comme vous l'avez suspecté, peut-être qu'il a un bilan hépatique pas top, vous voyez sa femme en consultation autre... Et que sa femme vous l'évoque. Bien sûr ça reste entre vous, vous n'en dites rien, mais peut-être que vous avez l'idée maintenant.

(Rire) Ma question c'est "est-ce que cette manière d'apprendre va changer la prise en charge ?".

Disons que oui... De toute façon, il faut que ce soit lui qui l'évoque.

Si malgré mes doutes et mon questionnement, si lui n'accède pas à cette réalité et qu'il ne l'évoque pas... Ça va changer la prise en charge.

S'il ne le lui évoque pas spontanément, oui ça va être compliqué.

D'accord. Proposez-vous d'autres approches ?

Non.

D'accord. Avez-vous bénéficié de formations pour la prise en charge du trouble de l'usage de l'alcool ?

Non. Pas de formations spécifiques.

Alors par contre dans le cadre de notre maison de santé pluriprofessionnelle on a fait une réunion sur l'alcoolodépendance, qui réunissait les médecins, les pharmaciens, les infirmiers. On a confronté nos pratiques et nos difficultés chacun dans la prise en charge. L'idée c'était de réfléchir un petit peu sur une prise en charge pluridisciplinaire, dans la mesure du possible.

Ce n'était pas vraiment une formation mais ça a été un moment de réflexion autour de la maladie de l'addiction alcoolique.

D'accord. La Société Française d'Alcoologie (SFA) a émis en 2015 des recommandations de bonnes pratiques sur la prise en charge du mésusage de l'alcool, avec notamment des fiches pour la médecine générale. C'était pour savoir si... vous aviez vu ces fiches circuler... si vous les aviez lu... les utilisiez...?

(Rire) euh non...

De même, avec-vous connaissance de la campagne en cours de Santé Publique France sur le mésusage de l'alcool ?

Oui. J'ai reçu il n'y pas longtemps des affiches. Et on reçoit aussi beaucoup de flyers sur la grossesse. On en reçoit beaucoup. Sur zéro alcool pendant la grossesse. On est effectivement...

D'accord. Selon vous, l'alcoolodépendance est-elle une maladie aiguë ou une maladie chronique ?

Euh non... Pour moi c'est chronique.

D'accord. Est-ce que selon vous les spécificités du patient alcoolodépendant induisent une différence dans sa prise en charge par rapport à une autre maladie chronique, comme le diabète ou l'insuffisance cardiaque ?

Oui.

Je pense qu'il n'y a pas de règle. A chaque personne une alcoolodépendance... Donc je pense qu'on est toujours obligé d'adapter notre manière de les accompagner et.... Voilà, je pense qu'il n'y pas de règle ou de guide préétabli pour toutes les personnes. Je crois que l'on est obligé, à chaque fois, d'adapter à la personne que l'on a devant soi.

Face à ces patients, ressentez-vous des difficultés spécifiques quant à la prise en charge ?

Non, pas plus que cela.

Non, non. C'est un accompagnement qui est sur la durée de toute façon (rire).

Donc voilà... Il y a des hauts, il y a des bas. Souvent des bas. Mais bon c'est comme ça.

Bon c'est comme ça. C'est essayer d'être là quand effectivement il y a besoin.

C'est un suivi complexe c'est certain. Voilà, des fois on est obligé un petit peu de donner... De donner un petit peu (rire). Mais sinon non, je ne suis pas... Effectivement... Pas plus que pour certaines autres maladies difficiles quoi...

D'accord.

Eh bien, nous avons fini avec les questions. Est-ce que vous souhaitez rajouter quelque chose que je n'aurais peut-être pas demandé ?

Non (rire).

Entretien Dr R

Avant de commencer, j'aimerais préciser le cadre de ton exercice : travailles-tu exclusivement en cabinet, ou as-tu des visites à domicile ? Des vacations au CHU de Caen ?

Eh bien moi, je suis installée dans ce cabinet depuis environ 8 ans, avant j'étais employée d'une maison de santé un peu plus haut (montre la grâce de dieu du doigt, NDLR). Aujourd'hui, je travaille 4 jours sur 5, exclusivement au cabinet.

Avant je faisais aussi un peu de visites.

De même, quel est le type de ta patientèle ?

Un peu de tout, en passant de la pédiatrie à la gériatrie.

En quelle année as-tu eu ta thèse ?

En 2010.

D'accord. Quelle est la proportion de tes patients avec une consommation problématique d'alcool ?

En tout ? Je dirais peut-être 20 à 25% des patients. 20% de gens qui en parlent, mais certainement plus vu que certains sont dans le déni complet de leur consommation.

D'accord. Comment explores-tu la consommation d'alcool de tes patients ?

Alors moi je n'ai pas de tabou avec l'alcool. J'ai une attitude très ouverte pour ça. Je le demande systématiquement, comme pour le tabac par exemple.

