



HAL
open science

Dépistage et prise en charge du mésusage d'alcool en médecine générale : étude qualitative auprès de médecins généralistes de la région Occitanie

Sarah Creplet

► **To cite this version:**

Sarah Creplet. Dépistage et prise en charge du mésusage d'alcool en médecine générale : étude qualitative auprès de médecins généralistes de la région Occitanie. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02957916

HAL Id: dumas-02957916

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02957916>

Submitted on 5 Oct 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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER
FACULTÉ DE MÉDECINE MONTPELLIER-NIMES

THÈSE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement par

Sarah Creplet

Le 18 octobre 2018

**Dépistage et prise en charge du mésusage d'alcool en médecine générale : étude qualitative
auprès de médecins généralistes de la région Occitanie.**

Directeur de Thèse : Madame le Docteur Sabrina LEVY

JURY

Président :

- Monsieur le Professeur Michel AMOUYAL

Assesseurs :

- Monsieur le Professeur Pascal PERNEY
- Madame le Docteur Beatrice LOGNOS
- Madame le Docteur Sabrina LEVY

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER
FACULTÉ DE MÉDECINE MONTPELLIER-NIMES

THÈSE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement par

Sarah Creplet

Le 18 octobre 2018

**Dépistage et prise en charge du mésusage d'alcool en médecine générale : étude qualitative
auprès de médecins généralistes de la région Occitanie.**

Directeur de Thèse : Madame le Docteur Sabrina LEVY

JURY

Président :

- Monsieur le Professeur Michel AMOUYAL

Assesseurs :

- Monsieur le Professeur Pascal PERNEY
- Madame le Dr Beatrice LOGNOS
- Madame le Docteur Sabrina LEVY

ANNEE UNIVERSITAIRE 2017 - 2018

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

| | | |
|------------------------|-----------------------------|---------------------------------------|
| ALLIEU Yves | DESCOMPS Bernard | MEYNADIER Jean |
| ALRIC Robert | DIMEGLIO Alain | MICHEL François-Bernard |
| ARNAUD Bernard | DU CAILAR Jacques | MICHEL Henri |
| ASTRUC Jacques | DUBOIS Jean Bernard | MION Charles |
| AUSSILLOUX Charles | DUMAS Robert | MION Henri |
| AVEROUS Michel | DUMAZER Romain | MIRO Luis |
| AYRAL Guy | ECHENNE Bernard | NAVARRO Maurice |
| BAILLAT Xavier | FABRE Serge | NAVRATIL Henri |
| BALDET Pierre | FREREBEAU Philippe | OTHONIEL Jacques |
| BALDY-MOULINIER Michel | GALIFER René Benoît | PAGES Michel |
| BALMES Jean-Louis | GODLEWSKI Guilhem | PEGURET Claude |
| BALMES Pierre | GRASSET Daniel | POUGET Régis |
| BANSARD Nicole | GROLLEAU-RAOUX Robert | PUECH Paul |
| BAYLET René | GUILHOU Jean-Jacques | PUJOL Henri |
| BILLIARD Michel | HERTAULT Jean | PUJOL Rémy |
| BLARD Jean-Marie | HUMEAU Claude | RABISCHONG Pierre |
| BLAYAC Jean Pierre | JAFFIOL Claude | RAMUZ Michel |
| BLOTMAN Francis | JANBON Charles | RIEU Daniel |
| BONNEL François | JANBON François | RIOUX Jean-Antoine |
| BOUDET Charles | JARRY Daniel | ROCHEFORT Henri |
| BOURGEOIS Jean-Marie | JOYEUX Henri | ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre |
| BRUEL Jean Michel | LAFFARGUE François | SAINT AUBERT Bernard |
| BUREAU Jean-Paul | LALLEMANT Jean Gabriel | SANCHO-GARNIER Hélène |
| BRUNEL Michel | LAMARQUE Jean-Louis | SANY Jacques |
| CALLIS Albert | LAPEYRIE Henri | SENAC Jean-Paul |
| CANAUD Bernard | LESBROS Daniel | SERRE Arlette |
| CASTELNAU Didier | LOPEZ François Michel | SIMON Lucien |
| CHAPTAL Paul-André | LORIOT Jean | SOLASSOL Claude |
| CIURANA Albert-Jean | LOUBATIERES Marie Madeleine | THEVENET André |
| CLOT Jacques | MAGNAN DE BORNIER Bernard | VIDAL Jacques |
| D'ATHIS Françoise | MARY Henri | VISIÉ Jean Pierre |
| DEMAILLE Jacques | MATHIEU-DAUDE Pierre | |

Professeurs Emérites

| | | |
|-------------------------|----------------------|-------------------|
| ARTUS Jean-Claude | ELEDJAM Jean-Jacques | PREFAUT Christian |
| BLANC François | GUERRIER Bernard | PUJOL Rémy |
| BOULENGER Jean-Philippe | JOURDAN Jacques | ROSSI Michel |
| BOURREL Gérard | MAURY Michèle | SULTAN Charles |
| BRINGER Jacques | MILLAT Bertrand | TOUCHON Jacques |
| CLAUSTRES Mireille | MARES Pierre | VOISIN Michel |
| DAURES Jean-Pierre | MONNIER Louis | ZANCA Miche |
| DAUZAT Michel | PRAT Dominique | |
| DEDET Jean-Pierre | PRATLONG Francine | |

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALBAT Bernard - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
ALRIC Pierre - Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric - Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick - Parasitologie et mycologie
BONAFE Alain - Radiologie et imagerie médicale
CAPDEVILA Xavier - Anesthésiologie-réanimation
COMBE Bernard - Rhumatologie
COSTA Pierre - Urologie
COTTALORDA Jérôme - Chirurgie infantile
COUBES Philippe - Neurochirurgie
CRAMPETTE Louis - Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul - Biochimie et biologie moléculaire
DAVY Jean Marc - Cardiologie
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel - Anesthésiologie-réanimation
DELAPORTE Eric - Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DE WAZIERES Benoît - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DOMERGUE Jacques - Chirurgie générale
DUFFAU Hugues - Neurochirurgie
DUJOLS Pierre - Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
ELIAOU Jean François - Immunologie
FABRE Jean Michel - Chirurgie générale
GUILLOT Bernard - Dermato-vénéréologie
HAMAMAH Samir-Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
HEDON Bernard-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
HERISSON Christian-Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir-Anesthésiologie-réanimation
JEANDEL Claude-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JONQUET Olivier-Réanimation ; médecine d'urgence
JORGENSEN Christian-Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier-Biophysique et médecine nucléaire
LANDAIS Paul-Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention
LARREY Dominique-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
LEFRANT Jean-Yves-Anesthésiologie-réanimation

LE QUELLEC Alain-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
MARTY-ANE Charles - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MAUDELONDE Thierry - Biologie cellulaire
MERCIER Jacques - Physiologie
MESSNER Patrick - Cardiologie
MOURAD Georges-Néphrologie
PELISSIER Jacques-Médecine physique et de réadaptation
RENARD Eric-Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques-Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIBSTEIN Jean-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
RIPART Jacques-Anesthésiologie-réanimation
ROUANET Philippe-Cancérologie ; radiothérapie
SCHVED Jean François-Hématologie; Transfusion
TAOUREL Patrice-Radiologie et imagerie médicale
UZIEL Alain -Oto-rhino-laryngologie
VANDE PERRE Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YCHOU Marc-Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1re classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia-Hématologie ; transfusion
AVIGNON Antoine-Nutrition
AZRIA David -Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria-Pédopsychiatrie ; addictologie
BEREGI Jean-Paul-Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BLANC Pierre-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric-Chirurgie digestive
BOULOT Pierre-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CAMBONIE Gilles -Pédiatrie
CAMU William-Neurologie
CANOVAS François-Anatomie
CARTRON Guillaume-Hématologie ; transfusion
CHAMMAS Michel-Chirurgie orthopédique et traumatologique
COLSON Pascal-Anesthésiologie-réanimation
CORBEAU Pierre-Immunologie
COSTES Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
COURTET Philippe-Psychiatrie d'adultes ; addictologie
CYTEVAL Catherine-Radiologie et imagerie médicale
DADURE Christophe-Anesthésiologie-réanimation
DAUVILLIERS Yves-Physiologie
DE TAYRAC Renaud-Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DEMARIA Roland-Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEMOLY Pascal-Pneumologie ; addictologie
DEREURE Olivier-Dermatologie - vénéréologie
DROUPY Stéphane -Urologie
DUCROS Anne-Neurologie -
FRAPIER Jean-Marc-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
KLOUCHE Kada-Réanimation ; médecine d'urgence
KOENIG Michel-Génétique moléculaire
LABAUGE Pierre- Neurologie

LAFFONT Isabelle-Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry-Cytologie et histologie
LECLERCQ Florence-Cardiologie
LEHMANN Sylvain-Biochimie et biologie moléculaire
LUMBROSO Serge-Biochimie et Biologie moléculaire
MARIANO-GOULART Denis-Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan -Physiologie
MEUNIER Laurent-Dermato-vénéréologie
MONDAIN Michel-Oto-rhino-laryngologie
MORIN Denis-Pédiatrie
NAVARRO Francis-Chirurgie générale
PAGEAUX Georges-Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PETIT Pierre-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PERNEY Pascal-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PUJOL Jean Louis-Pneumologie ; addictologie
PUJOL Pascal-Biologie cellulaire
PURPER-OUAKIL Diane-Pédopsychiatrie ; addictologie
QUERE Isabelle-Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
SOTTO Albert-Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TOUITOU Isabelle-Génétique
TRAN Tu-Anh-Pédiatrie
VERNHET Hélène-Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2ème classe

ASSENAT Éric-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BERTHET Jean-Philippe-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BOURDIN Arnaud-Pneumologie ; addictologie
CANAUD Ludovic-Chirurgie vasculaire ; Médecine Vasculaire
CAPDEVIELLE Delphine-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
CAPTIER Guillaume-Anatomie
CAYLA Guillaume-Cardiologie
CHANQUES Gérald-Anesthésiologie-réanimation
COLOMBO Pierre-Emmanuel-Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent-Radiologie et imagerie médicale
COULET Bertrand-Chirurgie orthopédique et traumatologique
CUVILLON Philippe-Anesthésiologie-réanimation
DAIEN Vincent-Ophtalmologie
DE VOS John-Cytologie et histologie
DORANDEU Anne-Médecine légale -
DUPEYRON Arnaud-Médecine physique et de réadaptation
FESLER Pierre-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GARREL Renaud -Oto-rhino-laryngologie
GAUJOUX Viala Cécile-Rhumatologie
GENEVIEVE David-Génétique
GODREUIL Sylvain-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUILLAUME Sébastien-Urgences et Post urgences psychiatriques -
GUILPAIN Philippe-Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
GUIU Boris-Radiologie et imagerie médicale
HAYOT Maurice-Physiologie
HOUEDE Nadine-Cancérologie ; radiothérapie
JACOT William-Cancérologie ; Radiothérapie

JUNG Boris-Réanimation ; médecine d'urgence
KALFA Nicolas-Chirurgie infantile
KOUYOUMDJIAN Pascal-Chirurgie orthopédique et traumatologique
LACHAUD Laurence-Parasitologie et mycologie
LALLEMANT Benjamin-Oto-rhino-laryngologie
LAVIGNE Jean-Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LE MOING Vincent-Maladies infectieuses ; maladies tropicales
LETOUZEY Vincent-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LOPEZ CASTROMAN Jorge-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric-Rhumatologie
MAURY Philippe-Chirurgie orthopédique et traumatologique
MILLET Ingrid-Radiologie et imagerie médicale
MORANNE Olivier-Néphrologie
MOREL Jacques -Rhumatologie
NAGOT Nicolas-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NOCCA David-Chirurgie digestive
PANARO Fabrizio-Chirurgie générale
PARIS Françoise-Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PASQUIE Jean-Luc-Cardiologie
PEREZ MARTIN Antonia-Physiologie
POUDEROUX Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PRUDHOMME Michel-Anatomie
RIGAU Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François-Pédiatrie
ROGER Pascal-Anatomie et cytologie pathologiques
ROSSI Jean François-Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François-Cardiologie
SEBBANE Mustapha-Anesthésiologie-réanimation
SEGNARBIEUX François-Neurochirurgie
SIRVENT Nicolas-Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme-Biologie cellulaire
SULTAN Ariane-Nutrition
THOUVENOT Éric-Neurologie
THURET Rodolphe-Urologie
VENAIL Frédéric-Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max-Ophtalmologie
VINCENT Denis -Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry-Immunologie
WOJTUSCISZYN Anne-Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1re classe :

COLINGE Jacques - Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes

2ème classe :

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila - Biochimie et biologie moléculaire
VISIER Laurent - Sociologie, démographie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1re classe :

LAMBERT Philippe

2ème classe :

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

DAVID Michel

RAMBAUD Jacques

PROFESSEUR ASSOCIE - Médecine

BESSIS Didier - Dermato-vénéréologie)

PERRIGAULT Pierre-François - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence

ROUBERTIE Agathe – Pédiatrie

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe

CACHEUX-RATABOUL Valère-Génétique

CARRIERE Christian-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

CHARACHON Sylvie-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

FABBRO-PERAY Pascale-Epidémiologie, économie de la santé et prévention

HILLAIRE-BUYS Dominique-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

PELLESTOR Franck-Cytologie et histologie

PUJOL Joseph-Anatomie

RAMOS Jeanne-Anatomie et cytologie pathologiques

RICHARD Bruno-Thérapeutique ; addictologie

RISPAIL Philippe-Parasitologie et mycologie

SEGONDY Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

STOEBNER Pierre -Dermato-vénéréologie

MCU-PH de 1re classe

ALLARDET-SERVENT Annick-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

BADIOU Stéphanie-Biochimie et biologie moléculaire

BOUDOUSQ Vincent-Biophysique et médecine nucléaire

BOULLE Nathalie-Biologie cellulaire

BOURGIER Céline-Cancérologie ; Radiothérapie

BRET Caroline -Hématologie biologique

COSSEE Mireille-Génétique Moléculaire

GABELLE DELOUSTAL Audrey-Neurologie

GIANSILY-BLAIZOT Muriel-Hématologie ; transfusion

GIRARDET-BESSIS Anne-Biochimie et biologie moléculaire

LAVIGNE Géraldine-Hématologie ; transfusion

LE QUINTREC Moglie-Néphrologie

MATHIEU Olivier-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas-Neuroradiologie
MOUZAT Kévin-Biochimie et biologie moléculaire
PANABIERES Catherine-Biologie cellulaire
PHILIBERT Pascal-Biologie et médecine du développement et de la reproduction
RAVEL Christophe - Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris-Physiologie
STERKERS Yvon-Parasitologie et mycologie
TUAILLON Edouard-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YACHOUH Jacques-Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MCU-PH de 2^{ème} classe

BERTRAND Martin-Anatomie
BRUN Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
DU THANH Aurélie-Dermato-vénéréologie
GALANAUD Jean Philippe-Médecine Vasculaire
GOUZI Farès-Physiologie
JEZIORSKI Éric-Pédiatrie
KUSTER Nils-Biochimie et biologie moléculaire
LESAGE François-Xavier-Médecine et Santé au Travail
MAKINSON Alain-Maladies infectieuses, Maladies tropicales
MURA Thibault-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Emilie-Psychiatrie d'adultes ; addictologie
THEVENIN-RENE Céline-Immunologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - Médecine Générale

COSTA David
FOLCO-LOGNOS Béatrice

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard
GARCIA Marc
MILLION Elodie
PAVAGEAU Sylvain
REBOUL Marie-Catherine
SEGURET Pierre

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Maîtres de Conférences hors classe

BADIA Eric - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

Maîtres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine - Neurosciences
BERNEX Florence - Physiologie
CHAUMONT-DUBEL Séverine - Sciences du médicament et des autres produits de santé
CHAZAL Nathalie - Biologie cellulaire
DELABY Constance - Biochimie et biologie moléculaire
GUGLIELMI Laurence - Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HENRY Laurent - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

LADRET Véronique - Mathématiques appliquées et applications des mathématiques
LAINE Sébastien - Sciences du Médicament et autres produits de santé
LE GALLIC Lionel - Sciences du médicament et autres produits de santé
LOZZA Catherine - Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
MAIMOUN Laurent - Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
MOREAUX Jérôme - Science biologiques, fondamentales et cliniques
MORITZ-GASSER Sylvie - Neurosciences
MOUTOT Gilles - Philosophie
PASSERIEUX Emilie - Physiologie
RAMIREZ Jean-Marie - Histologie
TAULAN Magali - Biologie Cellulaire

PRATICIENS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

CLAIRE DAIEN-Rhumatologie
BASTIDE Sophie-Epidémiologie, économie de la santé et prévention
FAILLIE Jean-Luc- Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
GATINOIS Vincent-Histologie, embryologie et cytogénétique
HERLIN Christian -Chirurgie plastique ; reconstructrice et esthétique ; brûlologie
HERRERO Astrid-Chirurgie générale
PANTEL Alix-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie-Thérapeutique, médecine d'urgence ; addictologie
PINETON DE CHAMBRUN Guillaume-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
TORRE Antoine-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury

A Monsieur le Professeur Michel Amouyal, Professeur des Universités de Médecine Générale

Vous me faites l'honneur de présider ce jury et de juger ce travail.

Soyez assuré de ma plus sincère reconnaissance.

Merci également pour votre écoute, votre gentillesse, votre apprentissage durant mon stage effectué chez vous. Aux discussions autres que la médecine.

A Monsieur le Professeur Pascal Perney,

Cher Maître, vous me faites l'honneur de siéger dans mon jury de thèse.

Soyez assuré de ma plus sincère reconnaissance.

Retrouvez ici le témoignage de mon profond respect.

A Madame le Docteur Béatrice Lognos, Maitre de Conférence des Universités de Médecine Générale.

Vous me faites l'honneur de juger ce travail.

Soyez assuré de ma plus sincère reconnaissance.

A Madame le Docteur Sabrina Levy, Directrice de thèse

Un grand merci d'avoir accepté de faire cette thèse avec moi.

Merci pour votre disponibilité, votre présence et votre écoute tout au long de ce travail qui clôture ces belles années d'études.

Veillez recevoir l'expression de ma respectueuse gratitude.

Aux professionnels rencontrés durant mon internat,

Aux équipes hospitalières :

- Du service de médecine interne 1 du Centre Hospitalier de Perpignan

- Du service des Urgences du Centre Hospitalier de Béziers,
- Du service de Pédiatrie et des Urgences Pédiatriques de Nîmes

Merci de m'avoir accompagnée et formée durant ces années d'internat. Je garde un très bon souvenir de tous ces stages.

- Du service d'Addictologie du Grau du Roi et CSAPA de Nîmes.

Un de mes meilleurs stages, qui m'a fait découvrir et apprécier l'Addictologie.

Merci au Pr Perney, au Dr Pelletier, Dr Bernard , Dr Alarcon et à toute l'équipe paramédicale. Merci pour la bonne humeur et l'ambiance dans le service, pour votre compétence et les connaissances acquises.

Merci également à Franck Testud, pour ta gentillesse, ton dynamisme, et ta passion pour l'addictologie. Pour tout ce que tu m'as appris durant les consultations au Csapa ou dans les différents services hospitaliers.

Merci également à Bertrand Nalpas, pour votre aide dans la réalisation du guide d'entretien et vos conseils.

Aux Praticiens libéraux :

Au Dr Roselyne Marino et au Dr Fabienne Parada-Bonte

La vraie première découverte de la médecine générale ! Merci pour votre gentillesse et votre confiance durant ce stage. Merci également à Aline sans qui ce stage n'aurait pas été pareil, pour toutes nos discussions et tes bons conseils.

Au Pr Michel Amouyal, au Dr Mélanie Badin, au Dr Alain Pouzancre

Merci de m'avoir si bien accueillie dans votre cabinet et de m'avoir fait confiance pendant ces 6 mois de stage (et plus encore).

Merci de m'avoir confortée dans mon choix de la médecine générale grâce à votre empathie et à la prise en charge de vos patients.

Merci également à Nathalie et Annie, merci pour votre aide, votre gentillesse et votre bonne humeur.

A mes proches,

A ma maman, sans toi et tout ton amour je ne serais jamais arrivée jusqu'ici.

Tu as su me rassurer dans les moments où je doutais et n'avais pas confiance en moi. Tu m'as toujours aidée, portée et soutenue dans mes choix.

Merci de m'avoir permis de profiter « de ma petite enfance », comme on aime si bien le répéter.

Merci pour ton aide et ta patience dans la rédaction de cette thèse, le « mésusage d'alcool » n'a plus de secret pour toi.

Pour notre complicité, les heures passées ensemble à discuter au téléphone, nos fous rires...

Je t'aime.

A mon papa, tu n'as pas pu venir à ma soutenance mais je tenais à te remercier du fond du cœur car si je présente ce travail aujourd'hui c'est grâce à toi. Merci de m'avoir poussée dans les études, de m'avoir transmis ton goût de la réussite et de m'avoir offert ces études sans jamais ne manquer de rien à côté. Merci pour ton aide, ton amour et tes conseils au quotidien.

A Maryse, merci pour ton écoute, ton soutien, ton accueil chaleureux à chaque fois que je viens vous voir à Paris.

A Thomas, mon frère. Heureusement que tu étais là pour la mise en page de ma thèse, qu'aurais-je fait sans toi ?! Merci pour tous ces moments de complicité passés ensemble depuis tout petit. Je repense à nos années en colocation, avant que je parte à Montpellier. A nos repas, nos délires, nos petites disputes de couple sur les tâches ménagères, à toutes les soirées qu'on a pu faire à l'appart'.