Et après, il se peut que certaines personnes ne veuillent pas trop en parler, mais j'insiste un peu à l'interrogatoire et je finis par être au courant (rire).

Ok, et en cas de repérage positif, comment prends-tu en charge les patients ?

Ça c'est une bonne question.

Ça dépend des patients.

Des fois, j'essaye un sevrage en ambulatoire avec des Benzodiazépines...

Des fois, on ne peut pas faire grand-chose. Il faut savoir qu'on les voit souvent, généralement 1 fois par semaine, le cabinet est ouvert.

Sinon je passe la main, on a la maison des addictions qui est à côté (rire).

Parmi les médicaments suivants, lesquels prescrites-tu le plus souvent pour un sevrage en alcool ? Une aide à la gestion du sevrage ? Une aide au maintien de l'abstinence ? Une aide au maintien d'une consommation contrôlée ?

Les Benzodiazépines ?

Alors oui, pour le sevrage, j'utilise notamment l'Oxazépam.

Les neuroleptiques ?

RAS

Les antidépresseurs ?

Les antidépresseurs, non. Surtout en co-prescription en fait.

(Elle lit sur mon guide les autres médicaments proposés, NDLR)

Et pour les autres, jamais... Sauf peut-être en renouvellement si le patient sort d'addictologie...

Selon-toi, faut-il cibler une abstinence totale ou une consommation contrôlée ?

Personnellement, je ne crois pas en l'abstinence totale, je suis plutôt pour une consommation contrôlée.

Ça me rappelle l'histoire d'un patient, il était en avion au Cambodge et il a perdu connaissance... Il pensait avoir fait une crise d'épilepsie mais quand on lui a fait un bilan à l'hôpital, les GGT et les PAL étaient au plafond.... Bref en fait il a fait une crise de convulsion sur un sevrage (rire).

Lui ce serait utile de mettre des Benzodiazépines (rire). Et il a fait une hépatite aussi...

Donc voilà, l'abstinence totale peut mettre en danger...

Après ça, le patient il ne boit plus. On a refait des bilans, tout est revenu à la normal, et à l'échographie tout allait bien. Il m'a fait un peu peur quand même (*soupir de soulagement, NDLR*).

D'accord. Parmi les psychothérapies suivantes, lesquelles conseillerais-tu...

Hum oui...

Mais là c'est dans une prise en charge globale, et comme je te disais, à la maison des additions. Ils font tout. Nous on a ça à côté, c'est hyper simple pour nous (rire).

Même s'il y a un peu de délai d'attente. C'est pris en charge et ils ont des psychologues et tout.

On ne gère pas nous, mais forcément j'adresse quand il y a besoin.

D'accord. Est-ce que peux te demander du coup pour les différentes psychothérapies ?

Pour les différentes psychothérapies, et bien du coup il y a...

Alors j'ai noté... Ce n'est pas exhaustif (rire). J'ai noté la psychanalyse ?

Oui... (*Sceptique, NDLR*).

Les approches motivationnelles ?

Oui, c'est surtout les médecins qui le font là-bas.

Les Thérapies cognitivo-comportementales ?

Hum (*hoche positivement de la tête, NDLR*).

La méditation de pleine conscience ?

RAS

Les approches systémiques familiales ?

RAS

Les groupes de paroles ?

Ah oui, ça m'est arrivé d'en envoyer des patients en groupe de parole.

D'accord. Intègres-tu la famille du patient dans la prise en charge ?

S'il ne veut pas, non (rire). Et c'est rare qu'ils aient envie que l'on intègre la famille d'ailleurs. Je réfléchis à 2 ou 3 personnages mais... (rire).

Et en cas de réponse favorable ?

**Ah oui bien sûr, ça ne me dérangerait pas. Mais ça ne m'est jamais arrivé en fait.
Remarque si, le monsieur là (du Cambodge, NDLR), avec sa compagne, on a fait ça à 3.**

Du coup, ma question d'après que tu viens de répondre. Est-ce qu'il t'arrive de rencontrer le conjoint du patient pour parler du problème ?

Oui... Souvent, quand on un patient ici, on suit toute la famille (rire).

OK. Et est-ce que selon toi, la manière d'apprendre le trouble de l'usage de l'alcool modifie la prise en charge thérapeutique du patient ?

Oui, bien sûr.

La façon dont on va aborder la chose avec le patient, et la suite, bien sûr.

Si on n'a pas un regard empathique... (Rire)... non mais c'est vrai, ils ont besoin de se sentir en confiance, de se sentir rassurés et de savoir qu'ils vont y arriver.

Si on peut aborder les choses dès le départ, c'est important (hoche la tête, NDLR).

D'accord. Proposes-tu d'autres approches ?

...

Alors, j'ai marqué quelques exemples. L'activité physique, la médiation corporelle...

Non... ah l'activité physique, si.

Les approches occupationnelles ?

Non.

Les médecines parallèles ?

Non plus.

Enfin... non (rire). L'acupuncture peut-être un peu des fois, mais c'est tout (rire).

D'accord. As-tu bénéficié de formations pour la prise en charge du trouble de l'usage de l'alcool ?

Oui, une formation à l'éducation thérapeutique et du coup... enfin... c'était une mini-formation, au RPIB.

La Société Française d'Alcoologie a émis en 2015 des recommandations de bonnes pratiques sur la prise en charge du mésusage de l'alcool, avec notamment des fiches pour la médecine générale, c'est pour savoir si...

Ah oui, je les ai. Je ne les sors pas tout le temps, mais je les ai (rire)

Enfin, je les ai connus avec la formation que j'ai eue.

Ah ? C'était récemment ?

Oui, l'année dernière. En 2018.

Oui, ce n'aurait pas été gentil de ne pas te les donner (rire).

Enfin...

Selon toi, l'alcoolodépendance est-elle une maladie aiguë ou une maladie chronique ?

Ba chronique.

Selon toi, les spécificités du patient alcoolodépendant induisent-elle une différence dans votre prise en charge par rapport à une autre maladie chronique, comme le diabète ou l'insuffisance cardiaque ?

Euh...

Est-ce que j'ai été compréhensible ?

Oui, enfin... Voilà...

Le type de patient alcoolodépendant, est-ce que c'est différent de n'importe quelle prise en charge ?

Voilà.

Bah non, finalement non... Non je ne pense pas.

Après, s'il n'y a pas de traitement... les traitements de renouvellements... enfin s'ils n'ont pas de traitement, on les voit quand même moins souvent.

Même si on leur demande de venir régulièrement, le fait qu'il y ait un traitement dans les maladies chroniques, souvent ils reviennent parce qu'il n'y a plus de médicaments et chez les patients... (Sous-entend alcoolodépendant, NDLR)... peut-être moins.

Après je ne vois pas... non c'est pareil.

D'accord. Face à ces patients, ressens-tu des difficultés spécifiques quant à la prise en charge ?

Non, je me sens à l'aise.

Après je leur demande de ne pas venir en consultation ivre.

Il y en a qui sont un petit peu... bon ça reste raisonnable... si le courant passe et qu'ils n'ont pas trop agressivité, ça va. Mais sinon, non, on leur dit de revenir une prochaine fois (rire). Sinon, il n'y a aucune cohérence...

D'accord.

Nous avons fini avec les questions, souhaites-tu rajouter quelque chose que je n'aurais peut-être pas demandé ?

... Ba les délais en addictologie (rire), qui sont parfois longs pour adresser les patients en addictologie. Et à la maison des addictions aussi.

Donc voilà, mais après on s'en sort, c'est vrai qu'il n'y pas de grosses urgences dans la prise en charge...

Après, c'est une béquille pour nous ces services-là, c'est hyper important. On ne peut pas être parfait partout (rire). On peut débrouiller les choses mais parfois il y a des situations complexes qu'on ne peut pas gérer.

Entretien Dr S

Avant de commencer, j'aimerais préciser le cadre de votre exercice : travaillez-vous exclusivement en cabinet...

Je travaille seul.

D'accord. Vous travaillez en cabinet...ou...

Oui.

D'accord. Est-ce que vous avez des visites ?

Oui.

D'accord. Vous travaillez à D, c'est ça ? Est-ce que vous avez des vacances ?

Non, pas du tout.

De même, quel est le type de votre patientèle ?

Semi-rurale et très hétéroclite.

D'accord. Est-ce que ce sont des gens plutôt âgés ou plutôt jeunes ?

Les deux.

Question de détail, en quelle année avez-vous eu votre thèse ?

En 199..... Je ne sais plus exactement. Je dirais en 1995.

Quelle est la proportion de vos patients avec une consommation problématique d'alcool ?

10%.

Comment explorez-vous la consommation d'alcool de vos patients ?

Au début, principalement par la biologie.

D'accord. Est-ce que c'est quelque chose que vous faites systématiquement ? Ou l'interrogatoire...

Oui systématiquement.

D'accord, donc la biologie est systématique ?

Ah bah oui. La biologie elle est systématique une fois par an.

Ok, d'accord. Et pour les patients tout venants, les nouveaux patients...Est-ce que vous le demandez ?

Oui... Oui... Pour tous mes patients je fais une biologie une fois par an.

Ah oui d'accord, j'ai bien entendu. Et à l'interrogatoire ? Est-ce que vous le faite à l'interrogatoire ?

(Rire) Oui, s'il y a des anomalies à la biologie.

(Rire) Et en cas de repérage positif, comment prenez-vous en charge les patients ?

Je... On les prend en charge de façon diététique, et puis je les prends en charge de façon thérapeutique selon ce dont on dispose. Quand c'est plus important, il y a une structure hospitalière qui s'en occupe.