Merci d'être devenu ce que tu es, un homme et un frère en or.

A ma belle-sœur Gabrielle, merci pour ta gentillesse et ta bonne humeur au quotidien ! Merci de rendre mon frère heureux. Merci de m'avoir aidé également pour la rédaction de la bibliographie. Je t'admire d'avoir eu le courage de quitter ton travail et de reprendre les études de médecine, et suis contente de compter une future consœur dans la famille.

A ceux qui nous ont quittés durant ces années d'études et à qui je tenais énormément, ma tante Martine, mon Papi et ma Mémère. Je pense souvent à vous...

A mon Odilon, ma tata en or ! Merci d'être là aujourd'hui. Merci pour ta bonne humeur permanente, tes attentions, ta générosité, nos discussions, nos sorties culturelles, sans oublier tes bons petits repas quand je viens te voir à Boulogne.

A ma marraine, merci pour toutes tes attentions depuis ma naissance, pour toutes les fois où tu m'as bien reçu chez toi, c'est une grande bouffée d'oxygène et d'amour à chaque fois.

Vous formez une magnifique petite famille, c'est toujours un plaisir de vous voir tous les 4.

A ma mami,

A mes oncles et tantes, Agnès, Francis, Luc, Martine et André, Sylvie.

A mes cousins et petits cousins de Grenoble, Bordeaux, Paris, Nancy, Chalon.

Merci Emmanuelle d'avoir fait le chemin jusqu'à Montpellier pour ma soutenance, je suis contente que tu sois là.

A ma cousine Marion, tu es comme ma sœur tu le sais, merci pour tous les moments de complicités passés ensemble, les voyages, et pour votre beau mariage avec Keivan. Coralie, toi aussi tu es comme ma petite sœur, merci pour toutes les fois où tu es venue me voir durant l'internat, à Béziers, à Montpellier. A ma cousine Marine, je te vois moins avec la distance mais à chaque fois on retrouve notre complicité et nos fous rires.

A Marie-Claude, merci pour les corrections apportées à ma thèse, tu as été d'une aide précieuse.

A mes amies de toujours,

A ma ninouch, environ 25 ans qu'on se connaît l'amie, on peut dire qu'on a grandi et appris la vie ensemble, les premières sorties, les premières peines de cœur, nos looks d'ado incroyables, nos shooting photos, nos délires que personne d'autre n'arrive à comprendre...On en a fait toutes les 2 ! Et ça continue...

Merci d'être l'amie que tu es

A ma mymy, ma meilleure amie d'enfance, tout a débuté d'une partie de bille dans la résidence quand on avait 6 ans ! On a partagé tellement de choses ensemble par la suite, on était inséparables toutes les 2 😊 maintenant que je suis à Montpellier on se voit un peu moins mais tout reste à l'identique quand on se revoit !

A Marion, ma poulette, merci pour cette longue amitié ! tellement de souvenirs et de fous rires ensemble ! C'est toujours un plaisir de te revoir, que ce soit à Paris, Montpellier, Marseille, Amsterdam, Barcelone.

A ma Laurie, 4 ans qu'on se connaît mais après avoir vécu 3 ans ensemble j'ai l'impression de te connaître depuis bien plus longtemps ! Merci au tirage au sort de Perpi de nous avoir réunis dans cette colocation, sans toi cet internat n'aurait vraiment pas été pareil. A tous nos débrief médecine, nos journées découvertes de la région, nos sorties, nos potins, nos délires, nos vacances et j'en passe ! Je vous souhaite tout le meilleur avec Mathieu. Tu me manques depuis que tu es à Hyères mais je sais qu'on arrivera toujours à se voir... que notre amitié dure toujours 😊

A Edwige, ma chatte, 4 ans qu'on se connaît et je me souviens qu'on avait très vite eu le « coup de cœur » l'une pour l'autre à Perpi ! Tellement de bons moments passés ensemble, que ce soit à l'internat, Montpellier, au Sri Lanka, Biarritz, Bandol ou en Martinique. Bientôt je viendrai visiter Nice et faire la fête avec toi, j'ai hâte ! Merci d'être l'amie que tu es, joyeuse, dynamique, de bons conseils et toujours partante pour faire plein de choses.

A Marie C, ma blonde ! merci de m'avoir motivée à venir dans le sud ! Reviens vite de l'autre bout du monde, nos conversations et nos sorties me manquent !

A la team du levant, Juliette et Candice, à nos road trip en Thaïlande et en Afrique du Sud et aux parties de rigolade qui vont avec (« à grande eau Candice ! »). Et aussi à nos vacances à Hyères, avec notre J-J qui nous fera toujours autant rire !

Merci pour tous ces bons moments !

Aux copains de l'externat du Kremlin-Bicêtre, avec qui nous avons bien profité durant ces premières années médecine, Antoinette, Mélina, Ségo, Louis, Marine, Camille. A mes amies

Gabrielle et Louise, plein de souvenirs avec vous 2, à Paris, en Bretagne , à Berlin , j'espère qu'on arrivera bientôt à se réunir de nouveau toutes les 3. A Marie B., ma nouvelle voisine du bassin Jacques Cœur, contente que tu m'aies suivie pour cette belle aventure dans le Sud !

A mes co-internes Montpelliérains

Sofia et Stéphanie, le team MIG 1 , ce premier semestre était vraiment top ! Sofia on s'est suivi un peu partout après, tu es ma plus fidèle co-interne ☺

Aux copains des urgences adultes de Béziers , Arthur, Adriel, Mathieu. A ceux des urgences pédiatriques, Omar, Julie, Emmeline, Louise Anne , Laura , mon externe Marion avec qui j'adorais papoter et à tous les autres qui ne sont pas cités mais avec qui j'ai passé de bons moments .

Aux co-internes d'addicto, Sofia, Laure-Hélène, Renaud, Camille, on formait une super équipe !

Aux amis Montpelliérains, rencontrés pendant l'internat

A ma Juju Romagnat, on s'est suivi pendant tout l'internat, merci d'avoir été là, tu es loin maintenant à Clermont ! Je suis très heureuse pour toi, Coni et votre petit bébé qui arrive.

Sofia et Flo, LE couple de perpi ! Hâte d'être à votre mariage ! Je vous souhaite le meilleur. Merci pour tous les bons moments partagés ensemble.

Omar, Agathe, merci pour votre soutien durant l'écriture de cette thèse, on a réussi ! Une page se tourne ! Merci aussi de partager mes goûts musicaux en soirée, heureusement que vous êtes là !

Coco, à tous nos souvenirs à Perpi et à Montpellier, dont cet épisode légendaire lors d'une soirée médecine pré-astreinte !

Manue, ma nouvelle voisine de Port Marianne ! À toutes nos sorties passées et celles à venir, la découverte des bons restos Montpelliérains, les vignobles, les plages, ta bonne cuisine. Toujours prête à partir en vadrouille ! Je vous souhaite plein de belles choses avec Hugo.

Ma Chacha, merci pour ces quelques années passées ensemble dans le Sud, je te souhaite une bonne continuation à Paris !

Anais, à toutes nos discussions et nos soirées dansantes, qui nous ont permis de décompresser en toute circonstance !

A tout ceux de l'internat de Perpignan et Béziers que je n'ai pas encore cité (Camille, Marine, Caroline, Sarah, Martin, Mika , Ardavan, Guillaume, Alexandre...) merci pour ces deux premiers semestres de folie !

A Guillaume, merci de m'avoir motivée et soutenue dans la dernière ligne droite de ma thèse. Merci d'être si gentil et attentionné avec moi. A nos discussions et aux moments, toujours agréables, partagés ensemble, à Aix ou à Montpellier. On va enfin pouvoir l'ouvrir ce champagne 😊

SOMMAIRE

| | |
|--|----|
| REMERCIEMENTS | 11 |
| SOMMAIRE | 18 |
| LISTE DES ABREVIATIONS UTILISEES | 21 |
| INTRODUCTION | 23 |
| I. Généralités sur la consommation d'alcool..... | 24 |
| A) Consommation d'alcool en France et en Occitanie | 24 |
| B) Usage et mésusage de l'alcool | 27 |
| C) Des dommages collatéraux sous-estimés..... | 30 |
| II. Repérage et prise en charge du mésusage d'alcool en médecine générale..... | 34 |
| A) Le repérage précoce et l'intervention brève (RPIB) | 34 |
| B) Le changement de comportement, un processus qui peut être long et difficile | 37 |
| C) Palette thérapeutique de la dépendance alcoolique | 38 |
| III. Les différentes Structures en Alcoologie..... | 41 |
| A) Structures hospitalières | 41 |
| B) Structure médico-sociale : les Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)..... | 42 |
| C) Organismes associatifs de prévention et d'entraide : | 43 |
| D) Exemple du réseau 34..... | 44 |
| MATERIEL ET METHODES : | 46 |
| I. Type d'étude | 46 |
| II. Population étudiée et recrutement | 46 |
| III. Recherche bibliographique, élaboration du guide d'entretien..... | 47 |
| IV. Réalisation des entretiens | 47 |
| V. Analyse des entretiens | 48 |

| | |
|--|----|
| RESULTATS..... | 49 |
| I. Population étudiée..... | 49 |
| II. Vécu du médecin généraliste vis-à-vis du mésusage d'alcool | 50 |
| A) Formations diverses..... | 50 |
| B) Ressenti sur l'importance de la patientèle concernée | 50 |
| C) Le médecin généraliste, un rôle de repérage et de prévention avant tout : | 51 |
| III. Le dépistage du mésusage de l'alcool | 52 |
| A) Les facteurs facilitant le repérage :..... | 52 |
| B) Les freins au dépistage..... | 55 |
| IV. La prise en charge du mésusage..... | 59 |
| A) En pratique..... | 59 |
| B) Les facteurs facilitant la prise en charge: | 61 |
| C) Les difficultés dans la prise en charge | 63 |
| V. Relations avec les réseaux d'alcoologie | 66 |
| A) En pratique..... | 66 |
| B) Manque de connaissances des structures médico-sociales et associatives..... | 67 |
| C) Peu de communication, manque de retours | 68 |
| D) Difficultés d'accès et délais d'attente..... | 68 |
| VI. Les propositions d'amélioration suggérées par les médecins..... | 69 |
| DISCUSSION | 73 |
| I. Discussion de la méthode | 73 |
| A) Forces de l'étude..... | 73 |
| B) Biais de l'étude..... | 73 |
| II. Discussion sur les résultats | 74 |
| A) Vécu du médecin généraliste vis-à-vis du mésusage d'alcool..... | 74 |
| B) Freins et facteurs facilitant le dépistage et la prise en charge..... | 77 |
| C) Autres suggestions d'amélioration proposées par les médecins | 84 |

| | |
|------------------------|-----|
| CONCLUSION | 86 |
| BIBLIOGRAPHIE..... | 88 |
| ANNEXES..... | 94 |
| SERMENT..... | 112 |
| PERMIS D'IMPRIMER..... | 113 |
| RESUME..... | 114 |

LISTE DES ABREVIATIONS UTILISEES

AA : Alcooliques Anonymes

AMM : Autorisation de mise sur le marché

ANPAA : Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie

API : Alcoolisation ponctuelle importante

AUDIT : Alcohol Use Disorders Test

CCAA Centre de cure ambulatoire en Alcoologie

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

CSST : Centre de Soins Spécialisés en Toxicomanie

EM : Entretien Motivationnel

HAS : Haute Autorité de Santé

HTA : Hypertension artérielle

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

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

OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RPIB : Repérage Précoce et Intervention Brève

ROSP : Rémunération sur objectifs de santé publique

RTU : Recommandation temporaire d'Utilisation

SFA : Société Française d'Alcoologie

Le Petit Prince, Chapitre XII

par Antoine de Saint-Exupéry (1900-1944).¹

La planète suivante était habitée par un buveur. Cette visite fut très courte, mais elle plongea le petit prince dans une grande mélancolie :



- Que fais-tu là ? dit-il au buveur, qu'il trouva installé en silence devant une collection de bouteilles vides et une collection de bouteilles pleines.

- Je bois, répondit le buveur, d'un air lugubre.

- Pourquoi bois-tu ? lui demanda le petit prince.

- Pour oublier, répondit le buveur.

- Pour oublier quoi ? s'enquit le petit prince qui déjà le plaignait.

- Pour oublier que j'ai honte, avoua le buveur en baissant la tête.

- Honte de quoi ? s'informa le petit prince qui désirait le secourir.

- Honte de boire ! acheva le buveur qui s'enferma définitivement dans le silence.

Et le petit prince s'en fut, perplexe.

Les grandes personnes sont décidément très très bizarres, se disait-il en lui-même durant le voyage.

INTRODUCTION

Mes stages effectués en médecine générale et mes premiers remplacements m'ont permis de constater qu'aborder le sujet de l'alcool en consultation n'était pas chose aisée. De fait, le problème n'est souvent évoqué que lorsqu'il existe un retentissement sur la vie socio-professionnelle ou qu'il est révélé lors d'un bilan clinique ou biologique. A ce stade la consommation d'alcool est devenue nocive ou dépendante.

Mon passage en service d'addictologie m'a permis d'interroger et suivre de nombreux patients hospitalisés pour sevrage en alcool, soins de suite et de réadaptation. Ceux-ci m'ont confirmé que le sujet de l'alcool avait été peu évoqué avec leur médecin traitant. L'écoute attentive des patients m'a permis de comprendre leur parcours. L'anamnèse de leur alcoolisation était décrite comme ceci : elle avait débuté de manière progressive, sans que le patient prenne conscience de la dérive de sa consommation croissante et des conséquences potentielles sur sa santé. Le problème s'était aggravé jusqu'à perdre le contrôle de la situation mais en gardant malgré tout suffisamment de lucidité pour en ressentir une grande solitude et de la honte.

J'ai réalisé que le repérage précoce des modes de consommation des patients en médecine générale était important afin qu'il soit possible d'ouvrir le dialogue sur le sujet, de les mettre en confiance, de les accompagner ou de les orienter rapidement si nécessaire.

J'ai pu faire les mêmes constatations en lisant plusieurs études quantitatives dont une thèse qui interrogeait 93 patients consultant pour la première fois en structure d'addictologie pour une dépendance à l'alcool avérée. C'est ainsi que 79% des patients n'avaient pas été interrogés spontanément par leur médecin traitant sur la consommation d'alcool et 33% déclaraient que leur médecin traitant n'était pas informé de leur problématique d'alcool. Seulement 30% avaient été adressés en consultation par leur médecin généraliste, 36% par un médecin spécialiste (dont 1/3 par un médecin du travail)²

Nous avons décidé de réaliser une étude qualitative afin de tenter de comprendre pourquoi le dépistage et la prise en charge du mésusage d'alcool reste insuffisant en médecine générale.

L'objectif était d'identifier, en interrogeant des médecins généralistes installés, les freins mais aussi les éléments facilitateurs du repérage et du suivi des patients ayant un mésusage de l'alcool. Nous avons également recueilli les propositions des médecins généralistes pour améliorer le dépistage et la prise en charge.

I. Généralités sur la consommation d'alcool

L'alcool est la substance psychoactive la plus consommée en France.

Il s'agit de la deuxième cause de mortalité évitable après le tabac, responsable de 49 000 décès par an dans l'Hexagone³, que ce soit de manière directe ou indirecte (cancers, maladies cardio-vasculaires, cirrhoses, suicides sous l'emprise de l'alcool, accidents...).

On estime à cinq millions le nombre de personnes ayant des difficultés médicales, psychologiques ou sociales à mettre en relation avec l'alcool et entre 2 et 3 millions le nombre de personnes alcoolo-dépendantes en France⁴.

Le nombre d'hospitalisations en 2011 à cause de l'alcool s'élevait à 800 000⁵.

Pour ces raisons, l'alcool est actuellement un enjeu majeur de santé publique et fait partie depuis plusieurs années des plans gouvernementaux.

A) Consommation d'alcool en France et en Occitanie

Le poids économique de la filière alcool en France

La consommation d'alcool est un sujet sensible en France. Au pays du vin, du champagne et de centaines de spécialités régionales alcoolisées, l'alcool est associé aux événements festifs, aux modes de vie et à la culture. Cet héritage social et culturel est renforcé par des enjeux économiques importants, l'alcool représentant 22 milliards d'euros de chiffre d'affaires et 558 000 emplois (directs ou indirects)⁶.

La vente d'alcool est aussi à l'origine de recettes fiscales pour l'État et la Sécurité sociale, par le biais de la TVA, mais également grâce aux droits sur les volumes consommés. Pour exemple en 2011, sur les 16,7 milliards d'euros de dépenses des ménages pour les boissons alcoolisées, le montant des droits indirects perçus sur l'alcool (hors TVA) s'élevait à 3,2 milliards d'euros.⁷

Epidémiologie

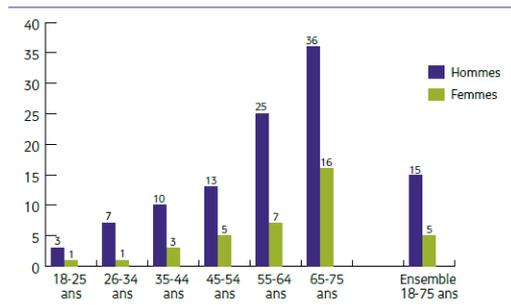
La consommation française d'alcool a été divisée par deux entre 1960 et 2016³, passant de 26 à 11,6 l équivalents d'alcool pur, par habitant et par an, cette diminution étant essentiellement imputable à la baisse de consommation de vin.

Les données du Baromètre Santé 2014 (la dernière enquête réalisée par l'Inpes concernant l'alcool), indiquent qu'environ 9,6 % des 15-75 ans boivent tous les jours (14,6% des hommes, 4,9% des femmes) avec un nombre déclaré de verres consommés par semaine estimé à 5,5 en moyenne. Le vin restant de loin l'alcool le plus consommé.

L'usage quotidien d'alcool augmente avec l'âge. Inversement, les consommations ponctuelles importantes (API : consommation d'au moins 5 verres en une seule occasion, ou 6 verres selon les définitions) diminuent quand l'âge augmente, elles culminent entre 25 et 34 ans pour les hommes, et avant 25 ans pour les femmes. ⁸

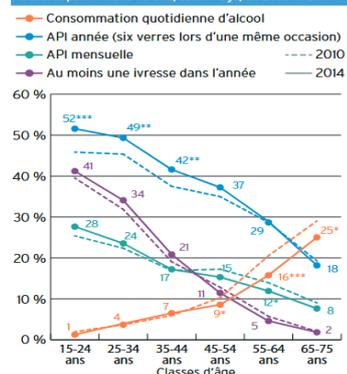
Toutes les enquêtes de consommation montrent que les hommes boivent des quantités d'alcool nettement plus importantes que les femmes, bien que la consommation chez les femmes soit en constante augmentation, avec actuellement 600 000 femmes alcoolo-dépendantes⁹.

Figure 1 - Usage quotidien d'alcool, selon le sexe et l'âge en 2014 (en %)



Source : Baromètre santé 2014, INPES

Figure 1 - Évolutions de différents modes de consommation d'alcool parmi les 15-75 ans, selon l'âge, en 2010 et 2014



***, ** : évolutions significatives au seuil de 0,1 %, 1 % et 5 % entre 2010 et 2014, pour la classe d'âge concernée
Source : Baromètres santé 2010 et 2014, Inpes

Consommation d'alcool chez les 15-75 ans en France en 2014

- Consommateurs quotidiens : **1 Français sur 10**
- Consommateurs hebdomadaires : **5 Français sur 10**
- Expérimentateurs d'alcoolisation ponctuelle importante au cours des douze derniers mois : **4 Français sur 10**

L'API dans l'année concerne 38 % des 15-75 ans, soit significativement plus qu'en 2010 (36 %), en particulier parmi les femmes (24 % vs 21 %). Dans l'ensemble de la population, 17 % ont déclaré une API tous les mois et 5 % toutes les semaines. La fréquence des ivresses répétées et régulières est également en hausse, tout particulièrement chez les femmes.

L'Alcool chez les jeunes

On constate depuis plusieurs années en France un phénomène inquiétant importé des pays anglo-saxons : le « binge drinking » ou alcoolisation ponctuelle importante et rapide, touchant majoritairement les jeunes et multipliant les risques d'entrée dans une forme d'alcoolodépendance.

L'âge de la première ivresse est de 15,2 ans en moyenne ¹⁰.

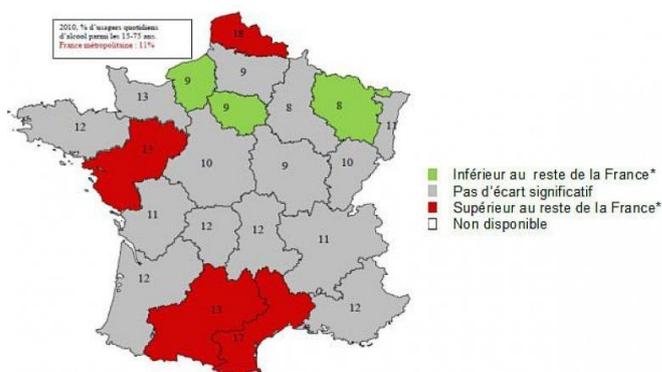
En mars 2017, l'enquête Escapad (interrogeant 46054 jeunes de 17 ans lors de la journée défense et citoyenneté sur leur consommation d'alcool) montre que l'alcool demeure la substance la plus largement expérimentée par les adolescents (85,7 %) : deux tiers des jeunes en ont consommé au cours du mois écoulé . 44% des jeunes ont eu une API, 16,4 % en ont eu au moins trois et 2,7% au moins 10, durant le mois précédant l'enquête. ¹¹

Au niveau régional : le Languedoc Roussillon

L'analyse régionale du Baromètre santé de l'Inpes de 2010 (dernière enquête réalisée avant le regroupement des régions) a montré que le Languedoc Roussillon était en tête (comme en 2005) des régions les plus consommatrices d'alcool avec 17% de buveurs quotidiens (vs 11% national). Elle est également la région la plus concernée par la consommation dite à risque « chronique » ou « de dépendance » avec une prévalence de 12% (vs 9% national) et par la progression de la fréquence des ivresses dans l'année chez les jeunes de 15 à 35 ans (46% vs 38% national soit + 15 points par rapport à 2005). ¹²

Ces chiffres pourraient s'expliquer en partie par le fait que la région est fortement productrice de vin et que les festivités y sont nombreuses (férias, fêtes votives ...).