D'accord. Et quand vous devez en prendre en charge vous-même, est-ce que c'est plutôt une approche pharmacologie ou plutôt une approche par les psychothérapies ?

Toujours... Il y a toujours un appui pharmacologique pour essayer de motiver...Oui...

Parmi les médicaments suivants, lesquels prescrivez-vous le plus souvent pour un sevrage en alcool ?

Les Benzodiazépines ?

Oui...

Les neuroleptiques ?

Non.

Les antidépresseurs ?

Non...

L'Acamprosate (Aotal ®) ?

Oui.

La Naltrexone (Revia ®) ?

Oui.

Le Disulfiram (Esperal ®) ?

Non.

Le Baclofène (Lioresal ®) ?

Oui.

Le Nalméfène (Selincro ®) ?

Oui, ça m'est arrivé oui.

Selon-vous, faut-il cibler une abstinence totale ou une consommation contrôlée ?

Pffffff (rire). Abstinence totale il y a plus de gage de réussite, mais bon voilà quoi... Si c'est pour la cibler, je vais dire que oui...

Elle ne sera peut-être pas effective, mais je lui dirais oui (rire).

Pour une aide à la gestion du sevrage, lesquels des médicaments que j'ai cités prescrivez-vous préférentiellement ? Est-ce que vous voulez que je répète la liste ?

Ba en général le... les Benzodiazépines toujours au début, puis soit le Selincro ® soit l'autre... Comment il s'appelle ?

J'ai Revia ®, Baclofène, Disulfiram... Aotal ® ?

Non Baclofène jamais en première intention.

Alors je répète la même question. C'est pour l'aide au maintien de l'abstinence cette fois ?

Le Baclofène ça peut être bien, oui.

D'accord. Et pour l'aide au maintien d'une consommation contrôlée ?

(Rire) Le Baclofène...

Parmi les psychothérapies suivantes, lesquelles conseillerez-vous pour l'aide au maintien de l'abstinence ou d'une consommation contrôlée d'alcool ?

La psychanalyse ?

Oui enfin moi je n'y ai pas accès (sceptique, NDLR).

L'approche motivationnelle ?

Non, non plus.

Les TCC ?

Oui plutôt ça. Et moi je travaille avec un psychiatre ici pour ça.

La méditation de pleine conscience ?

Non.

L'approche systémique familiale ?

Non.

Les groupes de parole ?

Euh... Oui, il y en a un ici. Enfin ça marche moyennement...

Intégrez-vous la famille du patient dans la prise en charge ?

Oui.

Oui ? Est-ce que vous pouvez m'en dire plus s'il vous plaît ?

Ba oui parce que j'essaye de les aider pour qu'il y ait quand même une surveillance dans le cadre familial...

Vous arrive-t-il de rencontrer le conjoint du patient pour parler du problème ?

Oui.

Selon vous, est-ce que la manière d'apprendre le trouble de l'usage de l'alcool modifie t'il la prise en charge thérapeutique du patient ?

Je répète (rire) ?

Non j'ai bien compris. La manière ? Oui de toute façon c'est toujours intéressant d'apprendre des choses mais après je pense que c'est plus une histoire... Une question d'expérience et d'équipe.

Proposez-vous d'autres approches ?

Non.

Avez-vous bénéficié de formations pour la prise en charge du trouble de l'usage de l'alcool ?

Des formations ? C'est arrivé une fois ou deux mais pas des trucs répétitifs. Pas des trucs chroniques quoi. Une ou deux formations comme ça, oui c'est arrivé.

D'accord. C'était dans le cadre...

Oui de DU, de choses comme ça...

La Société Française d'Alcoologie (SFA) a émis en 2015 des recommandations de bonnes pratiques sur la prise en charge du mésusage de l'alcool, avec notamment des fiches pour la médecine générale (*questions guide entretien*)

Oui, oui. Je les ai vues...

(Je lui propose de lui en envoyer par mail, NLDR)

... j'en ai dans mon bureau. Après dire que je m'en sers, c'est autre chose (rire).

De même, avez-vous connaissance de la campagne en cours de Santé Publique France sur le mésusage de l'alcool ?

Oui bien sûr que j'en ai entendu parler.

Selon vous, l'alcoolodépendance est-elle une maladie aiguë ou une maladie chronique ?

Chronique.

Selon vous, les spécificités du patient alcoolodépendant induisent-elle une différence dans votre prise en charge par rapport à une autre maladie chronique, comme le diabète ou l'insuffisance cardiaque ?

Oui bien sûr...

Face à ces patients, ressentez-vous des difficultés spécifiques quant à la prise en charge ?

Oui. Oui.

D'accord. Pouvez-vous préciser s'il vous plait ?

Préciser ? Ba par exemple ici nous on habite au bord de la mer et que on a une population qui sont... par exemple les marins pêcheurs qui ont des gros problèmes avec cette chose-là...

D'accord.

Et juste simplement à la spécificité de leur travail.

D'accord. Nous avons fini avec les questions, souhaitez-vous rajouter quelque chose que je n'aurais peut-être pas demandé ?

Non.

Entretien Dr T

Avant de commencer, j'aimerais préciser le cadre de votre exercice : travaillez-vous exclusivement en cabinet, ou avez-vous des visites à domicile ? Des vacations au CHU de Caen ?

Alors je travaille au cabinet, je fais la régulation au SAMU et je suis attaché à l'unité mobile douleur et soins palliatifs au CHU. Donc j'ai une activité multiple.

D'accord. Et est-ce que vous avez des visites ?

A domicile ?

Oui.

Oui, oui bien sûr.

Sur le secteur, ici ?

C'est ça, sur le secteur. Enfin je vais des fois assez loin puisque je visite jusqu'à Courseulles, Verson... Parce que ce sont des patients que je suivais précédemment et qui sont partis en maison de retraite.

D'accord, quel est le type de vos patients ?

C'est très varié. J'ai une patientèle qui est très largement étendue puisque j'ai pas mal de pédiatrie, mais j'ai beaucoup de résidents en EHPAD. J'en ai 30 dans chacune des deux EHPAD autour (*montre du doigt, NDLR*). Donc j'ai des patients très âgés et très dégradés en EHPAD.

D'accord. Est-ce que vous avez des patients avec des conditions sociales particulières ?

C'est plutôt aisé par ici. Mais j'en ai un petit peu... toute sorte de patient... Mais la commune elle-même et plutôt aisée.

D'accord. En quelle année avez-vous eu votre thèse ?

En 1998.

Quelle est la proportion de vos patients avec une consommation problématique d'alcool ?

La proportion... De tête ce n'est pas facile à déterminer. Ce n'est pas négligeable... Ce n'est pas négligeable...

En proportion de consultation je dirais que ça représente... Une grosse problématique d'alcool, deux consultations par semaine et une problématique un peu plus légère, trois ou quatre en plus. Où on va aborder dans la consultation le fait que c'est un peu excessif, voilà.

Mais une consultation vraiment problématique, une forte dépendance à l'alcool, oui c'est bien deux consultations par semaine.

D'accord. Comment explorez-vous la consommation d'alcool de vos patients ?

Alors il y a différentes méthodes.

Ça peut venir au décours d'un examen biologique où on va commencer à relever les stigmates de la consommation, parce que le problème c'est que ce n'est jamais facile à aborder frontalement, on a des demandes de famille des fois

aussi. On est très souvent averti par la famille, les enfants notamment. Qui passent un coup de fils pour... voilà... je leur dis que je n'ai pas le droit de donner d'informations mais que je peux en recevoir.

Donc ça c'est un deuxième abord assez fréquent.

Après, il y a le spontané. Beaucoup de spontané sur des formes un peu particulières de surconsommation d'«alcool, qui sont des consommations essentiellement du soir. Qui correspondent peut-être plus au milieu social. J'ai plus de patients qui ont cette problématique là que de patients qui ivres dès le matin, en fait. Donc ça, j'en ai relativement peu. J'en ai beaucoup qui sont dépendant de... Enfin que reconnaissent qu'ils rentrent du boulot, ils se prennent un whisky, deux whiskies et puis du vin à table. Et puis, voilà quoi.

Ça c'est plus ce que je vais rencontrer.

Plus fréquent...

Clairement.

Et en cas de repérage... Comment est-ce que vous les prenez en charge ?

Alors bien je leur indique que de toute façon il va falloir faire un sevrage.

D'accord.

Très clairement. Frontalement. Parce que je leur expose le risque, le fait que ça va aller en s'aggravant, le fait que ça va poser des problèmes également au niveau de la socialisation, notamment en termes de vie familiale... Très souvent, au bout d'un moment, le conjoint ne va pas supporter.

Et voilà, et après il y a effectivement la prise en charge. Il y a quasiment toujours une réponse positive, sur l'idée de prendre en charge, au moment où on va le proposer (rire). Ça... C'est plus compliqué dans la durée derrière (rire).

D'accord (rire).

Mais sur l'idée même, ils sont rarement à dire non...

Et pour la prise en charge ? Est-ce que vous êtes plutôt pour une prise en charge pharmacothérapie...

Les deux...

Psychothérapie...

Les deux...

Ou plus... Spécialiste ?

Alors sur les dépendances importantes, j'envoie en addictologie. Sur les formes un peu mondaines, ça on n'arrive pas à les envoyer en addictologie, ils ne sont pas d'accord. Ils sont d'accords pour se prendre en charge mais pas pour aller consulter du cercle au-delà d'ici. Eventuellement une psychothérapie.