Carte 1 : Prévalences régionales de l'usage quotidien d'alcool parmi les 15-75 ans en 2010



*Différences significatives avec un risque d'erreur de 5%. Les chiffres correspondent aux taux standardisés sur la structure croisée par âge et sexe au niveau national. Chaque région est comparée au reste de la France.
Source : Baromètre santé 2010, Inpes

Le Baromètre santé Occitanie 2016, dernière enquête régionale (qui regroupe Languedoc Roussillon et Midi Pyrénées où l'alcoolisation est plus faible) interrogeait 1160 personnes de cette nouvelle région, et retrouvait quant à elle 11,6 % de buveurs quotidiens d'alcool et 11,9 % de consommateurs à risque.¹³

B) Usage et mésusage de l'alcool

Seuils de toxicité

Un verre-standard servi dans un bar en France correspond à une quantité de 10 gr d'alcool pur. Le volume des verres d'alcool pris au domicile étant généralement plus important, il est utile d'avoir en tête quelques repères en termes de quantité d'alcool par bouteille (une bouteille de 75cl de vin= 7 verres, de whisky à 40°= 22 verres...).



L'OMS a défini en 1999 des seuils de nocivité pour l'organisme, selon le sexe, concernant la consommation d'alcool. Ces seuils sont également ceux recommandés par la société française d'alcoologie :

- Pas plus de 3 verres par jour pour les hommes et 2 verres par jour pour les femmes
- Pas plus de 4 verres par occasion
- Pas d'alcool au moins un jour par semaine
- Zéro alcool pendant la grossesse

Ces repères sont valables pour les adultes. Aucun repère de consommation n'est en revanche validé pour les jeunes chez lesquels toute consommation peut être nocive en raison de la vulnérabilité accrue du cerveau en développement.

En deçà de ces seuils, le risque d'atteinte toxique lié à l'alcool est largement diminué mais n'est pas nul, en particulier en ce qui concerne le risque de cancer. C'est pourquoi ces seuils sont discutés et pourraient être abaissés à l'avenir.

Un « Avis d'experts » de Santé Publique France et de l'Institut National du Cancer a été publié en France en mai 2017 : il modifie les repères de consommation et recommande à présent : ¹⁴

- De ne pas consommer plus de 10 verres-standard par semaine, quel que soit le sexe.
- De ne pas consommer plus de 2 verres-standard par jour, quel que soit le sexe.
- De s'abstenir au moins deux jours par semaine de toute consommation d'alcool.

Les différents usages de l'alcool

La Société Française d'Alcoologie distingue 5 types de consommation de l'alcool : ¹⁵

- Le non-usage (ou abstinence, primaire ou secondaire)
- L'usage simple (ou à faible risque, en dessous des seuils de nocivité)
- Le mésusage qui comprend 3 catégories :
 - o L'usage à risque
 - o L'usage nocif
 - o L'usage avec dépendance

L'usage à risque est défini par toute conduite d'alcoolisation, ponctuelle ou régulière, où la consommation est supérieure aux seuils de dangerosité définis par l'OMS et non encore associée à un quelconque dommage d'ordre médical, psychique ou social (dépendance incluse), mais susceptible d'en induire à court, moyen ou long terme.

L'alcoolisation ponctuelle importante (API) et le « binge drinking » font partie des usages à risque, ce dernier est généralement défini par la consommation de cinq verres ou plus pour les hommes et de quatre verres ou plus pour les femmes sur une durée brève (2h au plus) ⁶.

L'usage nocif se caractérise par la consommation répétée induisant des dommages physiques, psychoaffectifs ou sociaux pour le sujet lui-même ou pour son environnement, proche ou éloigné, sans atteindre le seuil de la dépendance physique ou psychique. Le caractère

pathologique est défini à la fois par la répétition de la consommation et le constat des dommages induits.

L'usage avec dépendance se caractérise par l'impossibilité de s'abstenir de consommer. Il ne se définit donc pas par rapport à un seuil ou à une fréquence de consommation.

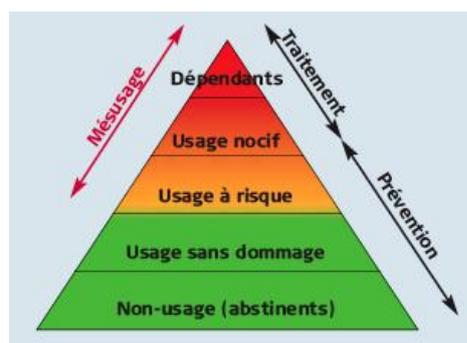
Il associe :

- Une dépendance psychique (ou « craving ») qui se traduit par le besoin irrésistible de consommer.
- Une dépendance physique qui se traduit par un phénomène de tolérance et un syndrome de sevrage.

L'intoxication alcoolique chronique met en œuvre un ensemble de processus adaptatifs de nature homéostatique qui caractérise l'état de dépendance. Ces processus tentent de compenser les effets pharmacologiques de l'alcool sur les systèmes neuronaux concernés. En cas de sevrage, l'équilibre sera rompu et les effets physiologiques des processus adaptatifs provoqueront des symptômes dits « de sevrage » (tremblements, sueurs, hypertension...). Ce phénomène se produira lors d'une abstinence, mais aussi lorsque l'alcoolémie s'abaissera (fins de nuit par exemple), et de plus en plus fréquemment à mesure que la dépendance deviendra importante. C'est un engrenage dangereux, le malade dépendant devant recourir de plus en plus à l'alcool, augmentant ainsi sa tolérance et la sévérité de sa dépendance.

Le diagnostic des troubles liés à l'usage de l'alcool peut également se faire sur différents critères selon que l'on utilise la CIM-10 (Classification Internationale des Maladies) ou le DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), détaillés en annexe.

Ces 5 catégories de comportement vis-à-vis de l'alcool peuvent s'inscrire dans la pyramide de Skinner qui met en évidence les étapes progressives menant à la dépendance.



C) Des dommages collatéraux sous-estimés

En France, en 2009, 36 500 décès sont attribuables à l'alcool chez les hommes (13% de la mortalité totale) et 12 500 chez les femmes (5% de la mortalité totale) ce qui en fait la 2^{ème} cause de mortalité évitable (après le tabac). Ceci inclut 15 000 décès par cancer, 12 000 décès par maladie cardiovasculaire, 8 000 par maladie digestive, 8 000 par cause externe (dont les accidents...) et 3 000 par maladies mentales et troubles du comportement. Ces pathologies sont détaillées dans le tableau ci-dessous.

Les fractions de décès attribuables à l'alcool sont de 22% dans la population des 15-34 ans, de 18% dans la population des 35-64 ans et de 7% dans celle des 65 ans et plus, ce qui en fait la deuxième cause de mortalité prématurée. ¹⁶

| | Fraction attribuable | | Nombre de décès dus à l'alcool | | |
|--|----------------------|--------|--------------------------------|--------|--------|
| | Hommes | Femmes | Hommes | Femmes | Total |
| Cancer | 12 % | 6 % | 11 197 | 4 003 | 15 200 |
| Bouche | 75 % | 36 % | 951 | 178 | 1 129 |
| Pharynx | 86 % | 49 % | 1 842 | 172 | 2 014 |
| Œsophage | 84 % | 53 % | 2 860 | 467 | 3 327 |
| Côlon et rectum | 30 % | 9 % | 2 949 | 750 | 3 699 |
| Foie | 30 % | 9 % | 1 850 | 201 | 2 051 |
| Larynx | 60 % | 24 % | 745 | 35 | 781 |
| Sein | | 18 % | | 2 199 | 2 199 |
| Maladie cardiovasculaire | 14 % | 3 % | 9 523 | 2 710 | 12 233 |
| Maladie hypertensive | 46 % | 15 % | 1 420 | 866 | 2 286 |
| Cardiopathie ischémique | 5 % | - 3 % | 938 | - 529 | 409 |
| Cardiomyopathie alcoolique | 100 % | 100 % | 74 | 10 | 84 |
| Arythmie cardiaque | 53 % | 22 % | 2 250 | 1 366 | 3 615 |
| AVC hémorragique | 48 % | 8 % | 3 704 | 827 | 4 531 |
| AVC ischémique | 19 % | 2 % | 1 050 | 150 | 1 200 |
| Varices œsophagiennes | 100 % | 100 % | 88 | 20 | 108 |
| Maladies digestives | 45 % | 20 % | 5 627 | 2 145 | 7 772 |
| Gastrite alcoolique | 100 % | 100 % | 0 | 0 | 0 |
| Maladie alcoolique du foie | 100 % | 100 % | 3 543 | 1 317 | 4 860 |
| Hépatite chronique sans précision | 100 % | 100 % | 15 | 10 | 25 |
| Fibrose et cirrhose du foie | 100 % | 100 % | 1 684 | 767 | 2 451 |
| Cholélithiase | 47 % | - 10 % | - 51 | - 19 | - 70 |
| Pancréatite | 74 % | 17 % | 438 | 71 | 509 |
| Autres maladies | | | 3 441 | 634 | 4 075 |
| Diabète de type 2 | 21 % | - 4 % | 638 | - 143 | 494 |
| Encéphalopathie de Wernicke | 100 % | 100 % | 6 | 4 | 10 |
| Maladies mentales dues à l'alcool | 100 % | 100 % | 2 251 | 608 | 2 859 |
| Dégénérescence du système nerveux due à l'alcool | 100 % | 100 % | 75 | 26 | 101 |
| Epilepsie et mal épileptique | 53 % | 18 % | 459 | 137 | 596 |
| Polynévrite alcoolique | 100 % | 100 % | 12 | 4 | 16 |
| Causes externes | 25 % | 18 % | 5 545 | 2 609 | 8 154 |
| Total causes précisées attribuables à l'alcool | 13 % | 5 % | 35 334 | 12 101 | 47 435 |
| Causes inconnues ou mal précisées | 16 % | 5 % | 1 250 | 363 | 1 613 |
| Mortalité totale attribuable à l'alcool | 13 % | 5 % | 36 584 | 12 465 | 49 048 |

Tableau : Fractions attribuables à l'alcool et nombre de décès suivants la pathologie et le sexe en 2009

Au niveau des répercussions somatiques nous désirons mettre en avant le fait que :

- ❖ L'alcool est le deuxième facteur de risque évitable de cancer après le tabac, et ce, même pour des quantités faibles.
- ❖ L'alcool est à l'origine de 8.081 nouveaux cas de cancers du sein par an, il est le seul facteur de risque nutritionnel établi de cancer du sein avec un risque augmenté d'environ 7% pour une consommation moyenne d'une boisson alcoolique par jour.¹⁷. D'après l'American Society for Clinical Oncology aux Etats-Unis, les femmes qui boivent même un verre de bière ou de vin par jour, avec une teneur en alcool plus faible que la majorité des alcools, ont un risque majoré de 5% en pré-ménopause et 9% en post-ménopause de développer un cancer du sein.¹⁸
- ❖ L'alcool constitue la 4^{ème} cause de démence avant 65 ans et la 3^{ème} cause après 65 ans. Le risque de démence est multiplié par 3 en cas de consommation excessive et régulière d'alcool, en particulier les démences précoces (avant 65 ans) . Selon une étude récente publiée en février 2018 par The Lancet Public Health, basée sur des données des hôpitaux français concernant plus d'un million de personnes souffrant de démence, l'alcool est le plus important facteur de risque modifiable de démence devant le tabac et d'hypertension¹⁹. 50 à 70% des personnes présentant un mésusage de l'alcool ont, à différents degrés, des troubles neurocognitifs comparativement à des sujets sains.²⁰ Les atteintes touchent principalement les fonctions exécutives, la mémoire épisodique, la motricité et l'équilibre, auxquels s'ajoutent des désordres émotionnels et de la cognition sociale.²¹ Ces troubles combinés à des habitudes de rejet social engendrent une difficulté d'accès à des soins adaptés et majorent la difficulté à mettre en œuvre les changements vis-à-vis de la conduite d'alcoolisation nécessaire à la réduction des troubles²¹.
- ❖ Les maladies hépatiques sont majoritairement provoquées par la consommation excessive d'alcool : stéatose (accumulation de lipides dans le foie), hépatite alcoolique, cirrhose. Il s'agit de pathologies graves : en cas de cirrhose et/ou d'hépatite alcoolique sévère, la survie à 5 ans varie de 20% à 60%. Il y a environ 700 000 cas de cirrhose en France, dont 30 % au stade sévère, qui entraînent 10 000 à 15 000 décès par an. Le diagnostic survient en moyenne à l'âge de 50 ans et la transplantation hépatique est le seul traitement à proprement parler de la cirrhose.²²

- ❖ La tension artérielle augmente à partir de deux verres d'alcool par jour, et l'alcool est une des causes d'hypertension artérielle résistant aux traitements.²³

L'HTA représentant le premier motif de consultation en médecine générale, il nous paraît très important que le médecin généraliste recherche la consommation d'alcool du patient et l'informe sur le lien entre HTA et alcool.

Au delà de deux verres d'alcool quotidien, les risques d'AVC augmentent progressivement, tout particulièrement pour les AVC de type hémorragique: 1,6 fois plus de risque de faire une hémorragie intracérébrale et 1,8 fois plus de faire une hémorragie méningée chez les personnes consommant plus de 4 verres par jour.²⁴

- ❖ Le syndrome d'alcoolisme fœtal (SAF) est la première cause de déficience mentale et d'anomalie congénitale évitable, ainsi que la première cause de retard de développement. Ni l'embryon, ni le fœtus ne possèdent un métabolisme hépatique efficace pour assurer la dégradation de l'alcool. Son action sur le fœtus dure tant qu'il baigne dans un liquide amniotique « alcoolisé ». C'est la drogue qui est la plus dangereuse pour le fœtus et qui est reconnue comme étant la plus tératogène²⁵. En France, « l'Ensemble des Troubles Causés par l'Alcoolisation Fœtale (ETCAF) » concerne 1% des naissances (1°/°° pour les formes graves de SAF complet) soit environ 8000 nouveau-nés par an²⁶ ; ce qui signifie que près de 500 000 Français souffrent à des degrés divers de séquelles de l'alcoolisation maternelle.

Il est important pour les médecins généralistes, seuls professionnels de santé consultés habituellement en début de grossesse, de rappeler aux patientes l'importance de stopper toute consommation d'alcool, et ce, dès le désir de grossesse (la consommation d'alcool multipliant également le risque de fausse-couche).

Les répercussions psychologiques et psychiatriques sont également importantes²⁷:

- ❖ Troubles du sommeil affectant particulièrement la fin de nuit.
- ❖ Dépression : chez les femmes, elle précède en général l'abus d'alcool alors que chez les hommes, elle s'installe plutôt après la dépendance.
- ❖ Suicide : 20 à 60 % des suicidant présentent une dépendance alcoolique et 30 à 50 % des tentatives de suicide sont immédiatement précédées d'une consommation d'alcool.
- ❖ Anxiété généralisée, psychoses, fatigue, irritabilité...

Les conséquences sociales et judiciaires sont tout aussi lourdes :

Les résultats de la première enquête épidémiologique française consacrée au lien alcool-violence dans la population ²⁸, réalisée en 2006 par la Direction générale de la santé sur un échantillon de 2019 personnes de 18 à 65 ans retrouve que l'alcool est impliqué dans :

- ❖ **40 % des rixes** dans les lieux publics ;
- ❖ **35 % des agressions familiales** (en général, violences contre les femmes) ;
- ❖ **32 % des actes** de délinquance (vandalisme, destructions) ;
- ❖ **20 % des vols.**

L'Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales (ONDRP) a publié en décembre 2012 les résultats d'une enquête menée auprès de victimes d'auteurs de violences physiques ou sexuelles hors ménage ou au sein du ménage sur la période 2009-2012 : il apparaît que sur les 1,2 million de personnes se déclarant victimes, hors ménage, près de 29% disent que l'auteur était sous l'emprise de l'alcool. Sur les 900 000 victimes de violences conjugales, plus de 40% déclarent que l'acte de violence a été commis sous l'emprise de l'alcool ou de la drogue. Ce taux atteint 49% pour les femmes s'étant déclarées victimes de violences physiques ou sexuelles par leur conjoint.²⁹

En 2006, les tribunaux ont prononcé plus de 271 condamnations pour homicide involontaire sous emprise de l'alcool. En 2013, 111 550 condamnations pour conduite en état alcoolique (CEA) ont été inscrites au Casier judiciaire national, soit une condamnation sur cinq pour délit en France.¹⁰

Rappelons également que l'alcool est une des premières causes de mortalité routière (impliqué dans 29% des accidents de la route mortels en 2016 soit 1009 personnes tuées et près de 3500 blessés hospitalisés)³⁰.

Les conséquences professionnelles

L'alcool a aussi des répercussions au niveau de la vie professionnelle. En effet, selon l'Association nationale de prévention de l'alcoolisme, l'alcool était responsable de 10 à 20 % des accidents du travail en 2000 .

Sous les effets de l'alcool, la productivité est diminuée, l'absentéisme au travail est plus important, ce qui conduit à un risque de chômage plus élevé.³¹

L'impact sur la vie familiale

Les membres de la famille proche, notamment les enfants, subissent souvent les conséquences de la consommation d'alcool. Les relations se compliquent, les liens familiaux sont perturbés, entraînant séparations et divorces.

II. Repérage et prise en charge du mésusage d'alcool en médecine générale

En France, près de 18 % des patients adultes qui consultent dans les cabinets de médecins généralistes présentent un mésusage d'alcool (29,5 % des hommes et 11,1 % des femmes).³²

Si l'on se réfère aux recommandations de la société française d'alcoologie, le repérage d'un mésusage de l'alcool devrait être systématique en médecine générale et concerner tout patient, quel que soit son âge.

Chez l'enfant, il est recommandé de repérer en premier lieu s'il y a déjà eu expérimentation de l'alcool.³³

A) Le repérage précoce et l'intervention brève (RPIB)

Les risques physiques, psychiques ou sociaux augmentent pour des seuils de consommation assez bas, bien avant l'apparition d'une dépendance. Un médecin généraliste formé à un repérage précoce et une intervention brève (RPIB) a la possibilité d'inciter, en quelques minutes, une proportion notable de ses patients en danger, à changer de comportement.³⁴

Le RPIB a pour but de repérer les patients présentant un mésusage sans dépendance et de les aider à retrouver une consommation d'alcool en dessous des seuils recommandés en France par la Société Française d'Alcoologie.

Le RPIB est facilement réalisable en médecine générale et fait partie des recommandations de bonne pratique publiées par la SFA. ³³

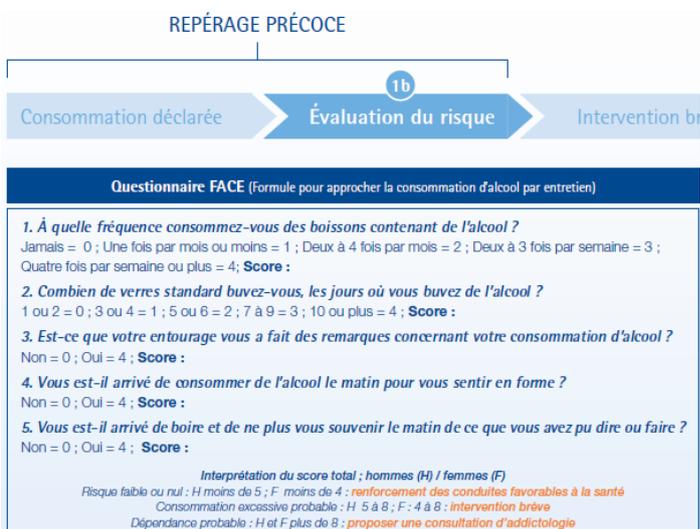
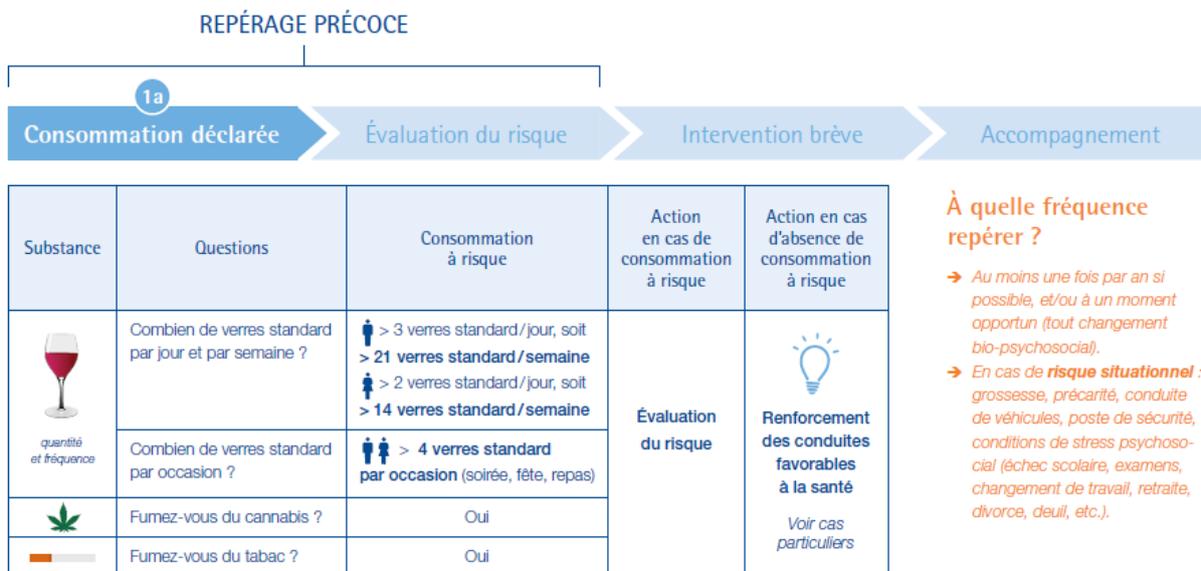
Cette technique, promue par l'OMS, est reconnue comme ayant le meilleur rapport coût-efficacité dans la lutte contre les problèmes de santé publique liés à l'usage d'alcool ³⁵.

Recommandations HAS concernant le repérage précoce et l'intervention brève

Le repérage précoce

Dans l'idéal, il devrait être systématique pour tout nouveau patient ou en cas de risque situationnel (femmes enceintes, conducteurs, patients sous traitements ou souffrant de certaines pathologies, sportifs...). ³³ Les autres devraient être interrogés tous les ans.

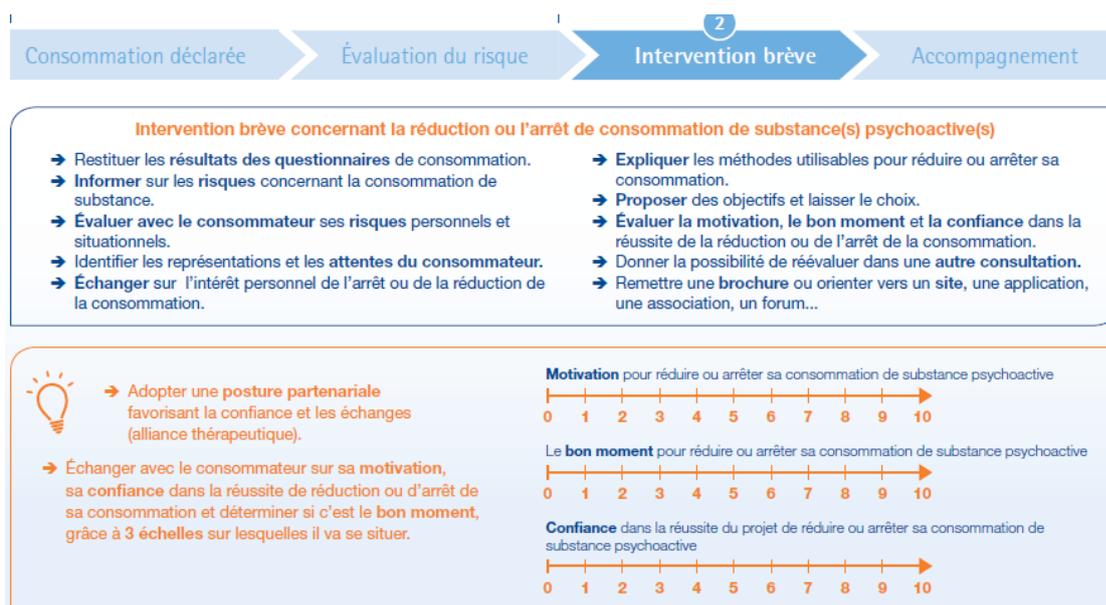
Une minute peut suffire à recueillir l'information concernant la consommation déclarée d'une substance



L'intervention brève

L'intervention brève repose sur les principes de l'entretien motivationnel. Elle dure de 5 à 20 minutes et incite à une participation active du patient par des questions ouvertes, non directives.

Cette intervention de nature partenariale a pour but de favoriser la confiance et les échanges entre le patient et le médecin, et d'entraîner une prise de conscience et le changement de comportement tout en respectant le choix du patient.



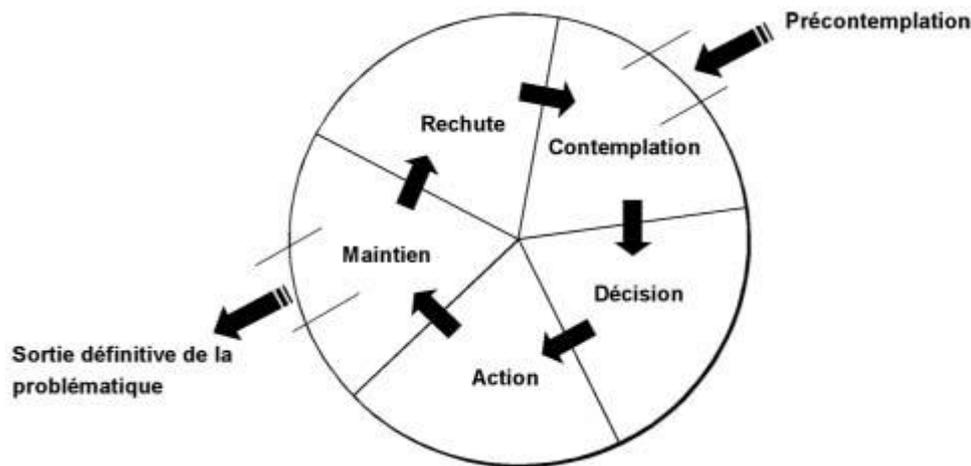
Nouvel indicateur de la ROSP

Le Bilan à 5 ans de la ROSP (rémunération sur objectifs de santé publique), mise en place par la convention nationale de 2011, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2012 pour les médecins généralistes a montré qu'il fallait renforcer certains objectifs (prévention en particulier). Deux indicateurs déclaratifs visant à améliorer la prise en charge des addictions tabagiques et alcooliques ont été ajoutés en 2017. Concernant l'alcool, il s'agit de la « Part des patients consommateurs excessifs d'alcool ayant fait l'objet d'une intervention brève telle que décrite par l'outil HAS et enregistrée dans le dossier médical ». Cet indicateur représente un maximum de 20 points si l'objectif cible (>75% des patients concernés) est atteint.³⁶

On compte actuellement 29 indicateurs de pratique clinique pour le médecin traitant de l'adulte (âge >16ans), représentant un maximum de 1000 points (chaque point étant valorisé à 7 euros)

B) Le changement de comportement, un processus qui peut être long et difficile

Modèle transthéorique de Prochaska et DiClemente



Le modèle de Prochaska et Di Clemente, base théorique à l'entretien motivationnel, ² met en évidence que le changement de comportement n'est pas un événement ponctuel mais un long processus dynamique. Il comporte six étapes par lesquelles passent habituellement les patients souffrant d'alcool-dépendance :³⁷

- ❖ La pré-contemplation (la personne n'envisage pas de changer de comportement ou est dans le déni de sa pathologie),
- ❖ La contemplation (la personne reconnaît le problème et envisage de changer de comportement, elle pèse le pour et le contre),
- ❖ La décision (la décision est prise, la personne se prépare),
- ❖ L'action (la personne modifie concrètement ses habitudes),
- ❖ Le maintien (la personne consolide ses nouvelles habitudes),
- ❖ La résolution (la personne n'a plus jamais la tentation de revenir à son comportement antérieur).

Le passage d'une étape à l'autre n'est pas linéaire : les retours en arrière et notamment le fait de revenir à son comportement antérieur (comme augmenter sa consommation d'alcool après une période de réduction), font partie du processus.

Un des enjeux pour le médecin généraliste est de faire adhérer le patient aux soins et d'entraîner sa motivation pour un changement de comportement.

C) Palette thérapeutique de la dépendance alcoolique

On trouve actuellement deux grandes classes de médicaments répondant à deux objectifs différents à définir au préalable avec le patient : l'abstinence ou la diminution de la consommation.

L'abstinence, objectif de consommation le plus sûr pour les patients dépendants, est restée longtemps la seule solution proposée par les médecins pour sortir de l'alcoolodépendance mais l'expérience a montré qu'elle ne convenait pas à tous.

Depuis quelques années la SFA recommande de proposer aux patients dont l'objectif d'abstinence paraît difficile au moment des premiers entretiens, une réduction de leur consommation ce qui permet de réduire la morbi-mortalité liée à l'alcool avec comme objectif le passage d'un mésusage à un usage sans risque.

Les traitements du sevrage

-L'usage d'une benzodiazépine, à visée neuroprotectrice, à demi vie longue (exemple : Diazépam) ou courte (exemple : Oxazépam) uniquement en cas d'insuffisance hépatocellulaire.

Le but est de limiter les symptômes de sevrage. De manière générale, les benzodiazépines sont prescrites à forte dose durant quelques jours puis doivent être diminuées progressivement avant d'être arrêtées afin de ne pas favoriser une coaddiction.

-A ceci doivent être associées une hydratation avec un apport journalier de deux litres d'eau ainsi qu'une vitaminothérapie, afin d'éviter les risques de complications neurologiques engendrées par les différentes carences vitaminiques : vitamine B1 (500mg/j) , vitamines B6 (250mg/j) et vitamines PP (5mg/j).

Le maintien de l'abstinence :

En 1^{ière} intention : naltrexone et acamprosate.

- Acamprosate (Aotal)

L'Acamprosate est un agoniste des récepteurs au GABA et permettrait de rétablir l'activité GABAergique déprimée chez les alcoolodépendants. Ce médicament agirait aussi sur les

récepteurs NMDA et les canaux calciques permettant ainsi de diminuer l'excitabilité liée à la dépendance.

Cette molécule réduit ainsi la consommation d'alcool sur des périodes de 3 à 6 mois pouvant aller jusqu'à 1 an.

Les doses sont réparties en 3 prises par jour, et varient en fonction du poids du patient.

- Naltrexone (Revia®)

La Naltrexone est un antagoniste des récepteurs opioïdes, elle va permettre de diminuer la sensation de plaisir, ainsi que le système de récompense en bloquant le relargage de la dopamine. Il va en résulter une baisse de la consommation d'alcool.

En cas de reprise de la consommation d'alcool, celle-ci sera moindre. En effet, cela provoque une réduction de l'envie compulsive de boire qui limite ainsi la consommation. La posologie habituelle de ce traitement est de 1 comprimé par jour voire ½ comprimé pendant les 3 premiers jours de traitement. La durée totale de traitement est en général de 3 mois mais peut être supérieure si nécessaire.

- Disulfirame (Esperal®)

Ce médicament provoque un effet antabuse lors de la consommation d'alcool : nausées, rougeurs du visage, chutes de tension, maux de tête, augmentations de la transpiration, et parfois vomissements. Ce traitement de courte durée permettra au patient d'acquérir la capacité de rester abstinente et consolidera son changement.

La posologie de ce médicament est de ½ à 1 comprimé par jour, le matin au petit-déjeuner. (7)

Il est souhaitable d'y assortir un accompagnement quotidien, par un infirmier par exemple.

- Baclofène (Lioresal®)

Le Baclofène ou bêta-4-chlorophényl-GABA est un myorelaxant, anti-spastique, analogue structural de l'acide gamma-aminobutyrique. Il est habituellement prescrit dans le traitement symptomatique de la sclérose en plaques et dans le traitement des lésions médullaires avec spasticité chronique sévère ou secondaire à une infirmité motrice d'origine cérébrale.

Il est autorisé depuis mars 2014 dans le traitement de la dépendance alcoolique, dans le cadre d'une recommandation temporaire d'utilisation qui permet la prescription de ce médicament dans les deux situations suivantes:

- Aide au maintien de l'abstinence après sevrage chez les patients dépendants à l'alcool et en échec des traitements disponibles.
- Réduction majeure de la consommation d'alcool jusqu'au niveau à risque de la consommation définie par l'OMS chez des patients alcoolo-dépendants à haut risque et en échec des traitements disponibles

La posologie est à augmenter progressivement jusqu'à un maximum de 80 mg/j (diminution de la posologie autorisée de 300mg à 80mg depuis juillet 2017). ³⁸

Réduction de consommation :

En 1ere intention, le Nalméfène est recommandé car c'est le seul à avoir l'AMM dans cette indication. Il est possible d'utiliser le Baclofène en 2^{ème} intention car il possède aussi cette indication dans sa RTU.

- Le Nalméfène(Sélincro®)

Le Nalméfène, substance dérivée de la Naltrexone, arrivé en France en 2014, est la seule molécule indiquée dans la réduction de la consommation d'alcool chez l'adulte ayant une dépendance à l'alcool avec une consommation d'alcool à risque élevé, et ne présentant pas de symptômes physiques de sevrage et ne nécessitant pas de sevrage immédiat.

La dose journalière maximale est de 1 comprimé. Le patient prendra la dose de préférence 1 à 2 heures avant le moment où il anticipera sa consommation ou dès lors qu'il en ressentira le besoin.

Le Nalméfène se prend "à la demande", quand la personne sent qu'elle va se trouver confrontée à une situation à risque. Il diminue alors l'envie de boire et réduit le sentiment de satisfaction éprouvé lors de l'absorption d'alcool.

Tous ces traitements médicamenteux, d'actions différentes sur le système nerveux central, agissent en soutien d'une prise en charge globale axée sur l'amélioration de la qualité de vie et faisant appel non seulement à des soignants mais aussi à des thérapeutiques non médicamenteuses : entretiens motivationnels, thérapies cognitives et comportementales, groupes de parole, soutien psychologique.

III. Les différentes Structures en Alcoologie

A) Structures hospitalières

Consultations hospitalières

Une ELSA (Equipe de liaison et de soins en Addictologie) : sa mission est d'intervenir auprès des patients en difficulté pendant leur hospitalisation ou leur passage aux urgences afin de les orienter dans le parcours de soins. Cette équipe intervient également auprès des soignants non spécialisés pour former et conseiller sur les questions de prise en charge et d'orientation.

Une consultation hospitalière d'Addictologie qui regroupe notamment les consultations d'alcoologie.

Hospitalisation courte pour sevrage

Elle a lieu dans des **services d'hospitalisation** bénéficiant de personnels formés à l'Addictologie et proposant des prises en charge spécifiques (Hospitalisations de jour, Hospitalisations complètes pour des sevrages simples ou complexes).

Centres de court séjour et soins de suite et réadaptation

Les **centres de court séjour** accueillent, sur prescription médicale et sur la base du volontariat, des patients dépendants à l'alcool afin d'effectuer le sevrage physique de l'alcool, sous surveillance d'une équipe spécialisée. Les frais sont couverts par l'assurance maladie. La durée de séjour varie de 3 jours à 3 semaines.

Les **centres de soins de suite et de réadaptation** constituent un intermédiaire entre les soins aigus et le retour du patient dans son environnement.

Leur mission est de maintenir une abstinence chez des patients ayant des difficultés psychologiques et/ou sociales en promouvant une réadaptation et une réinsertion sociale. Il existe différents centres de postcure :

Les centres de consolidation, centres de soins de suite et réadaptation (CSSR) proposant un séjour de courte durée (1 à 3 mois)

- Les centres de réhabilitation proposant un séjour pouvant aller jusqu'à 6 mois, plutôt réservés aux patients ayant une alcoolisation ancienne et ayant besoin de se réinsérer dans la société.

B) Structure médico-sociale : les Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)

Les CSAPA ont été créés par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale et sont financés par l'assurance maladie.

Ils peuvent être gérés par des établissements publics de santé (hôpitaux) ou par des associations régies par la loi du 1^{er} juillet 1901, sous condition de l'obtention d'un conventionnement du ministère de la santé.

Ils regroupent depuis 2007 les centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST) et les centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA).

Ces centres médico-sociaux se caractérisent par leur proximité et leur pluridisciplinarité (médecin, assistante sociale, infirmière, psychologue, éducateur spécialisé...) permettant une prise en charge globale du patient et un suivi dans la durée.

Ils peuvent intervenir lors des sevrages, proposer des prescriptions et des suivis de traitement et également soutenir l'environnement familial du patient. Les CSAPA doivent assurer la prise en charge et la réduction des risques pour toutes les addictions que ce soit l'alcool ou tout autre produit licite ou illicite.

En 2015, **en Occitanie**, 37 structures ambulatoires reçoivent plus de 25000 personnes.

24 sont des CSAPA généralistes, 6 sont des CSAPA spécialisés sur l'alcool et 7 sur les drogues illicites.

On recense 8 services d'Appartements Thérapeutiques Relais (ATR), 6 Centres Thérapeutiques Résidentiels (CTR) dont 1 centre thérapeutiques communautaires (Communautés Thérapeutiques), 2 services de familles d'accueil, 1 service d'hébergement d'urgence et de transition et 1 service qui propose des nuits d'hôtel.

26 CSAPA sont portés par des associations alors que 11 le sont par un établissement hospitalier.

33 centres ont signé des conventions de partenariat représentant 199 conventions:

38 avec des structures médico-sociales, 66 avec des structures sanitaires, 52 avec des structures sociales et 39 avec les services de justice.

21 structures interviennent en milieu carcéral.

35 interviennent sur les addictions sans substance.

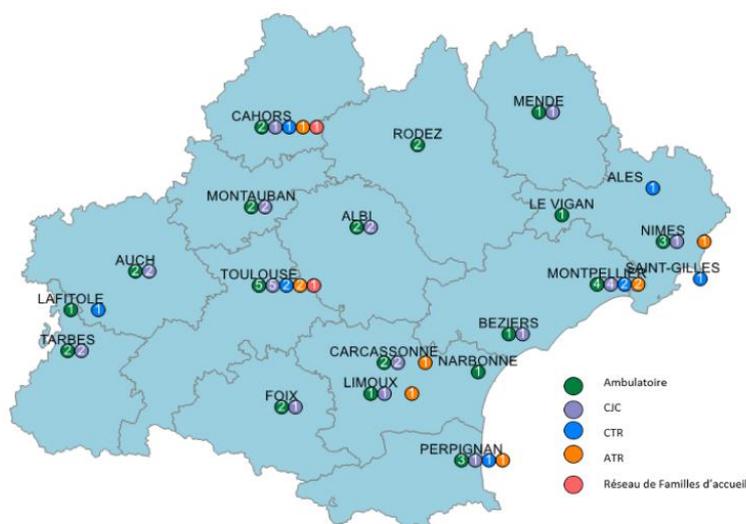
28 déploient des consultations de proximité.

25 portent une Consultation Jeunes Consommateurs(CJC)

30 participent à des actions de prévention et 28 participent à des actions de formation

17 participent à des actions de recherche.

Tous les départements d'Occitanie ont au moins un centre.³⁹



Source : Rapport d'activité des CSAPA d'Occitanie 2015 – Exploitation ORS Midi-Pyrénées

Le détail des CSAPA du Languedoc Roussillon est présent en annexe.

C) Organismes associatifs de prévention et d'entraide :

L'Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie (ANPAA)

L'ANPAA est une association loi 1901, reconnue d'utilité publique et agréée d'éducation populaire, implantée sur l'ensemble du territoire national. L'intervention de l'ANPAA s'inscrit dans un continuum allant de la prévention et de l'intervention précoce à la réduction des risques, des soins et de l'accompagnement.

Les mouvements d'anciens buveurs

Ils sont nombreux tels que les alcooliques anonymes, vie libre, la fédération nationale des amis de la santé, alcool assistance...

- Alcooliques anonymes :

Créée en 1935, par la rencontre de 2 alcoolo-dépendants aux Etats-Unis (naissance en France en 1960), l'association des AA est composée d'hommes et de femmes qui partagent leurs expériences, leur force et leur espoir dans le but de résoudre leurs problèmes communs et d'en aider d'autres à se guérir de l'alcoolisme. La seule condition pour en être membre est un désir de sevrage. Aucune cotisation ou droit d'inscription n'est à régler. Elle est autofinancée par ses propres contributions (quêtes).

- La croix bleue :

Association loi 1901, reconnue d'utilité publique depuis 1922 elle se veut ouverte à tous sans distinction pour venir en aide aux personnes en difficulté avec l'alcool et autres addictions ainsi qu'aux personnes de leur entourage. Tenue par des bénévoles, elle dispose d'un siège (secrétariat national et accueil téléphonique), de 70 sections réparties en France, d'un camping sans alcool en Ardèche, d'un journal trimestriel « Le Libérateur », de tracts, d'affiches, de brochures, de dossiers, de livres et d'un centre de Postcure. La Croix Bleue propose un accompagnement :

- Individuel avec des visites au centre ou à domicile
- Collectif avec des réunions (groupes de paroles) qui assurent des échanges.

Au niveau du Languedoc Roussillon il existe un centre à Montpellier et un à Nîmes.

D) Exemple du réseau 34

Depuis 2004, le réseau 34 Addictologie, financé par l'ARS réunit des professionnels de la santé et du social et des associations représentant les populations concernées, tous engagés autour d'une préoccupation commune : le repérage précoce des usages nocifs et la prévention des conséquences sanitaires et sociales liées à l'usage des drogues, en lien avec les priorités définies au niveau du territoire du Languedoc Roussillon et au niveau national.