Ça ils sont d'accord aussi. Mais pour eux, ce n'est pas possible de les amener sur le centre d'addictologie. Ça c'est clair. Parce que... Parce qu'ils ont peur d'y croiser quelqu'un, d'y voir... Voilà...

C'est vrai que ce sont des patients un peu particuliers là-dessus. Après, ce n'est pas non plus les plus difficiles à prendre en charge en fait. Parce que ce sont aussi des patients qui finalement sont plutôt demandeurs de sortir de ça, sur ses patients là.

Après il y a les patients très dépendants, j'en ai aussi, et là, la difficulté c'est de les amener au centre d'addictologie. Parce qu'ils disent tous, « oui bon je vais arrêter tout seul » et ils n'y arrivent pas du tout. C'est une catastrophe.

D'accord.

Alors là, on va rentrer dans la pharmacologie. Alors j'ai une liste, comme vous êtes en face de moi ça va être plus facile. Avec des différentes familles, classes... C'est pour faire un état des lieux... (*liste guide d'entretien, NDLR*)

Alors je prescris des Benzodiazépines si j'ai un sevrage avec dépendance à faire. Si j'ai un sevrage à faire avec dépendance forte je veux dire, pas celui qui ne consomme que le soir. Je n'ai pas besoin de benzodiazépines là. Mais celui qui consomme dès le matin, donc qui est profondément dépendant à l'alcool, on a quand même... Le sevrage aigu n'est quand même pas simple...ça des fois on est obligé de le faire à domicile, là je vais utiliser les benzodiazépines.

Un antidépresseur si il y a une dépression associée. Donc ça dépend de l'évaluation du moral. L'Aotal® et le Revia® c'est mon classique sur tous les patients qui ont une dépendance physique à l'alcool. C'est l'association classique que je fais.

L'Esperal® je ne l'utilise jamais, le Lioresal® je ne l'utilise jamais. Je l'ai utilisé deux fois sur demande des patients, ça a été un échec.

Et le Selincro®, typiquement sur les... Sur mes patients à consommation du soir. Enfin sur les patients qui ont... Le Selincro® je vais l'utiliser sur les patients qui ont cet effet... Il y en a beaucoup qui me décrivent ça. Ils n'ont pas besoin de boire, s'il n'y en a pas le lendemain ce n'est pas grave. Mais, quand ils commencent ils ne savent plus s'arrêter.

Et ça c'est le type de patients que je vais mettre sous Selincro® avec des bons résultats.

D'accord. Du coup j'avais d'autres questions sur les approches, donc là c'est pour le traitement en aigu. Après c'est pour le maintien de l'abstinence... Pour les consommations contrôlées...

Je réécouterais, je pense que vous m'avez répondu implicitement...

Je pense que j'ai un peu répondu (rire). Le maintien de l'abstinence, le Revia® c'est pas mal, la psychothérapie ça peut être utile. Les consommations contrôlées c'est un vrai problème. C'est un vrai problème parce que... Et bien parce que ce n'est pas simple les consommations contrôlées. C'est une des étapes difficiles sur les... Justement sur les patients coopérants que l'on va sevrer, bon on va les sevrer trois mois, puis ils vont dire « oui mais j'aimerais bien en société reboire un peu », et là ba ce n'est pas simple de réussir de... On a très vite une refuite en avant, donc ça c'est un...

Alors déjà tous ceux qui ont été dépendants physiquement, il n'y a pas de consommation contrôlée possible, donc il faut rester sur un zéro absolu.

D'accord. Et bien c'est une de mes questions. Selon-vous, faut-il cibler une abstinence totale ou une consommation contrôlée ?

Sur quelqu'un qui est dépendant... Quand on a atteint le stade de la dépendance physique, il n'y a que l'abstinence totale qui marche. Sinon ils replongent toujours...

La consommation contrôlée c'est intéressant pour le patient, qui avait cette fameuse surconsommation du soir mais qui pouvait s'en passer deux jours sans difficulté... Là ce sont des patients chez qui on va y arriver. Parfois... (Rire)

D'accord. On va passer du côté des psychothérapies.

J'ai une liste, encore une fois pour faire un état des lieux. Parmi les psychothérapies suivantes, lesquelles conseillerez-vous pour l'aide au maintien de l'abstinence ou d'une consommation contrôlée d'alcool ? (*liste guide entretien, NDLR*)

Alors la psychanalyse uniquement s'il y a des troubles psychologiques importants, c'est-à-dire celui qui va boire parce qu'il manque de confiance en lui et que ça lui donne de la confiance en lui, il relève typiquement de la psychanalyse. Pas celui qui va boire parce que c'est éducationnel chez lui, ou parce qu'il est dans le bâtiment, ou voilà...

L'approche motivationnelle oui bien sûr.

La méditation je ne fais pas.

La TCC j'utilise énormément.

L'approche familiale systémique. C'est-à-dire ? C'est-à-dire travailler avec la famille autour ?

Oui, c'est ça.

Oui bien sûr. Quand... il un problème de secret médical. Donc il faut que la famille soit venue avec, en même temps. Parce qu'on n'a pas le droit de communiquer de renseignements à la famille...

D'accord. C'est fonction de...

C'est en fonction de la connaissance de la famille et du choix du patient, c'est ça.

... que vous rencontrez ou pas le conjoint...

Voilà, c'est ça. Donc dans mon cas particulier où quand même globalement c'est plutôt aisé... En général il faut que ce soit secret.

Voilà, donc j'ai souvent peu...

Et les groupes de paroles ba oui. Pour les très dépendants c'est super utile.

D'accord. Selon vous, est-ce que la manière d'apprendre le trouble de l'usage de l'alcool modifie t'il la prise en charge thérapeutique du patient ?

... Je...

Je recommence... Je n'ai pas été assez précis. Est-ce que selon vous, la façon d'apprendre l'addiction influence la prise en charge ?

Oui, bien sûr. La prise en charge est beaucoup plus facile si le patient vient spontanément que si c'est nous ou la famille qui... il n'y a pas de comparaison... (Interrompu par le téléphone, NDLR). Donc oui voilà, ça influence énormément.

D'accord. Est-ce que vous proposez d'autres approches ?

L'hypnose. L'hypnose, parfois avec des bons résultats, parfois avec un bide absolu. C'est tout l'un ou tout l'autre avec l'hypnose. Mais ça peut être intéressant. Euh... l'hypnose et puis bien sûr ba les... si on peut parler d'approche, les cures, pour ceux qui sont très dépendants. J'essaye très vite de les orienter en cure parce que... pour ces patients là il n'y a que ça qui fonctionne. Il faut vraiment quelque chose de très intensif dans l'accompagnement.

Et puis sinon, je crois que c'est bon...

D'accord. Avez-vous bénéficié de formations pour la prise en charge du trouble de l'usage de l'alcool ?

Non, ça se fait sur le tas (rire). Je suis passé comme externe, il y a fort longtemps, en addictologie quand même... au CHR... à l'époque, j'avais un stage d'externe dans le service de médecine générale et on faisait sur les quatre mois... On était quatre, et on passait un mois en addictologie.

D'accord.

Ce qui est intéressant, parce que c'est quelque chose qui est mal abordé dans nos études, je trouve. En tout cas à mon époque.

Et c'est dommage. Parce que c'est une vraie problématique à laquelle on est régulièrement confronté et qui... confronté ici et confronté aussi dans mon activité de régulation... C'est une catastrophe, la nuit ils appellent à 3h de matin pour être sevré, on leur explique que ce n'est pas comme ça que ça fonctionne mais... C'est une demande qui est très fréquente en régulation.

D'accord. Ensuite, la Société Française d'Alcoologie (SFA) a émis en 2015 des recommandations de bonnes pratiques sur la prise en charge du mésusage de l'alcool, avec notamment des fiches pour la médecine générale. C'est pour faire un état des lieux...

Je ne les ai pas vues passer.

D'accord. Et de même, avez-vous connaissance de la campagne en cours de Santé Publique France sur le mésusage de l'alcool ?

Oui, j'en ai entendu parler sur France Info.

Selon vous, l'alcoolodépendance est-elle une maladie aiguë ou une maladie chronique ?

Eheh (rire).

Chronique. Ça peut être aigu mais... On va avoir de l'aigu dans des circonstances très précises... euh divorce... Donc ça peut arriver en aigu. Mais enfin majoritairement c'est chronique.

D'accord. Est-ce que selon vous les spécificités du patient alcoolodépendant induisent une différence dans votre prise en charge par rapport à une autre maladie chronique, comme le diabète ou l'insuffisance cardiaque ?

Absolument. Complément. Ça ce n'est pas du tout la même prise en charge selon le type de patient et selon le type de surconsommation...

D'accord. Face à ces patients, ressentez-vous des difficultés spécifiques quant à la prise en charge ?

Ah oui. Ils sont très difficiles à sevrer...

Vous l'avez évoqué tout à l'heure, sur la durée...

... Le problème c'est qu'effectivement, ils vont toujours dire oui, quand ils peuvent reconnaître... Mais bon il y a des moyens de les mettre dessus... J'ai un éthylomètre, ça m'arrive de les faire souffler.

Ah ?

Quand ils me disent « non, je ne bois pas en semaine ». Et qu'on est un mardi, consultation à 15H, je les fais souffler. Je leur dit « écoutez, je suis surpris. Vous voulez bien souffler dans le... ? ».

C'est ingénieux ça.

Donc... Voilà... ça peut être... Mais la difficulté, c'est d'abord la reconnaissance de leur alcoolisme et le... Dans certains cas le danger que cela puisse représenter... J'ai cité le bâtiment tout à l'heure, c'est un vrai problème. Parce que c'est institutionnalisé dans le bâtiment, donc ils se retrouvent tous les midis (*montre un toit, NDLR*).