L'action du Réseau 34 Addictologie s'inscrit préférentiellement sur le territoire de l'Hérault, mais impacte aussi les territoires du Gard, de la Lozère et des Pyrénées Orientales soit par l'action directe, soit par la provenance des participants. ⁴⁰

Tout professionnel de ville peut adhérer au réseau 34, il suffit de signer une charte disponible sur le site internet <http://addictlim.jimdo.com> ou sur simple demande au réseau. De même si un patient souhaite bénéficier des prestations du réseau, n'importe quel professionnel de santé peut l'orienter.

AddictLim a créé un annuaire addictologique pour permettre aux professionnels de santé de connaître les acteurs de leur territoire. Il est divisé en 6 catégories : établissements hospitaliers, structures spécialisées, structures sociales, associations d'usagers, justice, structures ressources

MATERIEL ET METHODES :

I. Type d'étude

La méthode qualitative nous paraissait la plus adaptée pour répondre à nos objectifs de recherche. Elle se base sur des données verbales, non quantifiables, et est adaptée à l'analyse des comportements et des phénomènes humains, afin de dégager des éléments subjectifs.

Nous avons décidé de réaliser des entretiens individuels plutôt que des « focus groups » pour explorer le vécu personnel des médecins généralistes et éviter le jugement entre confrères sur ce sujet potentiellement source de difficultés.

Les entretiens étaient semi-dirigés, l'investigateur utilisait un guide d'entretien contenant une liste de questions et de thèmes à aborder pendant la discussion, dont la formulation et l'ordre pouvaient varier, afin de laisser une certaine souplesse dans la conduite des entretiens et donc une liberté de parole pour le médecin, tout en restant dans le sujet de l'étude.

II. Population étudiée et recrutement

Nous avons interrogé des médecins généralistes installés en Occitanie.

Le recrutement des médecins s'est opéré par connaissances de l'enquêtrice (2 médecins), et via les pages jaunes en prenant soin d'avoir un échantillon de médecins diversifiés concernant l'âge, le sexe, la durée d'installation et le milieu d'exercice (urbain, semi-urbain, rural).

Onze médecins contactés par téléphone ont répondu de manière négative (« *Ça ne m'intéresse pas* », « *je ne peux rien vous dire sur le sujet* », « *je n'ai pas le temps* » X4, « *non car je ne suis pas de patients alcooliques* » X3) bien que nous ayons précisé qu'il ne s'agissait pas d'un test de connaissances et que l'entretien durait en moyenne 15mn.

III. Recherche bibliographique, élaboration du guide d'entretien

La recherche bibliographique a comporté plusieurs axes : l'état des lieux de l'alcoolisme et de ses répercussions en France, les différentes stratégies de dépistage et de prise en charge, les études déjà réalisées sur le sujet ainsi que la méthodologie de la recherche qualitative.

Les recherches ont été faites sur la base de données Medline via le moteur de recherche PubMed, également sur celle du Sudoc et sur les sites internet.

Pour la méthodologie de l'enquête qualitative, nous nous sommes appuyés sur le livre écrit par Pierre Paillé et Alex Mucchielli : « L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales »⁴¹.

Nous avons ensuite élaboré un guide d'entretien (Annexe), relu et validé par un statisticien spécialisé en addictologie travaillant à l'Inserm. Il était composé d'une partie sur la présentation du sujet et d'une autre comprenant 6 questions ouvertes. Les thèmes abordés ont été les suivants : le rôle du médecin généraliste, le ressenti sur le dépistage et la prise en charge du mésusage de l'alcool, les relations avec les structures de soins spécialisées, les propositions d'amélioration.

IV. Réalisation des entretiens

Les entretiens ont été réalisés de manière individuelle au cabinet des médecins et sur rendez-vous, à l'exception de deux médecins pour lesquels les entretiens se sont déroulés par téléphone, en raison de l'éloignement géographique.

Ils ont été réalisés entre février et mai 2018.

Chaque entretien a débuté par une courte présentation de notre étude, puis par le recueil des données démographiques du médecin à savoir l'âge, le sexe, le type de lieu d'exercice, l'ancienneté de l'installation, puis les questions étaient posées, pas systématiquement dans l'ordre du guide de l'entretien mais selon le cours de la discussion afin que tous les thèmes soient abordés.

La discussion était enregistrée à l'aide d'un dictaphone après accord oral et écrit des médecins.

Le nombre de participants a été déterminé par le phénomène de saturation des données.

A la fin de l'entretien une fiche mémo de la HAS sur le repérage précoce et l'intervention brève était remise au praticien ainsi qu'une liste des différentes structures d'addictologie présentes dans la région, ce qui n'était pas prévu à l'origine. Ceci nous a été suggéré par un des praticiens interrogés et s'est avéré bien utile aux médecins.

V. Analyse des entretiens

Chaque enregistrement a été intégralement transcrit sur un logiciel de traitement de texte (Word2010), constituant un corpus de *verbatim*.

L'analyse thématique a été réalisée à partir de ces données et à l'aide du logiciel Excel, sans l'aide d'un logiciel d'analyse.

L'enquêteur a veillé tout au long de l'analyse à comprendre le sens profond des *verbatim*, tout en restant fidèle au discours des participants.

Les mots, expressions, phrases porteuses d'idées ont été identifiés au fur et à mesure de la lecture des entretiens et regroupés selon des thèmes communs puis en sous thèmes.

A chaque nouvelle création d'un thème, l'ensemble des *verbatim* disponibles a été relu pour y affilier de nouveaux éléments. Cela a permis d'ajuster la grille et d'orienter les entretiens suivants, en fonction des idées progressivement émergentes, ou des questions laissées en suspens.

RESULTATS

I. Population étudiée

Nous avons réalisé au total 13 entretiens de médecins généralistes installés en Occitanie entre février et mai 2018, d'une durée moyenne de 15mn (allant de 8 mn à 25mn). Durée totale d'enregistrement 197 mn soit 3h et 17mn.

11 entretiens ont été réalisés au cabinet des médecins et 2 par téléphone car nous tenions à interroger des médecins exerçant dans des zones rurales assez éloignées des grandes villes, la prise en charge des patients alcooliques pouvant varier de ce fait.

L'âge des médecins interrogés variait de 30 à 62 ans, avec des périodes d'installation allant de 1 à 34 ans. Ils étaient tous issus d'une formation de médecine générale et n'avaient pas de diplôme supplémentaire en addictologie. Une des médecins interrogés pratiquait l'acupuncture et l'hypnose.

| | Sexe | Age | Durée | Zone |
|-----|------|-----|-------|--------------|
| M1 | F | 62 | 34 | Urbaine |
| M2 | H | 58 | 27 | Urbaine |
| M3 | F | 58 | 34 | Urbaine |
| M4 | H | 35 | 5 | semi-urbaine |
| M5 | F | 30 | 1 | semi-urbaine |
| M6 | H | 58 | 25 | semi-urbaine |
| M7 | H | 48 | 12 | semi-urbaine |
| M8 | H | 39 | 3 | Urbaine |
| M9 | H | 38 | 3 | Urbaine |
| M10 | H | 56 | 4 | semi-urbaine |
| M11 | F | 38 | 3 | Urbaine |
| M12 | H | 41 | 10 | Rurale |
| M13 | F | 56 | 22 | Rurale |



II. Vécu du médecin généraliste vis-à-vis du mésusage d'alcool

A) Formations diverses

Certains des médecins interrogés avaient eu l'opportunité d'approfondir leurs connaissances dans le domaine de l'alcoologie au cours de leur pratique, par :

❖ Soirée de formation / DPC alcoologie

« J'ai fait quelques séminaires de sensibilisation au problème d'alcool, de quelques jours, un week-end de formation sur le Baclofène, aussi une autre soirée de formation. » M1

❖ Travail temporaire au sein d'un réseau d'addictologie

« J'ai pas mal travaillé avec le réseau d'addictologie , les poly-addictions comprennent également les problèmes d'alcool donc je suis sensibilisée » M1

« J'ai travaillé au réseau 34 toxicomanie » M2

❖ Thèse réalisée sur le sujet de l'alcool

« J'ai fait ma thèse sur l'alcoologie : le rôle du médecin généraliste vu par les patients » M4

❖ Une seule des médecins interrogés avait suivi un stage d'addictologie durant l'internat

« J'ai passé 6 mois en stage d'addictologie au Grau du Roi , centre de cure et post cure » M5

❖ Remplacement de médecin généraliste faisant de l'alcoologie

« J'ai remplacé 7 ans un médecin généraliste qui faisait de l'alcoologie, il m'a formé , on gérait des lits d'hospitalisations pour sevrage » M6

❖ Autres formations utiles pour la prise en charge

« J'ai un diplôme spécialisé d'acupuncture, je fais donc beaucoup d'acupuncture . En addictologie je n'ai pas de formation particulière . J'ai fait une formation en hypnose et sur la pleine conscience » M13

B) Ressenti sur l'importance de la patientèle concernée

Deux des médecins interrogés estiment que le mésusage d'alcool concerne un grand nombre de leurs patients

« J'en ai régulièrement, c'est très fréquent ! » M10

« On en a beaucoup en médecine générale » M9

La plupart d'entre eux pensent que cela concerne une minorité de leur patientèle .

Ils l'expliquent parfois par un manque de dépistage...

« Je n'en ai pas trop, je ne recherche pas assez c'est sûr car ce n'est pas trop mon truc.. » M11

« Une dizaine d'identifiés, après il y a ceux qu'on n'arrive pas à identifier car c'est complètement caché et que jusque là ils ont des foies qui fonctionnent bien »

« Patients ayant un problème d'alcool je dirais 4%, on est largement en dessous de la réalité je pense ... »M3

... ou par une patientèle particulière, moins touchée que d'autres :

« J'ai beaucoup de patients maghrébins... les problèmes d'alcool sont moins au premier plan que dans certains quartiers » MI

« Ici on a beaucoup de Maghrébins donc eux ils ne boivent pas trop...autrement oui je le demande... »M3

« J'ai peu de cas ...moi j'ai plutôt des patients âgés avec mon orientation gériatrie.. » M8

« Je n'ai pas trop de patients ayant un problème d'alcool. Après on voit plus des familles donc effectivement...voilà quoi » M11

D'autres s'inquiètent de la généralisation du problème chez les femmes et les jeunes :

« On parle toujours moins d'alcool que de tabac, alors que cela s'est généralisé car c'est aussi chez les femmes, plus caché ... » M6

«Les consommations excessives chez les jeunes, même si on dit que cette année c'est en diminution, on a quand même l'impression que c'est précoce et une problématique importante" MI

C) Le médecin généraliste, un rôle de repérage et de prévention avant tout :

Pour la grande majorité des médecins, le rôle essentiel qu'ils estiment devoir remplir serait d'aborder le sujet de l'alcool en posant directement la question des consommations et leur faire prendre conscience de leur mésusage et des répercussions sur leur santé.

« Il ne faut pas avoir peur de poser la question ...cela fait partie de la médecine générale » M6

« Je crois que déjà poser la question c'est déjà un premier pas , il y a plein de publications qui disent que ne serait ce que d'évoquer c'est un moment dédié à ça, et une perche tendue » M2

« "Une fois que le sujet a été abordé ils en parlent beaucoup plus facilement » M3

« C'est déjà de le dire clairement , dire qu'il y a un problème et ne pas tergiverser. Et après de proposer un soutien qui est assez rapproché au départ et aussi de savoir quelle est la faille, car pour moi il y a une faille, que j'appelle faille énergétique puisque je fais de l'acupuncture et de l'énergétique, mais souvent il y a une blessure » M13

« Je pense que son rôle est primordial, pour le dépistage et faire prendre conscience aux personnes des conséquences de leur consommation d'alcool si elle est excessive, les sensibiliser, prévenir des complications » M10

Un des médecins met en évidence le fait que le problème d'alcool est rarement abordé par le patient :

« C'est au médecin d'aborder le problème. Cela fait 5 ans que je suis installé, je n'ai jamais vu un patient ayant un problème avec l'alcool venir pour ça. » M4

Un autre souligne l'importance du dépistage précoce, même si le médecin n'est pas capable de prendre en charge le patient par la suite.

« Même si on n'est pas capable de prendre en charge le patient après, je pense que c'est important de les dépister pour pouvoir les orienter, ou s'il est consommateur à risque d'éviter de basculer vers la dépendance » M4

III. Le dépistage du mésusage de l'alcool

A) Les facteurs facilitant le repérage :

Facilité à aborder le sujet par le médecin

Pour certains médecins, l'alcool est un sujet facile à aborder, qui ne leur pose pas de problème, ils ne considèrent pas que c'est un sujet tabou et ont leur propre méthode pour introduire la question de l'alcool sans que cela soit mal perçu par le patient.

« En fait je ne demande pas aux gens s'ils ont un problème d'alcool, je leur demande s'ils boivent régulièrement de l'alcool et combien ... ça permet d'engager le sujet sans que cela soit perçu comme un jugement de valeur » M1

« Cela ne me pose pas de problème d'en parler, j'aborde le sujet en disant « pour moi la maladie d'alcool c'est une maladie d'alcool comme une autre, comme le diabète, pour qu'ils se sentent plus à l'aise avec ça » M5

Des contextes de consultations propices au repérage

Pour certains praticiens, la question de l'alcool fait partie de l'interrogatoire lors d'une **première consultation**, ce qui permet d'y penser de façon systématique, et de l'inclure dans une série de questions ce qui la rend plus facile à poser.

« Une première consultation normalement on demande si les gens fument ou boivent » MI

« Quand c'est un nouveau patient, peu importe l'âge ça fait partie de mon interrogatoire » M9

« C'est une question que je pose facilement, notamment dans cette phase de création de dossier, là on va poser plein de questions, c'est noyé dans tout l'interrogatoire avec les antécédents, on peut y aller franco, combien, quelle fréquence et après je vais rebondir sur les réponses. » M10

D'autres vont poser la question plus facilement lors de la délivrance de **certificats d'aptitude au sport**, qui implique un questionnement sur l'hygiène de vie.

« A l'occasion de certificat ou renouvellement de traitement » M11

« J'ai tendance à y penser pour les certificats de sport car je parle des vaccinations, du tabac ... » M8

Lors de **renouvellement de traitements particuliers** qui peuvent interférer avec l'alcool

« Je demande plutôt lorsqu'il y a une prescription de traitement lorsque je vais prescrire des anti-dépresseurs, hypnotiques . Je ne suis pas systématique, j'avoue. » M5

Lors des consultations où les **règles hygiéno-diététiques** sont évoquées :

« L'alcool je vous dis, en mélangeant à la nutrition, les gens en parlent plus facilement, même si au départ ils sous estiment la consommation au moins après on peut pousser, on a la porte qui est ouverte » M6

La bonne connaissance de sa patientèle

Lorsque le médecin connaît bien le patient et son entourage, il est à même de repérer un changement d'humeur ou de comportement pouvant lui évoquer un possible mésusage d'alcool.

« Quand on suit les personnes dans le temps on peut suspecter la problématique de l'alcool dans certaines situations » M2

« C'est la connaissance de votre patientèle, on se dit « là il y a quelque chose qui ne va pas »

M7

« Quand j'ai une plainte venant du conjoint.. » M4

Une relation de confiance

Certains médecins évoquent une nécessaire relation de confiance du patient envers le médecin pour dialoguer sur le sujet de l'alcool.

« Les gens qui viennent dans un cabinet de manière régulière, il y a une relation de confiance qui fait qu'ils finissent par lâcher le truc et ils sont bien contents d'avoir parlé, ça les libère un peu. » M7

« C'est des choses que je ne voyais jamais en tant que remplaçant, j'ai remplacé 8 ans , c'est pas le genre de chose qu'on dit à un remplaçant, plutôt à son médecin traitant, il faut établir une relation de confiance » M8

Et aussi la confiance du médecin envers son patient...

« Ce qui est difficile c'est la confiance réciproque, le patient ne se confie pas forcément, et de mon côté la méfiance que j'ai envers le patient suite à quelques mauvaises expériences que j'ai eues où on a l'impression de se faire berner » M8

Les signes directs et indirects du mésusage d'alcool

La présence de signes directs ou indirects d'une consommation d'alcool excessive semble faciliter l'abord du sujet pour plusieurs médecins.

Des bilans biologiques perturbés :

« C'est plutôt la biologie qui permet de dépister certaines choses et de discuter de l'alcool mais il faut que ça soit pathologique au niveau des triglycérides sinon on n'y pense pas forcément ou alors au niveau de certaines pathologies type ulcère » M11

« Si je vois des analyses c'est toujours un argument mais même si cliniquement on se doute avec un traitement anti-hypertenseur qui ne prend pas bien , un faciès un peu rouge, quelques petits troubles du comportement alors on pose la question » M6

Des signes cliniques évocateurs :

« Comme il y avait des signes extérieurs j'ai pu poser la question » M5

« C'était hier j'ai interrogé un patient qui venait pour des oedèmes des membres inférieurs, une haleine aigrelette au possible, un faciès qui laisse peu de doute, quelqu'un que je n'ai jamais vu en plus et quand je lui pose la question de l'alcool il me dit qu'il boit un apéritif avant chaque repas donc là pour moi il y a un problème » M9

« Rien que l'odeur parfois, ou le visage ... » M3

« Je vais plus penser à l'alcool s'ils ont des problèmes digestifs mais effectivement ça ne fait pas partie d'un questionnaire systématique de première fois » M8

« On le demandera à l'occasion de troubles du sommeil, d'un état dépressif, d'une irritabilité ou quand on voit que les gens fument beaucoup » M1

« Un point qui suscite le questionnement c'est les chutes...toujours demander s'il y a eu prise d'alcool » M1

Introduction de l'item alcool dans les ROSP

L'apparition de ce nouveau critère déclaratif dans les ROSP a permis d'entraîner une prise de conscience de l'insuffisance de repérage chez plusieurs médecins interrogés.

« Je pensais le faire de manière systématique mais avec les ROSP je me suis rendue compte que je ne le faisais pas tant que ça , pour certains ce n'était pas marqué dans les antécédents alors que je sais qu'ils ont un problème d'alcool" M1

« Avec les ROSP on pose plus la question par rapport à l'alcool et on le note plus dans le dossier et on peut faire les tests, il y a une dizaine de questions. Je vais essayer de le faire plus souvent. "M3

« Ca fait une piqûre de rappel, ça permet de se dire « ah mince oui c'est vrai ça il faudrait que je le fasse plus » mais normalement on ne devrait pas avoir besoin de ça. » M6

B) Les freins au dépistage

Un sujet tabou pour le médecin...

L'alcool est un sujet plus délicat à aborder que d'autres pour certains médecins interrogés. C'est pour eux encore un sujet tabou ce qui constitue un frein à l'évocation du sujet avec leurs patients :

« Après si vous avez 0 signe clinique, 0 signe biologique vous n'allez pas leur dire « au fait vous picolez quoi ? » M7

« La question est plus difficile à poser chez des patients qui sont là depuis plus longtemps, ils vont se demander pourquoi on va poser la question comme ça . » M10

« Si on ne l'aborde pas à un moment donné il y a une espèce de gêne d'en parler ensuite » M6

« J'attends plutôt qu'ils abordent eux le sujet... » M12

D'autres médecins comparent leur difficulté à parler de l'alcool par rapport au tabac :

« Je me rends compte au cours de l'entretien qu'effectivement, même si au fond de moi ce n'est pas quelque chose qui est tabou j'aurais tendance à le faire moins facilement et moins systématiquement que le tabac , pour quelles raisons je ne sais pas. Peut être parce que ce n'est pas en rapport avec un motif médical en soit banal comme la toux ou les problèmes respiratoires » M8

« Le tabac c'est plus facile de l'amener parce qu'ils ont une bronchite c'est tout de suite facile. L'alcool ça se voit moins, ça se sent moins » M11

Deux praticiens ont employé des termes suggérant un manque de légitimité pour aborder le sujet de l'alcool. Ils pensent « outrepasser » leur rôle en évoquant un sujet intime :

« Je me rappelle très bien de personnes qui n'étaient pas à l'aise au départ car justement ils ne venaient pas du tout pour ça , ils ne pensaient pas que j'allais faire le « gendarme » là-dessus.. » M9

« Je ne suis pas flic » M7

...Et pour le patient

L'alcool est un sujet tabou dans notre société et pour la plupart des patients.

Quelque soit l'aptitude du médecin à aborder le sujet, les patients évitent d'évoquer la question, paraissent gênés à l'évocation du sujet et minimisent leurs réponses s'ils sont questionnés.

Ces éléments constituent un frein au dépistage et donc à une prise en charge précoce du mésusage.

« Quand la consommation d'alcool est importante c'est honteux alors que quelqu'un qui fume un ou deux paquets par jour il sait que c'est mal mais ce n'est pas une honte en soit alors que quelqu'un qui va boire de manière excessive tout de suite c'est l'ivrogne, l'image du poivrot qui se saoule tous les soirs, qui ne se contrôle plus » M10

« Il faudrait que la société juge moins sévèrement les patients alcooliques, les patients ne parlent pas car ils se sentent jugés et mal vus par tout le monde...ils ont honte » M4

« Il y a ce paradoxe de l'alcool qui n'est pas nocif et au contraire derrière de ne pas pouvoir le dire quand la pratique est nocive même quand on en a conscience. » M10

« J'aimerais bien qu'on puisse en parler et le prendre en charge comme une réelle maladie, mais comme c'est un sujet tabou dans la société... » M5

« On sait très bien que tout est minimisé de toute façon... » M7

Une évaluation subjective

Un seul des médecins interrogés utilise un questionnaire lorsqu'il a des doutes.

Les médecins posent essentiellement 2 questions : le nombre de verres par jour et combien de jours par semaine. Ils ne se réfèrent pas à des seuils précis et vont plutôt être alertés par la régularité et les conséquences de l'alcoolisation.

Cette méconnaissance des seuils de toxicité pour l'organisme participe à une sous estimation des comportements à risque.

« Je leur demande les quantités, je n'ai pas forcément de notion d'unité, ce n'est pas comme le tabac où il y a des calculs comme les paquets/année, il y a peut être une formule pour l'alcool ? du coup c'est plus comme ça une évaluation un peu globale » M8

« Je n'ai pas de chiffres précis en tête mais c'est plus la régularité qui va m'inquiéter » M9

« Je ne m'oriente pas sur les consommations dans un premier temps mais plutôt sur l'état psychique de la personne, je fais plutôt attention à ce point là » M2

« Pas de questionnaire, déjà si c'est consommation quotidienne, au-delà de 2 verres par jour ça va m'alerter. Même de façon quotidienne ça m'alerte ... peut être je me trompe mais déjà un verre par jour, le besoin d'une chose, c'est déjà une part d'addiction et ce n'est pas anodin. » M10

« Je n'utilise pas de questionnaire, j'évalue plutôt les conséquences, la consommation régulière plutôt que les quantités, on sait très bien que tout est minimisé de toute façon. Finalement c'est pas tant la quantité qui importe c'est tout le reste » M7

Le manque de temps

Plusieurs médecins ont mentionné le manque de temps comme frein au repérage du mésusage d'alcool.

« On sait qu'il faut le faire mais on n'a pas forcément le temps. » M4

"Il me manque du temps. Car lorsqu'on pose la question, si les gens boivent, cela va prendre du temps » M3

« Il y a des difficultés à cerner les situations dans un premier entretien ou dans un entretien assez rapide les patients ne disent pas « je bois une bouteille de whisky tous les 2 jours » aussi facilement que ça » M2

« Les généralistes, ils voient 35 patients par jour et derrière on demande de l'administratif, des machins ... arrive un moment on ne peut pas demander aux généralistes de tout faire pour qu'après tout le monde soit tranquille derrière . C'est plus possible, on peut me donner toutes les grilles qu'on veut ça ne changera rien...voilà, on n'a plus le temps pour ça. » M7

Une consommation banalisée dans la société

Pour la plupart des médecins interrogés, l'alcool a une place à part dans notre société, contrairement à d'autres substances psycho-actives, il n'est pas associé à une notion d'interdit ou de dangerosité mais plutôt à une notion de convivialité. Cela constitue un frein au repérage et à la prise de conscience du patient de sa consommation devenue délétère:

« Je n'hésite pas à poser la question, et la réponse quasi systématique c'est que « oh non comme tout le monde, pas tellement » » M9

« Souvent ils disent « bah je bois un verre de rosé à chaque repas comme tout le monde » et c'est normal car peut-être que leurs parents ont toujours fait ça du coup il y a un problème de curseur entre le normal, le côté dépendance . M11

« Ici c'est normal de boire, c'est presque comme respirer, c'est compliqué de leur faire comprendre. Comme en plus on a dit que le vin protégeait les artères... » M10

Certains médecins comparent l'alcool au tabac, dont le repérage et la prise en charge sont aujourd'hui facilités par une prise de conscience de sa dangerosité dans la population :

« Aujourd'hui le tabac tout le monde sait que c'est mauvais pour la santé, tout le monde le sait, plus personne ne dit que le tabac est inoffensif, l'alcool c'est pas du tout le cas, » M10

« Le tabac c'est oui/non on fume. L'Alcool c'est moins clair. » M11

« En général l'alcool n'est pas du tout tabou dans notre société. Cela ne pose pas de problème pour eux, souvent il faut arriver à un accident. Le tabac c'est plus facile, il y a plus de demande d'être aidé. La démarche spontanée d'une personne voulant arrêter de boire c'est rare » M10

Le déni

Un des autres freins, constaté par les médecins, est le déni du patient envers son mésusage d'alcool.

« Le patient a du mal à dire la vérité, c'est le déni : soit il ment, soit il minimise, soit il considère que ce n'est pas de l'alcool, le vin ou il a du mal à réaliser la dépendance, les patients pensent qu'ils peuvent s'arrêter de boire s'ils le veulent... » M4

« En général dans 99% des cas ce n'est pas le patient qui constate le problème » M4

Absence de signes précoces identifiables

La normalité des bilans biologiques et l'absence de signes physiques sont cités comme un retard au repérage :

« Il y a ceux qu'on n'arrive pas du tout à identifier car c'est complètement caché et que jusque là ils ont des foies qui fonctionnent bien donc même en faisant des bilans biologiques on ne s'en rend pas compte » M7

« Finalement quand je le dépiste je pense que c'est un peu tard, enfin pas tard mais qu'il y a des retentissements » M11

IV. La prise en charge du mésusage

A) En pratique

La plupart des médecins interrogés, une fois le repérage effectué, tentent un début de prise en charge basé surtout sur la **discussion avec le patient**.

« En pratique on parle, on informe des dangers à consommer trop, les signes de dépendance : consommation quotidienne, on cherche ce qui les motive à boire tous les jours, tous les soirs, ce qu'ils recherchent à ce moment là : le plaisir ? la détente ? la convivialité ? essayer de comprendre pourquoi ils en ont besoin c'est déjà ça » M10

« S'ils en ont envie moi je leur demande déjà simplement de diminuer de moitié, je leur demande de réduire, pas forcément d'arrêter et je leur demande de les revoir pour savoir si cela se passe bien ou s'ils ont des signes de manque" » M1

« On en parle et on essaye petit à petit de remonter à cette blessure, c'est aussi pour ça que je fais de l'hypnose, de la pleine conscience... pour aller toucher du doigt là où ça fait mal et guérir ce truc » M13

En douceur selon le degré de mésusage :

« Je marque sur le dossier « à vérifier », je fais toujours un petit « laïus » on va dire, j'essaye de ne pas dramatiser les choses » M11

« Je vois si on arrive à diminuer un peu...je me laisse un délai de 3 mois en général...puis je fais appel à un addictologue à l'hôpital. Je donne aussi des adresses d'associations d'anciens alcooliques (AA) si les gens en expriment le besoin » M6

Certains **adressent** d'emblée, d'autres lorsqu'ils estiment ne plus être compétents pour prendre le problème en charge.

« Si je n'arrive pas à faire diminuer la consommation d'un patient ayant un usage excessif ou si le patient est dépendant, j'adresse d'emblée » M4

« Je les renvoie assez vite vers quelqu'un, j'ai un réseau de confrères ... » M2

« S'il a un usage à risque je l'informe et lui donne des conseils pour diminuer sa consommation et ne pas passer à l'étape suivante. S'il est dépendant je préfère travailler en réseau avec un addictologue. » M4

« Ceux qui sont ouverts et capables de l'entendre j'essaye de dire qu'il va falloir faire un effort là-dessus pour réduire. Selon leur réponse ça peut vite aller vers l'addictologue » M9

« Si ce n'est pas une addiction très forte on peut le faire en ambulatoire, sinon je prends rendez-vous avec l'addictologue qui travaille en ville via une association et aussi à l'hôpital »

Certains des médecins généralistes interrogés prescrivent des **thérapeutiques** mais peu semblent à l'aise avec ces molécules :

"Il m'est arrivé de prescrire du Valium s'ils ne veulent pas voir quelqu'un d'autre. Parfois de l'Aotal aussi » M3

"Je prescris des thérapeutiques uniquement s'ils ne veulent pas voir un addictologue » M4

« Cela a dû m'arriver de prescrire de l'Aotal, mais je n'en fais pas beaucoup par manque de connaissances et de formation » M8

« Je n'en introduis pas car j'avoue que je ne sais pas m'en servir. J'ai introduit une fois du Baclofène à Paris sur la demande d'un patient, quelqu'un de très cortiqué qui savait que par son métier il était amené à des soirées et tout et qui m'a dit clairement « là ça ne va pas, j'ai un souci, je bois trop... », et il avait entendu parler du Baclofène donc c'est lui qui est venu en me disant « il faut que vous me marquiez ça » M9

« Je me donne bonne conscience en prescrivant de l'Aotal, cela permet de les revoir et de faire un peu le point même si je n'ai pas l'impression que l'effet soit formidable » M1

Une des médecins interrogés prescrivait essentiellement des thérapeutiques à base de plantes :

« C'est important de pouvoir aider avec des plantes qui apaisent, qui drainent le foie, qui permettent de dormir tranquillement, sans forcément prendre des médicaments qui sont de nouveau pour moi sources d'addiction. »MI3

« Pour drainer le foie par exemple il y a des mélanges avec du romarin, de la camomille, de la mélisse qui est apaisante. Ou alors de l'artichaut, du radis noir s'il faut vraiment drainer un peu plus, avec de la fumeterre, voilà. Les suspensions de plantes fraîches avec du Taraxacum, du pissenlit. Et puis bien boire et apaiser, moi j'aime bien la mélisse dans ces cas-là mais pourquoi pas un peu d'aubépine, d'eschscholzia qui est quand même bien pour aider le sommeil si la personne est agitée. Et également un peu de desmodium pour relancer la fonction hépatique » MI3

Quelques expériences de **sevrage au domicile** :

"Cela m'est arrivé, sur des gens qui ne sont pas très atteints, dernièrement d'ailleurs, c'était son désir c'était indiscutable il ne voulait pas aller à l'hôpital, cela s'est bien passé. »M6

« Si le sevrage ambulatoire est possible je le propose mais par contre on se voit, je commence le lundi et je les vois toutes les 48h et ils savent qu'ils peuvent m'appeler car je sais que souvent ils ont honte d'appeler les services d'urgence » M5

« Peut être une fois ou deux, globalement ça s'est bien passé avec un peu de vitamines et d'anxiolytiques »M9

« J'avais tenté en ambulatoire, pour certains ça s'est bien passé mais pour d'autres quand ça ne marche pas, au bout de 2 ou 3 tentatives j'adresse à l'addictologue »MI2

B) Les facteurs facilitant la prise en charge:

Prise de conscience et motivation du patient

La prise de conscience du patient et sa motivation personnelle à changer de comportement sont des éléments clés d'une bonne prise en charge :

« J'ai l'impression que quand ils voient des conséquences déjà sur la prise de sang ou une prise de poids ça peut amener à une prise de conscience » M8

« Un autre problème c'est quand c'est quelqu'un qui accompagne la personne pour le sevrage, c'est-à-dire c'est la femme qui veut que le mari se sèvre. Déjà dans un premier temps il faut que ce soit la personne qui vienne pour elle-même, déjà il faut recadrer le truc sinon c'est voué à l'échec » MI3

Motivation du médecin

Le fait que le médecin soit sensibilisé et intéressé par l'alcoologie est un facteur facilitant la prise en charge.

« J'avoue bien aimer l'addictologie... » M5

« Je vois tout ce que ça peut engendrer comme problèmes, il faut tout faire pour les revoir régulièrement et prendre le problème à bras le corps » M4

Connaissance du réseau

Le fait de connaître le réseau d'alcoologie et les différents correspondants est un des éléments facilitant la prise en charge cité par de nombreux médecins.

"Ce qui est très facilitant c'est les correspondants, les réseaux, c'est le fait de pouvoir compter sur le système dans lequel on est. Je serais médecin en campagne, je serais beaucoup plus embêté, je serais peut être obligé de travailler sur les motivations, me demander comment sevrer ce patient » M2

« On a la chance d'avoir un centre d'addictologie pas loin. On arrive relativement à les adresser rapidement » M7

Formation pratique

Les formations diverses en alcoologie représentent un facteur facilitant pour les médecins interrogés :

« Le fait d'être passée 6 mois en addictologie m'a vraiment aidée, cela a été très utile. Je reconnais que si dans ma formation je n'avais pas eu ce stage je ne ferais pas ça » M5

« J'ai été habitué à ces gens-là qui ont du mal à se livrer, qui racontent des histoires de vie très dures » M5

« J'ai remplacé 7 ans un médecin généraliste qui faisait de l'alcoologie à Marseille, il m'a formé, on gérait des lits d'hospitalisation pour sevrage, du coup je n'ai jamais eu de mal en médecine générale avec ça, ça ne m'a jamais fait peur ni rebuté et j'ai été sensibilisé au problème » M6

Prendre le problème à temps

Le problème du mésusage, s'il est pris en charge précocement, est plus facile à résoudre.

« Une alcoolisation qui n'est pas chronique mais qui essaye de gérer son angoisse ou ses problèmes avec l'alcool depuis quelques mois, cela peut se résoudre facilement » M2

« Si la dépendance est là depuis des années, c'est difficile de changer les choses » M9

Un entourage bienveillant

Deux des médecins interrogés ont évoqué l'importance de l'entourage dans le suivi et le soutien des patients ayant une alcoolo-dépendance

« J'espère toujours qu'ils en aient parlé à quelqu'un de leur entourage, un conjoint, une voisine ...c'est une condition aussi pour que j'organise le sevrage au domicile, il faut que quelqu'un soit là, pour le patient et aussi pour me prévenir si ça se passe mal, c'est important» M5

« L'entourage c'est primordial, si le patient est tout seul, isolé, que personne n'est là pour lui pour le booster, c'est compliqué » M4

C) Les difficultés dans la prise en charge

Un patient chronophage

Plusieurs médecins ont évoqué le manque de temps en consultation, nécessaire à la prise de conscience du patient sur sa pathologie et à la prise de contact avec les autres intervenants :

« Je leur dis de revenir pour en reparler et mettre en route quelque chose, ça prend du temps. » M6

« Quand je sais que c'est une consultation alcool je me laisse un créneau de 30mn et non de 15mn. »M5

« C'est compliqué de joindre les hôpitaux, les réseaux, les machins c'est super chronophage et je ne suis pas la secrétaire du patient non plus donc ce n'est pas moi qui vais prendre à chaque fois en charge. Et puis vous allez appeler, vous allez prendre le rendez-vous et il ne va pas y aller car entre temps il a changé d'avis »M7

Cela relève aussi du choix personnel du médecin de prendre le temps ou non :

« Je sais qu'ils sont comme ça, ça ne va pas être des patients qui arrivent forcément à l'heure, avec la carte vitale...mais je m'en fous, c'est comme ça, je n'en suis pas beaucoup non plus, cela ne va pas casser mon budget. » M5

Une pathologie complexe

Plusieurs médecins ont évoqué le contexte psycho-social, le mode de vie et les comorbidités des patients comme rendant très complexe la prise en charge des patients alcoolo-dépendants.

« Tout est difficile» M2

« C'est difficile, ils sont perdus souvent » M3

« C'est une problématique qui freine la prise en charge des gens , quand il y a un problème d'alcool souvent on n'arrive pas à avancer dans les autres domaines » M1

« Si je vois qu'il y a autre chose, par exemple des maladies psychiatriques associées, je ne suis pas assez douée pour ça donc j'adresse. J'arrive à discuter, à donner des petits outils pour avancer mais dès que cela se complique ou qu'il faut passer à des thérapeutiques médicamenteuses, je ne veux pas mettre ça toute seule en place » M5

« La prise en charge est difficile, surtout pour les patients qui boivent depuis longtemps et s'il y a d'autres pathologies psychiatriques associées ou d'autres addictions, c'est multifactoriel il faut s'occuper de la prise en charge médicamenteuse, du suivi, du soutien psychologique, c'est compliqué » M12

« J'ai eu un cas où la femme d'un patient alcoolique, suivi à l'hôpital, était complètement perdue, elle ne savait pas comment agir avec son mari. Le mettre dehors ? Il se serait retrouvé à la rue . » M3

« Le problème de rechute, c'est un problème complexe, il faut changer tout le mode de fonctionnement de la personne , le travail, la famille, les fréquentations. » M4

« Les patients qui ne vont pas aux consultations, le manque d'argent, le manque de retour, les situations compliquées dans lesquelles se trouve les patients » M5

« Ils racontent des histoires de vie très dures » M5

Avec un choix de prise en charge parfois difficile à faire:

« L'hospitalisation pour la plupart ça leur fait peur...je sais que ce n'est pas forcément adapté à tous les patients, parfois ils ont de mauvaises fréquentations là-bas » M4

Un suivi irrégulier

Certains médecins regrettent de ne pas réussir à avoir un suivi régulier de leurs patients concernant la problématique de l'alcool

« On les voit de temps en temps pour autre chose mais en fait on n'arrive pas à les voir pour la problématique de l'alcool" » M1

« Pour certains je n'ai jamais réussi à avoir une échographie ou un bilan pour faire le point » M1

« Ils vont venir pour un autre problème ou pour le reste, le suivi, le traitement, des résultats de biologie. Je les vois pour les causes collatérales. » M2

« En général ils sont suivis par les addicts et quand on les revoit c'est que ça n'a pas marché mais on ne sait pas ce qui s'est passé » M11

Sensation d'impuissance et d'échec parfois mal vécu par le médecin

Le sentiment d'impuissance et d'échec est assez fréquent chez les médecins, qui disent parfois avoir la sensation de s'épuiser inutilement dans cette prise en charge.

« Le plus difficile c'est qu'ils nous mettent en permanence face à notre échec et notre impuissance, ils sont usants en fait, on a l'impression de les aider, on les envoie là où il faut et puis ça marche jamais, non mais ça repart toujours quoi. Régulièrement on les retrouve dans des états pas possibles et c'est reparti pour un tour. » M9

« Il y a une patiente que je revois en consultation juste pour ça régulièrement...elle est super contente de me voir, elle a l'impression de progresser alors que moi je suis désespérée car j'ai l'impression qu'on ne va jamais y arriver, qu'elle boit de plus en plus » M5

« Le consommateur chronique lui il fait partie de la boucle, il va faire l'addictologue, les post cures, il va aller mieux, il rechute, il revient, il disparaît, il rechute... c'est pour ça que je dis que cela me désespère un peu, j'ai du mal à voir les issues » M2

« je ne sais pas vraiment quoi leur dire en fait... » M8

« Souvent ils sortent de cure, ils sont ravis, mais après c'est le problème de l'addicto, 15j après ils sont repartis de plus belle » M9

« Cela me désespère un peu en fait... c'est désespérant les alcooliques » M2

Cette sensation d'impuissance est renforcée si le patient est dans **le déni** de sa pathologie et qu'il refuse le soin:

« Il y en a par contre c'est rentré par une oreille et sorti par l'autre donc là je sais que je n'ai pas de poids donc dans ces cas j'adresse vers quelqu'un qui peut-être aura d'autres techniques pour faire passer le message » M9

« C'est difficile de les faire adhérer à l'idée d'arrêter de boire, je ne suis pas convaincue de l'efficacité de ce que je peux leur dire » M3

« Je ne peux pas faire grand-chose, à part les soutenir, leur rappeler de temps en temps, c'est tout » M10

Manque de connaissances

Le manque de formation et de connaissances en alcoologie a été évoqué par la plupart des médecins interrogés qui ne semblent pas à l'aise avec la prise en charge et préfèrent orienter rapidement.

« Prendre en charge moi-même, honnêtement, je ne sais pas le faire » M9

« Je me considère comme non formé à ça. En fait, on fait avec des bouts de ficelle, avec ce qu'on pense être bien. Du coup il y a parfois où j'ai l'impression de faire ça avec le sacro-saint bon sens qui amène à faire n'importe quoi souvent, je ne suis pas à l'aise » M9

« Moi je ne sais pas suivre, les voir toutes les semaine etc... Si vraiment ils arrivent pas à arrêter et qu'ils veulent de l'aide j'envoie. » M11

« Je ne suis pas formée dans le domaine, je préfère orienter". M3

« Je tente de faire prendre conscience mais si je n'y arrive pas, j'aurais tendance à passer la main à un addictologue, je n'ai pas les clés pour mener à bien ce genre de prise en charge » M8

Manque d'intérêt du médecin

Certains médecins ont évoqué leur manque d'intérêt pour l'alcoologie comme frein à la prise en charge des patients

« L'Alcool cela ne m'intéresse pas trop, l'œnologie beaucoup plus » M2

« Je ne recherche pas assez, c'est sûr car ce n'est pas trop mon truc ... » M11

« Je ne leur dis pas « revenez me voir pour voir où vous en êtes », je ne vais pas travailler sur la motivation de l'alcool. Cela ne m'intéresse pas, je n'y arrive pas et je n'ai pas envie » M2

« Les sevrages ou autres, je ne vais pas m'en occuper car je n'en ai pas envie » M2

V. Relations avec les réseaux d'alcoologie

A) En pratique

Les médecins interrogés soulignent l'importance du travail en réseau concernant cette problématique et travaillent en collaboration avec d'autres professionnels de santé.

« C'est vraiment un patient qui a besoin d'être pris en charge par différents professionnels, le travail en réseau est important » M1

Ils adressent la plupart du temps en consultation addictologique hospitalière ou vers d'autres spécialistes (psychiatre, gastro-entérologue...) selon les comorbidités et les répercussions.