Oui, ils peuvent tomber d'un toit...

Et voilà... Il y a juste à passer boulevard de l'Europe là-bas et de voir comment ça coule à flot le midi. Donc c'est vraiment institutionnalisé et il n'y a pas de problème pour eux. C'est quelque chose de normal.

D'accord.

Les autres font pareil. Donc là on a de vraies difficultés. Et puis on a la difficulté de tenir dans le temps, c'est vraiment un problème. C'est désespérant parce que des fois on est content, on les a sevrés, ils restent... ça fait 6 mois qu'ils sont sevrés et tout d'un coup, boum, ça repart de plus belle.

Donc ça c'est quand même une vraie difficulté, la tenue dans la durée.

D'accord.

Et bien nous avons fini... Enfin j'ai fini avec les questions (rire). Souhaitez-vous rajouter quelque chose que je n'aurais peut-être pas demandé ?

Non.

« 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

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-NORMANDIE et P.O

Le Doyen

ANNEE DE SOUTENANCE : 2019

NOM ET PRENOM DE L'AUTEUR : COLOM Félix

TITRE DE LA THESE EN FRANÇAIS

Les approches thérapeutiques dans le trouble de l'usage de l'alcool : quel est le choix des médecins généralistes du Calvados et pourquoi ?

RESUME DE LA THESE EN FRANÇAIS

Contexte La Société Française d'Alcoologie (SFA) a émis des recommandations pour la prise en charge du trouble de l'usage de l'alcool (TUA). Ces recommandations sont longues et difficilement consultables pour les médecins généralistes (MG). Les approches thérapeutiques de ces praticiens sont peu décrites. **Objectif** : Explorer les motivations des MG du Calvados dans leurs choix thérapeutiques pour la prise en charge du TUA. **Méthode** : Nous avons réalisé une étude qualitative auprès de vingt MG. **Résultats** : L'exploration du TUA est une difficulté pour la plupart des médecins. Les MG utilisent autant les médicaments que les psychothérapies, avec une préférence pour le sevrage ambulatoire par les Benzodiazépines. Les approches thérapeutiques les plus utilisées sont les approches motivationnelles. On observe une légère préférence des psychothérapies pour les MG en dehors de l'agglomération Caennaise. Certaines psychothérapies ne sont pas proposées devant des problèmes sociaux, familiaux. La moitié des MG expriment des difficultés avec l'alliance thérapeutique. Cinq des vingt médecins interrogés ont bénéficié d'une formation dans le TUA. Dix-neuf des médecins interrogés n'ont pas eu notion des recommandations de la SFA. **Conclusion** : Les facteurs orientant la prise en charge du TUA par les MG du Calvados sont le lieu d'exercice, les caractéristiques socio-professionnelles de la patientèle, la qualité de l'entourage du patient et l'alliance thérapeutique. Les MG du Calvados sont insuffisamment formés sur le TUA. Pour améliorer leurs compétences, des solutions méritent d'être étudiées par l'université de Caen-Normandie et par l'Ordre des Médecins du Calvados.

MOTS CLES : Médecine générale, médecin généraliste, trouble de l'usage de l'alcool, alcoolisme, alcoolodépendance, approche thérapeutique, prise en charge, Calvados

TITRE DE LA THESE EN ANGLAIS

Therapeutic approaches in the alcohol the use disorder: what is the choice of general practitioners of Calvados and why?

RESUME DE LA THESE EN ANGLAIS

Background : The French Society of Alcoholology (FSA) has issued recommendations for the management of Alcohol Use Disorder (AUD). These recommendations are long and difficult to consult for general practitioners (GP). Therapeutic approaches of those practitioners are poorly described. **Objective** : To explore the motivations of GP of Calvados in their therapeutic choices for the management of AUD. **Method** : We carried out a qualitative study with twenty GP. **Results**: Exploring AUD is a difficulty for most doctors. GP use drugs as much as psychotherapies, with a preference for outpatient withdrawal by Benzodiazepines. The most used therapeutic approaches are motivational approaches. There is a slight preference for psychotherapy for GP outside the Caen area. Some psychotherapies are not offered in front of social and family problems. Half of the GP express difficulties with the therapeutic alliance. Five of the twenty physicians interviewed received training in the AUD. Nineteen of the physicians surveyed did not have any notion of the recommendations of the FSA. **Conclusion**: The factors guiding the management of AUD by GP of Calvados are the place of exercise, the socio-professional characteristics of the patient, the quality of the patient's environment and the therapeutic alliance. GP of Calvados are insufficiently trained on the AUD. To improve their skills, solutions deserve to be studied by the University of Caen-Normandie and the Order of Doctors of Calvados.

KEY WORDS : General medicine, general practitioner, alcohol use disorder, alcoholism, alcohol dependence, therapeutic approach, management, Calvados