« S'il veut arrêter, éventuellement je lui propose d'être orienté à l'hôpital dans une consultation spécialisée ou avec un gastro entérologue que l'on connaît qui fait de l'addictologie » M3

« Je travaille beaucoup avec le centre d'alcoologie d'à côté , c'est pratique. Je fais un courrier que je remets au patient lors d'une consultation » MI

« Cela peut être aussi l'hospitalisation en médecine interne pour des sevrages , l'UTTD s'il y a des poly addictions »MI

« S'il y a une atteinte hépatique par exemple j'adresse à un gastro-entérologue et il se retrouve dans le réseau par ce biais-là »M7

« Tout dépend du moment où on les voit , si c'est au début que ça va à peu près ou s'il est déchiré complet et que là il faut mettre en place un sevrage urgent. ..ça peut arriver d'envoyer directement aux urgences en disant qu'il n'y a pas de solution » M7

« J'envoie à des psychologues que je pense être capables d'aider la personne dans le même sens que je fais moi. Addictologues, ici, je n'en connais pas ici . » MI3

En les contactant par téléphone ou par courrier selon les médecins

« Je connais quelqu'un, un addictologue en ville et un à l'hôpital. J'essaye d'appeler en général pour voir comment ils veulent qu'on procède car en général les conditions d'entrée sont très strictes, en tout cas pour une cure » M9

« En général, j'appelle quand je suis avec le patient car si je fais juste un courrier avec ce genre de patient, j'ai peur que ça n'aille pas jusqu'au bout , ça peut le motiver aussi. »M8

B) Manque de connaissances des structures médico-sociales et associatives

La connaissance partielle du réseau d'alcoologie constitue un frein à la prise en charge des patients. Les médecins citent beaucoup les addictologues hospitaliers , gastro-entérologues et psychiatres mais très peu adressent leur patient à des structures médico-sociales, souvent par méconnaissance de leur existence.

Les associations d'anciens patients sont peu proposées par les médecins.

« Je travaille avec un addictologue . Je laisse le soin à l'addictologue de renvoyer après vers les CSAPA, associations, car je pense qu'il a plus d'expérience que moi » M4

« Non les associations je ne connais pas ... »M3

« Le CSAPA non je ne connaissais pas , associations non plus mais par méconnaissance , cela m'intéresserait beaucoup de les avoir d'ailleurs. »M8

« Ils veulent des sevrages en urgence...là par contre j'étais un peu perdu, c'est là où je me suis rendue compte que ça pouvait m'arriver et que je ne connais pas trop les réseaux » M8

« CSAPA je ne connais pas bien. Une ou deux fois j'ai essayé d'appeler mais c'est toujours galère de les avoir au téléphone » M11

« Je n'ai pas de contact de CSAPA ou associations pour les problèmes d'alcool. » M9

« Un réseau d'addictologue, je n'en ai pas, il y a des consultations au CHU je crois, j'ai dû adresser quelqu'un une fois » M10

« Je trouve qu'on peut se sentir seule en médecine générale, j'ai plein de solutions mais je n'ai pas encore un réseau très développé. Je ne sais pas forcément à qui les envoyer, je ne sais pas s'ils vont être bien reçus et il y a le délai d'attente.. » M5

« Les structures que je ne connais pas, je les connaissais il y a 25 ans mais maintenant je ne les connais plus trop. C'est pour ça qu'en général ça passe par l'hôpital. » M6

« Les...pardon ? Qu'appellez vous CSAPA ? » M6

C) Peu de communication, manque de retours

Plusieurs médecins ont évoqué le manque de travail en collaboration avec les différents intervenants, essentiellement par manque de communication.

« Je n'ai pas tellement de retour mais j'ai des retours par le patient lui-même. En général ils sont assez contents et se fidélisent assez rapidement » M1

« On a plutôt des retours des patients, en général quand on les voit c'est que ça n'a pas marché ou qu'ils ont arrêté pour je ne sais quelle raison » M11

« Les CSAPA...on ne sait jamais ce qu'ils font avec les patients...On n'a pas de retour... » M2

« Au niveau des comptes rendus...le problème c'est le délai parfois, minimum 1 mois, 1 mois /2. » M6

« On ne sait pas ce qui se passe, quels sont les intervenants...La plupart du temps, ils ne connaissent même pas le nom des médecins qu'ils ont vus donc déjà si on avait les infos ça serait plus simple. » M11

D) Difficultés d'accès et délais d'attente

Après un travail en amont de dépistage, de début de prise en charge, certains médecins se heurtent à de réels problèmes matériels tels que :

- ❖ De longs délais d'attente pour des consultations spécialisées ou pour des hospitalisations

« Quand le patient est motivé pour arrêter, que cela fait 6 mois qu'on y travaille et que la secrétaire nous annonce 3 mois d'attente pour une consultation et une place en hospitalisation, c'est compliqué » M5

« C'est problématique les CSAPA, les rendez vous sont très longs, ils ferment tôt et on ne sait jamais ce qu'ils font avec les patients car pas de retour ». M2

« La prise de rendez-vous, ça pose problème, ça traîne surtout pour les grands alcooliques... il y a même de gros retards de prise en charge donc parfois on appelle les services d'urgence et on les fait passer par là » MI2

❖ Des difficultés de transport pour les patients

« Il y a aussi le problème de la voiture, si les patients ne boivent pas en journée ça va mais s'ils boivent en journée et qu'il faut les déplacer en voiture c'est compliqué. Je ne peux pas leur dire d'aller jusqu'à Montpellier aux alcooliques anonymes si je sais qu'il va conduire alcoolisé » M5

« Il y a aussi les finances qui nous limitent donc j'adresse au CMP qui dépend de la ville, mais après il faut y aller... » M4

VI. Les propositions d'amélioration suggérées par les médecins

Sensibiliser les patients en faisant évoluer le discours sur l'alcool

« C'est un problème culturel. Il faudrait que l'alcool soit moins banalisé, moins promu par la société » M4

« Il y a ce paradoxe de l'alcool qui n'est pas nocif et au contraire derrière de ne pas pouvoir le dire quand la pratique est nocive même quand on en a conscience. » M10

« Il faudrait sensibiliser les gens peut être comme la sécurité sociale le fait pour le diabète, pourquoi pas les sensibiliser au fait qu'on peut avoir des problèmes de santé si on consomme au-delà d'un certain seuil d'alcool » MI

« Il faudrait de la prévention dans la population générale, comme cela a été fait avec le tabac. Aujourd'hui cela devient presque mal vu de fumer, je pense que c'est là-dessus qu'il faut travailler, sensibiliser la société, préciser que l'alcool c'est bien pour les moments conviviaux mais c'est tout, il faut pas que ce soit tous les jours. Après on est dans le pays du vin donc il y a les lobbies qui ne vont pas être contents. Moi je pense que c'est ça qui nous aiderait énormément. » M10

« Je pense que le dépistage pourrait être amélioré par une prise de conscience qui peut être favorisée par les autorités, par les médias, comme par exemple pour le tabac, maintenant il y a de plus en plus

de gens qui viennent pour arrêter le tabac, c'est leur demande et en plus le prix a augmenté. Il y a une volonté qui vient de leur part donc c'est plus facile. Ça devrait être pareil pour l'alcool. » M12

Mise en place d'une consultation prévention remboursée

« Instaurer une consultation prévention, que les gens viennent sans être malades. » M8

« Il faudrait imaginer des consultations de prévention standard, que la CPAM envoie quelque chose aux patients. Pour les retraités, il va y avoir une consultation dédiée à la prévention, les patients vont recevoir un questionnaire de la CPAM et ils viendront en consultation avec . Du coup il y a la question alcool et c'est vrai que ça permet d'en parler un peu plus facilement. » M11

Création d'une case « alcool » dans le logiciel pour être plus systématique

« Quand je remplis le dossier, c'est une question que je pose avec le tabac et le reste. C'est pas marqué dans le logiciel, il y a une case tabac mais pas alcool » M10

« Le dépistage, le faire de manière plus systématique lors des premières fois » M8

Travailler davantage avec des infirmières formées

« Travailler avec une infirmière, « ASALEE » par exemple, qui analyse les situations des personnes et qui a plus de temps pour débrouiller les problématiques » M2

« Si on avait des contacts en ville pour adresser nos patients à une infirmière formée en addictologie, et une assistante sociale, ça aiderait bien...les patients ne veulent pas forcément se rendre à l'hôpital ou dans des centres ». M3

Meilleure visibilité des réseaux existants ainsi qu'une meilleure communication avec ces derniers

« Le fait de développer mon réseau, d'avoir quelqu'un joignable facilement pour me dire que je ne fais pas de bêtise en suivant toute seule ce patient. » M5

« S'impliquer dans les réseaux . Je crois qu'on a les outils quand même . Localement avoir un réseau infirmier, j'ai 2 psychologues , assistante sociale...On peut aider localement quand même si les cas ne sont pas trop poussés » M6

« Avoir peut être des noms de structures, d'associations pour pouvoir adresser » M10

« Effectivement si j'avais connaissance des associations chez qui on pouvait adresser ces patients et leurs familles , les psychologues n'ont pas forcément de réponse » M3

« Il faudrait une meilleure collaboration avec l'équipe de soutien d'alcoologie et l'addictologie, avoir des rendez-vous plus vite et plus rapprochés » M12

Prise en charge ALD pour suivi régulier

Une des médecins interrogés a suggéré une prise en charge ALD des patients alcoolodépendants, pour leur permettre un suivi plus régulier et plus complet. (M3)

Sensibiliser les médecins

« Une question de sensibilisation comme beaucoup de choses , c'est vrai que les médecins sont plus ou moins à l'aise avec les problèmes aussi cela peut être aussi la sexualité , les rapports de couple, l'alcool, les violences » M6

« La fac est loin il faut continuer les formations, on a quand même le temps...après si les gens ne veulent pas venir ils ne viennent pas mais on a les moyens, c'est pas une soirée par mois qui va être contraignante. Si on veut on peut. L'intérêt de la médecine générale c'est de toucher un peu à tout et de savoir quand on passe la main » M6

« Je crois que c'est surtout la motivation du praticien. S'il est motivé, il va développer des aptitudes et voilà. " » M2

L'Alcool et les Rosp : une première étape mais pas suffisante

« Les ROSP c'est une bonne étape mais cela n'est pas suffisant. Si le médecin n'est pas motivé ou n'a pas le temps ce n'est pas pour quelques euros de plus qu'il va le faire » M4

« Il y en a aucun de nous qui est en capacité d'identifier de manière rigoureuse avec nos systèmes de logiciel qui boit, qui ne boit pas , ce n'est pas possible. Vous savez comment on a rempli les items cette année ? On a fait ça avec les délégués de la caisse qui nous ont dit « Ecoutez , on estime que vous devez avoir grosso modo 3% de patients alcooliques donc mettez un chiffre par rapport à votre patientèle à peu près de 3% ». C'est du grand bidon » M7

Retour des services de police quand il y a eu conduite alcoolisée

« Les histoires de retrait de permis sous l'effet de l'alcool, il me semble qu'on devrait avoir un retour de ça et on ne le voit pas forcément. J'ai déjà eu un patient qui est venu me voir car on me demandait de faire un dosage des CDT car il devait être revu à la préfecture. Du coup j'ai su qu'il y avait ce problème mais sinon je ne l'aurais pas su. » M1

« Si on était sollicités dans la prise en charge du patient, cela permettrait d'aborder la question avec lui et d'organiser un suivi plus régulier » M1

Apprendre à gérer ce sentiment d'échec

« Apprendre à gérer son « échec », problème général en médecine... On a l'impression qu'on arrive pas à soigner quelqu'un , qu'on ne l'aide pas, il y a une frustration mais ça, c'est à nous de le gérer »

M9

DISCUSSION

I. Discussion de la méthode

A) Forces de l'étude

L'approche qualitative par entretien individuel, se basant sur des données verbales non quantifiables, nous a paru la plus adaptée pour recueillir le ressenti des médecins généralistes, analyser leurs pensées et comportements et ainsi répondre à nos objectifs de recherche.

Afin d'avoir un échantillon varié, nous avons choisi des médecins exerçant en milieux urbain, semi-urbain et rural, avec des durées d'installation et des milieux d'exercices variés et d'âge et de sexe différents.

Les entretiens ont été transcrits mot à mot et nous n'avons pas utilisé de logiciel pour l'analyse des données.

B) Biais de l'étude

Biais liés au recueil des données

❖ Biais de sélection de l'échantillon

Certains médecins contactés ont refusé l'entretien, déclarant ne pas suivre de patient alcoolique ou n'étant pas intéressés par le sujet ou estimant ne pas avoir le temps, ce qui constitue un biais car ces derniers auraient pu avoir d'autres freins et un ressenti différents des autres médecins.

Peu de médecins exerçaient en milieu rural (2 sur 13).

Une des médecins généralistes interrogés avait une pratique spécifique d'acupuncture.

❖ Biais liés à l'enquêteur : biais d'intervention

Les entretiens n'ont pas tous été réalisés de la même manière, certains l'ont été par téléphone ce qui a pu modifier les réponses (médecins moins attentifs, plus pressés...)

Par manque d'expérience, nous avons pu par notre comportement, nos relances, influencer les réponses des médecins interrogés.

Biais liés à l'analyse des données

L'analyse a été effectuée par une seule personne, ce qui peut entraîner le risque que nos propres représentations aient influé sur l'analyse des résultats.

La technique de triangulation, qui consiste à faire participer différents intervenants à chaque étape de l'analyse aurait donné de la force à l'étude.

II. Discussion sur les résultats

A) Vécu du médecin généraliste vis-à-vis du mésusage d'alcool

Le médecin généraliste, un acteur primordial

Les médecins généralistes ont conscience du rôle important qu'ils ont dans le dépistage du mésusage d'alcool, c'est à eux d'aborder le sujet puis d'évaluer, de prendre en charge ou d'orienter le patient.

Les médecins interrogés ne se disent pas a priori gênés de poser la question de l'alcool à leurs patients en dépit de quelques réponses suggérant que « parler d'alcool » pourrait signifier « suspecter » le patient d'alcoolisme ou être vécu comme une intrusion dans sa vie intime.

(« ...Vous n'allez pas leur dire « au fait vous picolez quoi ? » M7, « ...ils vont se demander pourquoi on va poser la question comme ça... » M10)

Pourtant dans une enquête de l'INPES sur la prévention de l'alcoolisme réalisée en 2007, environ neuf personnes sur dix trouvent « normal » que leur médecin leur pose des questions sur leur consommation d'alcool.⁴²

De même, une enquête menée en Ile de France sur un échantillon de 1 600 personnes montre que 90% des patients interrogés estiment que leur médecin généraliste est la personne la plus compétente pour leur parler de prévention. De ce fait, il leur paraît naturel de répondre aux questions relatives à leur comportement vis-à-vis de l'alimentation, du tabac, de l'alcool.⁴³

Plusieurs études révèlent que le comportement du médecin avec l'alcool peut influencer son discours. Bien qu'aucun des médecins interrogés n'ait abordé ce sujet, il va de soi qu'inconsciemment le médecin va faire des rapprochements avec sa propre consommation. Il aura tendance à être moralisateur avec un patient ayant une consommation supérieure à la

sienne et au contraire à banaliser ou à rendre acceptable une consommation égale à la sienne, même si elle est excessive⁴⁴.

Un dépistage non systématique

Statistiquement, un consultant sur cinq en médecine générale a un mésusage de l'alcool. De fait, les généralistes sont au premier rang des professionnels susceptibles d'engager une action de prévention dans ce domaine.⁴³

Dans ce travail, les généralistes interrogés disent pour la plupart suivre peu de patients ayant un mésusage d'alcool.

Ceci peut être expliqué par un dépistage insuffisant, notamment en ce qui concerne le mésusage sans signes avérés d'alcool-dépendance.

Effectivement la plupart des médecins généralistes reconnaissent ne pas être systématiques dans le dépistage. Ils tentent d'y penser le plus possible lors des premières consultations, des certificats de sport ou lors de l'évocation des règles hygiéno-diététiques mais ils vont surtout poser la question de l'alcool lors de la survenue d'un retentissement clinique ou biologique de l'alcoolisation, c'est-à-dire lors d'un usage nocif ou avec une alcool-dépendance.

Les usagers à risque sont donc inévitablement sous diagnostiqués par les médecins.

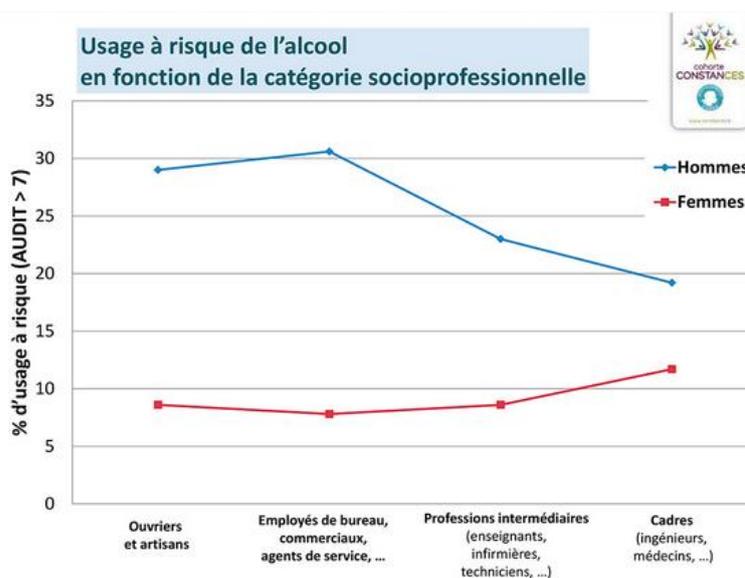
Ce constat concorde avec les résultats de l'étude CARAPE réalisée en région parisienne en 2017 par Tan-Trung Phan dans le cadre de sa thèse de médecine qui visait à évaluer la perception des patients usagers à risque concernant le repérage de leur consommation par leur médecin traitant. Sur 445 réponses analysées, 62 usagers à risque d'alcool ont été identifiés (13,9 %). La majorité d'entre eux déclaraient que leur médecin ne leur avait pas posé de question sur la consommation d'alcool, lors des premières consultations (83,9 %) et au cours du temps (72,6 %). La plupart des patients, dont les usagers à risque, estimaient ne pas être suffisamment repérés quant à leur consommation d'alcool par le médecin généraliste.⁴⁵

De plus, on constate que plusieurs médecins pensent avoir une patientèle peu touchée par l'alcool de par leur religion, âge, situation familiale (« On voit plutôt des familles donc... », « J'ai peu de cas, j'ai plutôt des personnes âgées », « On a beaucoup de maghrébins donc eux ils ne boivent pas trop.. »).

Ce même constat avait été colligé dans la thèse de médecine générale réalisée par Mathieu Goupil en 2017 à Montpellier, intitulée : les déterminants de la prescription de Baclofène par les médecins généralistes dans le traitement de la maladie alcoolique.⁴⁶

Or les études montrent bien que toutes les catégories socio-professionnelles et tous les secteurs d'activité sont touchés par le mésusage de l'alcool.

D'après l'étude Constances⁴⁷ dont les résultats ont été présentés en mai 2018, contrairement aux idées reçues, les plus défavorisés, ouvriers ou artisans, ne présentent pas plus de mésusage que les ingénieurs ou les médecins. Chez les femmes, c'est même l'inverse : les cadres supérieurs qui ont une famille et une profession accaparante sont particulièrement vulnérables.



Aucune étude épidémiologique n'a été réalisée en France concernant l'alcool chez les personnes âgées. Pour autant la consommation quotidienne d'alcool augmente avec l'âge et les seuils de toxicité diminuent. Selon le Baromètre santé 2014, la consommation quotidienne concerne un quart des individus dans la tranche 65-75ans⁴⁸ ce qui laisse supposer que le mésusage d'alcool chez les personnes âgées est également fréquent.

Ces fausses idées participent à une sous-évaluation du mésusage, les médecins pensant qu'il est moins justifié ou plus délicat de poser la question spontanément.

L'apport des formations

La plupart des médecins interrogés se sentaient insuffisamment formés en matière d'alcoologie, aussi bien en théorie qu'en pratique.

La formation à l'addictologie est présente mais faible au cours de la 2ème partie du 2ème cycle des études médicales, dont le programme constitue celui des épreuves classantes nationales (ECN) d'accès à l'internat, à travers l'item N°74 *addiction et alcool*.

L'enseignement de l'Entretien motivationnel durant le DES de médecine générale en France est en progrès. Une thèse de 2017 réalisée par Hugo Hours⁴⁹ interrogeant 32 des 35 DMG en France rapporte la présence de l'EM dans l'enseignement de 81% des DMG interrogés. C'est une formation obligatoire pour 62% des DMG avec des durées d'enseignement variant de 15mn à 21h sur l'ensemble du DES et une durée moyenne de 5h. A la faculté de Montpellier cette formation est obligatoire pour l'ensemble de la promotion, et durait 3h en 2017.

Il semble que ces formations soient insuffisantes du fait de leur ancienneté par rapport au début de la pratique ou compte tenu de leur brièveté, d'où l'intérêt pour les médecins d'entretenir leurs connaissances en participant de temps en temps à des formations d'addictologie.

Rien ne remplace la pratique et l'expérience, en collaboration avec les autres professionnels. Les médecins interrogés les plus à l'aise étaient ceux qui avaient eu une expérience en centre spécialisé ou avec un collègue expérimenté.

Avoir effectué un stage en addictologie pendant l'internat donne des clés essentielles à l'approche de cette question. Dans notre étude une seule des médecins interrogés avait effectué un stage de 6 mois en addictologie et a admis que le stage avait totalement influencé sa pratique.

B) Freins et facteurs facilitant le dépistage et la prise en charge

Plusieurs freins induisent une insuffisance de questionnement sur le sujet de l'alcool : aborder le sujet alcool signifie pour certains médecins, devoir passer plus de temps auprès des patients, se mettre face à leur déni, à des difficultés d'orientation et de méconnaissance des réseaux, devoir appréhender correctement les rechutes. Ils savent tous que le problème est complexe et peut prendre beaucoup plus de temps que le temps escompté. D'autant que le patient est venu pour un motif précis sans lien direct avec sa consommation d'alcool.

De part la complexité de la prise en charge faisant intervenir d'autres professionnels de santé, de la méconnaissance du réseau de soin et des « a priori » sur les taux de rechute, certains médecins déclarent un intérêt limité pour l'alcoologie.

L'absence de campagnes nationales et de mesures gouvernementales fait perdurer la banalisation de l'alcool et ses dommages directs et indirects

L'alcool fait partie de notre culture, de notre vie sociale , il est perçu comme convivial . Chaque évènement, chaque fête familiale est associé à de la consommation d'alcool, le contraire serait inattendu voire choquant ...car tellement ancré dans les habitudes. C'est depuis toujours « une gentille drogue désinhibitrice » admise par tous et non nommée comme telle.

Nous sommes tous concernés, corps médical, politiques , décideurs , enfin toute la population ou presque . Alors qui peut changer les choses ?

Un groupe d'experts en santé publique a dénoncé récemment l'absence de mesures contre la consommation d'alcool, le poids des lobbies alcooliers et l'absence de courage politique du gouvernement concernant le nouveau Plan Prévention Santé.

La seule initiative de prévention présente concernant l'alcool est l'augmentation de la taille du pictogramme pour les femmes enceintes sur les bouteilles d'alcool ⁵⁰

On sait pourtant que les campagnes nationales associées à une volonté gouvernementale portent leurs fruits. Exemple : le tabac ...

Il existe non seulement un manque de prévention mais aussi une difficulté à admettre, qu'au-delà des seuils de toxicité, ce produit consommé et apprécié par les Français a un pouvoir d'emprise et peut aussi devenir en France la principale toxicomanie. Comme le dit le Pr Michel Lejoyeux « *On n'est jamais totalement tranquille vis-à-vis de l'alcool. L'addiction, c'est un peu comme l'amour, c'est un peu comme la passion. C'est un peu comme si vous disiez qu'on est amoureux au-delà d'un certain nombre de rendez-vous. Ce n'est pas comme ça que ça se passe.* »

Il semble essentiel de faire comprendre à la population qu'il s'agit d'une maladie et non d'un passage à vide qui peut se rétablir par la simple volonté.

Des seuils de toxicité assez flous , pour les patients comme pour les médecins

L'alcool est une « gentille drogue désinhibitrice » consommée par tous mais certains en abusent , ils sont alors regardés par les autres avec amusement (s'ils ont le « vin gai ») puis réprobation (s'ils ont « le vin triste ») puis carrément rejetés lorsqu'ils ont atteint un seuil critique pour eux-même et pour les autres .

Mais où est donc la limite à ne pas franchir ? Qui la connaît ?

Les patients décrits par les médecins interrogés ont du mal à faire la différence entre une consommation « normale » et « excessive », ce qui représente un frein au dépistage puisque ces derniers vont répondre spontanément « comme tout le monde » , « non, l'alcool ce n'est pas un problème » ou parfois même considérer que le vin n'est pas de l'alcool. Les médecins interrogés également n'ont pas vraiment de « seuil » en tête de quantité d'alcool consommée dangereuse pour la santé. Ils s'inquiètent plutôt du caractère régulier et des répercussions de la consommation.

Cela s'explique par le fait qu'il n'y a effectivement pas de seuil précis sur le sujet mais différentes recommandations, remises en cause actuellement.

Outre cette banalisation de l'alcool, un des discours tenus est que cela peut être bénéfique pour la santé et cette information a bien été retenue par tous.

Contrairement aux idées ancrées depuis des décennies, une consommation d'alcool modérée (d'un verre de vin rouge ou deux par jour) n'est pas bénéfique pour la santé. Une méta-analyse canadienne de 87 études sur le sujet, publiée en 2016 dans [*Journal of Studies on Alcohol and Drugs*](#), contredit ces anciens résultats issus d'études biaisées.⁵¹

Une autre méta-analyse, plus vaste et plus récente, publiée par The Lancet le 23 août 2018, s'appuyant sur plus de 1000 études et effectuée sur 28 millions de personnes entre 1990 et 2016 vient confirmer ce constat. Elle ajoute qu'il n'existe aucun niveau de consommation non dangereux pour la santé, qu'un seul verre par jour suffit à augmenter de 0,5% le risque de développer l'un des 23 problèmes de santé associé à l'alcool cités dans l'étude.⁵²

Le rôle protecteur d'une faible consommation de vin rouge vis-à-vis des cardiopathies ischémiques paraît attesté par d'innombrables études et serait expliqué, notamment, par une augmentation du cholestérol HDL provoqué par l'alcool ainsi qu'une teneur plus élevée en polyphénols ayant un pouvoir anti-oxydant, vasodilatateur et antiagrégant plaquettaire. Cet effet positif, qui disparaît pour les consommations plus importantes, est cependant contrebalancé par une augmentation du risque d'accident vasculaire cérébral, très net pour les

accidents de type hémorragique, de certains troubles du rythme cardiaque et de la maladie hypertensive.

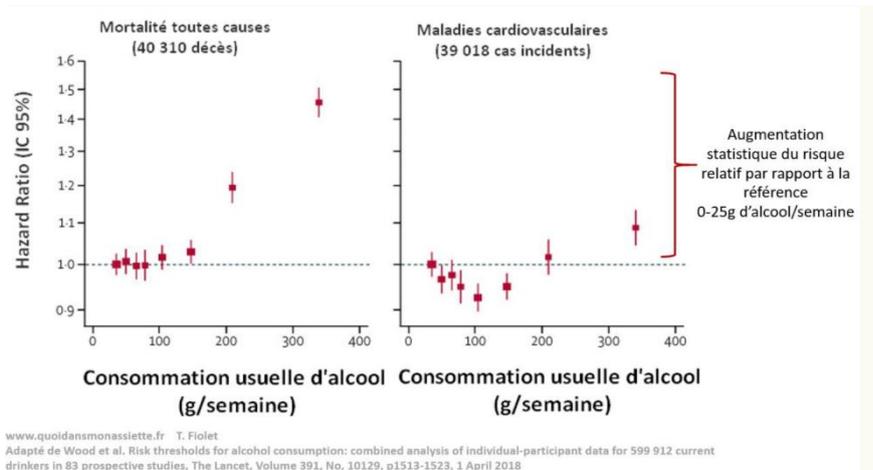
L'OMS et la société française d'alcoologie recommandent depuis 1999 de ne pas dépasser 3 verres par jour pour les hommes et 2 verres par jour pour les femmes.

Or en France, depuis mai 2017 le seuil de toxicité est maintenant fixé à 10 verres par semaine depuis que Santé Publique France a rendu publique une recommandation d'experts indépendants : pas plus de 10 verres par semaine, pas plus de 2 verres par jour, pas d'alcool au moins 2 jours par semaine, quel que soit le sexe. ¹⁴

Cette recommandation est d'ailleurs très peu connue des médecins généralistes (elle n'a été citée par aucun des médecins interrogés) et comme nous pouvons le supposer, des patients également.

Une étude publiée en avril 2017 par The Lancet vient appuyer ces nouvelles recommandations françaises, en se basant sur les données de 83 études de 19 pays différents. Le niveau de consommation sans danger exagéré pour la santé est de 100gr d'alcool pur par semaine (soit 10 verres standard en France) ⁵³

Pour les experts, il est donc important que ces repères soient largement connus et accompagnés de stratégies de marketing social de grande ampleur et d'un soutien des professionnels de santé.



Le manque de temps

Comme dans d'autres études réalisées sur le sujet, le manque de temps a été souvent évoqué comme frein au repérage et à la prise en charge du mésusage de l'alcool. L'extension des déserts médicaux majore cette problématique en augmentant la charge de travail des médecins installés. Aborder le problème d'alcool, réaliser le questionnaire, expliquer au patient les seuils recommandés, essayer de comprendre avec le patient l'origine du mésusage et évaluer avec lui les objectifs qu'il souhaite se fixer, prend effectivement plus de 15 minutes, surtout lors d'une consultation qui n'avait pas ceci comme motif.

Le suivi régulier de ces patients prend également du temps. Mais, comme le dit très justement un des médecins interrogés « tant que le problème de l'alcool n'est pas pris en charge il est difficile d'avancer sur le reste. »

Consacrer du temps à cette problématique permet souvent d'en gagner dans la compréhension de certains symptômes, permet d'éviter les consultations liées aux conséquences de ces alcoolisations (chutes, dépression, hta résistante, malaises, troubles du sommeil,...) et la prescription d'examens complémentaires inutiles.

Comme évoqué par un des médecins, prendre le temps pour cette pathologie relève également d'un choix personnel du médecin, en fonction de la vision de son rôle et de son désir d'investissement dans la prise en charge du mésusage d'alcool.

Une des suggestions d'amélioration faites par un médecin interrogé est de travailler davantage avec les infirmières notamment celles faisant partie du dispositif ASALEE.

Ce dispositif expérimental d'organisation de la médecine générale ASALEE (Action de santé libérale en équipe) a été créé en 2004. L'objectif initial était d'améliorer la prise en charge des maladies chroniques en médecine de ville par la coordination entre médecins généralistes (MG) et infirmières (IDE) par la délégation à des infirmières (salarisées de l'association ASALEE et libérales) de certaines tâches de prévention primaire, de dépistage et de suivi réalisées antérieurement par les médecins.

Les infirmières ayant reçu une formation préalable dans le domaine de l'alcoologie seraient à même de travailler en collaboration avec le médecin dans la prise en charge des patients ayant un mésusage d'alcool, la surveillance des sevrages en ambulatoire, la prévention des rechutes.

Connaissance insuffisante du réseau par les praticiens

Lorsque le mésusage du patient est dépisté, certains médecins débuteent eux-mêmes une prise en charge selon la gravité du cas.

C'est d'abord une discussion au cours de laquelle le médecin essaie de convaincre de diminuer la quantité d'alcool consommée, d'informer sur les dangers pour la santé.

En fonction des résultats ou d'emblée pour certains, les médecins vont plutôt avoir recours à des spécialistes avec qui ils ont l'habitude de travailler (addictologues, gastro-entérologues, psychiatres...).

Nous constatons à travers cette étude que la plupart des médecins interrogés ne connaissent pas ou peu les différentes structures médico-sociales pourtant bien utiles en alcoologie car regroupant des addictologues, psychologues (avec des consultations remboursées dans ce contexte), assistantes sociales, infirmiers, éducateurs qui organisent des groupes de paroles avec les patients et / ou les proches.

Peu citées par les médecins, les associations d'anciens buveurs, sont également bénéfiques pour le patient. Elles permettent une entraide dans un climat d'empathie, et peuvent être sources d'espoir face aux personnes abstinentes de longue date. D'autre part, écouter l'autre peut permettre de s'interroger sur soi-même et sa propre conduite addictive.

Tous ces réseaux ont été créés pour répondre à la réelle complexité de la pathologie alcoolique. Les problématiques en jeu dans le mésusage de l'alcool peuvent être autant des causes que des conséquences de la surconsommation d'alcool.

C'est souvent parce qu'il a un problème existentiel (désintérêt de la vie, chômage, problème affectif) que le patient va perdre le contrôle sur sa consommation. C'est aussi parce qu'il boit trop qu'il va se retrouver au chômage, que le conjoint le quitte etc...

Le soutien psychologique est capital, non seulement du patient mais de son entourage, ainsi qu'une aide sociale s'il existe des problèmes financiers, des enfants vivant dans le foyer, de la violence.

Manque de retour, délais d'attente et difficulté d'accès aux structures d'alcoologie

Plusieurs médecins se sont plaints de délais de prise en charge longs, par rapport à la motivation au sevrage du patient. Effectivement, face à une demande du patient, et devant la crainte qu'il ne change d'avis, les médecins sont parfois déçus des délais et se sentent impuissants, ne pouvant répondre immédiatement à la demande du patient.

Manque de connaissance en intervention brève et entretien motivationnel

Les médecins interrogés expriment leur sensation « d'inefficacité », « d'impuissance » dans la prise en charge du mésusage de l'alcool, notamment leurs difficultés pour faire prendre conscience à la personne qu'elle a une consommation d'alcool excessive et / ou une dépendance, ce qui est indispensable pour la faire rentrer dans une démarche de soin.

La sensation d'inutilité de la démarche a un effet négatif dans la prise en charge des patients ayant un problème d'alcool.

Pourtant la réalisation d'une intervention brève au cours d'une consultation est loin d'être inutile, elle a des effets bénéfiques sur la prise de conscience d'une consommation excessive d'alcool et la prévention d'une éventuelle dépendance (entre 33 et 50 % des buveurs excessifs affirment avoir réduit leur consommation en deçà du seuil de risque suite à un avertissement et une indication de leur médecin).⁵⁴

C'est pourquoi la Direction Générale de la Santé a initié, en 2006, la diffusion nationale du repérage précoce et de l'intervention brève (RPIB) en alcoologie auprès des médecins généralistes.

La thèse effectuée par Léa Sabatier en 2015 en Languedoc Roussillon a montré qu'une formation des médecins généralistes au RPIB entraînait une forte amélioration du sentiment de savoir réagir face à un patient ayant une consommation d'alcool excessive ou dépendante, et qu'ils incluaient par la suite le RPIB dans leur pratique.⁵⁵

La formation, même basique en alcoologie apparaît comme un gain de confiance en soi pour aborder le problème d'alcool avec le patient.

Dans notre étude, la notion de RPIB n'a été mentionnée par aucun médecin généraliste.

La fiche mémo « outil d'aide au RPIB » (annexe), publiée par la HAS en 2015, destinée aux professionnels de santé, leur a été remise et expliquée en fin d'entretien.

Une fois la dépendance installée, l'entretien motivationnel est plus adapté qu'une intervention brève. Le médecin doit adapter son discours à l'étape de changement du patient, sans le brusquer et en maintenant une relation de confiance.

L'entretien motivationnel est une sorte de conversation collaborative permettant de renforcer la motivation propre d'une personne et son engagement vers le changement ⁵⁶. Il est particulièrement adapté dans les situations où une personne est ambivalente face à un changement de comportement donné.

William R. Miller et Stephen Rollnick, psychologues et professeurs d'université aux États-Unis et au Royaume-Uni, définissent ainsi cette forme d'entretien qu'ils ont conceptualisée au cours des années 80 pour le traitement des dépendances à l'alcool.

L'efficacité de cette technique de communication dans le traitement de l'alcoolodépendance a été scientifiquement démontrée y compris avec des sessions de 15 à 20 minutes et des intervenants ayant une formation minimale. ^{57 58}

Elle est également utilisée dans d'autres addictions et pathologies médicales où la motivation du patient est primordiale.

Aucun des médecins interrogés n'a évoqué l'entretien motivationnel.

C) Autres suggestions d'amélioration proposées par les médecins

- Intégrer dans les logiciels une case concernant les habitudes de consommations d'alcool afin d'y penser de manière systématique dans l'interrogatoire de santé des nouveaux patients.
- Être informé des problèmes judiciaires en rapport avec un mésusage d'alcool. Lors de jugements prononcés par le Tribunal de Police, où un excès d'alcool est à l'origine de l'infraction, un avis pourrait être envoyé au médecin référent afin de mettre ce dernier

au courant. Ce n'est pas possible à l'heure actuelle mais cela pourrait être discuté. Le médecin généraliste aurait un rôle accru dans la prévention par des consultations spéciales qui viseraient à évaluer les consommations, informer des conséquences et assurer le suivi. L'intérêt serait double, pour le patient d'abord et aussi pour la société.

- Promouvoir le rôle du médecin généraliste dans la prévention avec la mise en place d'une consultation prévention par la sécurité sociale pour laquelle le patient recevrait un questionnaire à remplir avant la consultation

Une des suggestions qui n'a pas été faite par les médecins interrogés, mais qui apparaît dans la thèse de Marion Nguon réalisée en 2016 ⁵⁹ et qui nous paraît intéressante, est de mettre à disposition des patients une documentation sur la consommation d'alcool avec des auto-questionnaires en salle d'attente .

En effet un gain de temps au repérage pourrait être apporté en mettant en salle d'attente des prospectus afin que le patient commence à s'interroger sur sa consommation et à s'informer sur les notions de base.

Il pourrait permettre à certains patients d'initier le dialogue avec leur médecin.

L'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES), par exemple, fournit gratuitement (en commandant via leur site internet) un certain nombre de prospectus destinés aux patients ainsi que des affiches pouvant être installées en salle d'attente.

Aucun des médecins interrogés ne semblait en utiliser.

CONCLUSION

Cette étude qualitative permet d'appréhender la pratique des médecins généralistes de la région Occitanie vis-à-vis des patients ayant un mésusage de l'alcool. Elle met en évidence les facteurs qui, d'une part, paraissent compliquer et entraver leur démarche de dépistage et de suivi, et les facteurs qui, d'autre part, facilitent leur tâche. Après réflexion sur ce sujet complexe, des pistes d'amélioration ont été évoquées.

Les médecins généralistes reconnaissent l'importance de leur rôle. Ils déclarent ne pas avoir de difficulté à aborder le sujet de l'alcool mais constatent le faire moins facilement et systématiquement que pour le tabac. Ceci peut s'expliquer par la banalisation de l'alcool en France, par des seuils de toxicité mal définis, par des répercussions cliniques et biologiques tardives et sûrement par une carence en formation au repérage précoce et en intervention brève. Ils expriment un manque de savoir-faire en matière de prise en charge de cette problématique et délèguent très rapidement au réseau local d'addictologie lorsque ce dernier est connu.

Par ailleurs, ils ont beaucoup évoqué la notion de « temps passé » et « d'absence de résultats ». Leurs propositions sont de renforcer les campagnes de prévention, d'améliorer la formation au cours des études médicales sur les addictions en général, de proposer une consultation prévention via la sécurité sociale, de disposer d'une meilleure visibilité des réseaux et notamment des structures médico-sociales, de collaborer plus souvent en transversalité avec infirmières, psychologues et travailleurs sociaux au niveau local.

Nous avons été surpris du refus de participation à cette enquête d'un nombre important de médecins généralistes, prétextant un « désintérêt » pour le sujet ou déclarant « *ne pas suivre* » de patients ayant un mésusage de l'alcool.

D'autres ont évoqué un manque de temps, élément compréhensible compte tenu de la charge de travail en médecine générale.

Nous avons en outre constaté que le problème de l'alcool est pris en charge trop tardivement par les médecins.

Le médecin devrait s'intéresser d'avantage à la consommation d'alcool de ses patients et l'inscrire dans le dossier médical, au même titre que l'IMC, la tension artérielle ou la

consommation de tabac, cela lui permettrait d'optimiser son rôle préventif et d'éviter à un bon nombre de patients d'atteindre une consommation nocive ou de dépendance.

La sensibilité des médecins au problème de l'alcool m'est apparue insuffisante au regard de cet échantillon de travail. Des actions de formation répétées au RPIB au niveau local (via les réseaux, associations...) avec un rappel de son efficacité sont à préconiser ainsi qu'une meilleure information et visibilité des structures d'addictologie existant au niveau local (distribution d'annuaires d'alcoologie, réunions interprofessionnelles).

Pour ce faire, il faudrait aussi que les pouvoirs publics œuvrent dans ce sens, comme cela a été fait avec succès pour le tabac.

BIBLIOGRAPHIE

1. De Saint-Exupéry, A. *Le petit prince*. (1943).
2. Souvré, S. Dépistage des troubles liés à l'alcool, prise en charge et adressage vers une structure spécialisée: quelle place pour le médecin généraliste? (Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine, 2017).
3. Guérin, S., Laplanche, A., Dunant, A. & Hill, C. Alcohol-attributable mortality in France. *Eur. J. Public Health* **23**, 588–593 (2013).
4. Colette Ménard, F Baudier, N Voirin, C Drossen, P Ardwinson, A Gautier. La santé en chiffres: alcool. (2001).
5. Chiffres & statistiques. Available at: <https://www.addictaide.fr/chiffres-statistiques/>.
6. *Les politiques de lutte contre les consommations nocives d'alcool*. 262 (Cour des Comptes, 2016).
7. Alcool - Synthèse des connaissances - OFDT. (2017). Available at: <https://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/alcool/#sd>.
8. JB Richard, C Palle, R Guignard, V Nguyen-thanh, F Beck, P Ardwinson. La consommation d'alcool en France en 2014. (2015).
9. Gache, P. Repérage et diagnostic des malades de l'alcool. *Rev Prat* **49**, 375–378 (1999).
10. Mickael Naassila, Bertrand Nalpas. Alcool & Santé. (2016).
11. Stanislas Spilka, Olivier Le Nezet, Eric Janssen, Alex Brissot, Antoine Philippon, Jalpa Shah, Sandra Chyderiotis. Les drogues à 17 ans: analyse de l'enquête ESCAPAD 2017. *OFDT* (2018).
12. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (France). *Atlas des usages de substances psychoactives: 2010 : analyses régionales du Baromètresanté de l'Inpes*. (Éditions INPES, 2008).

13. A Beaumont, Inca Ruiz, Bernard Ledésert, Françoise Cayla, Christel Andrieu. Attitudes et comportements de santé - Baromètre Santé 2016 en Occitanie. (2017).
14. Santé Public France. Avis d'experts relatif à l'évolution du discours public en matière de consommation d'alcool en France. (2017).
15. Société Française d'Alcoologie. Mésusage de l'alcool, dépistage , diagnostic et traitement. Recommandatons de bonne pratique 2014.
16. Saint-Maurice, F. & Møller, L. Numéro thématique–L'alcool, toujours un facteur de risque majeur pour la santé en France Special issue–Alcohol remains a major risk factor for health in France.
17. Beral, V. *et al.* Alcohol, tobacco and breast cancer - collaborative reanalysis of individual data from 53 epidemiological studies, including 58515 women with breast cancer and 95067 women without the disease. *Br. J. Cancer* **87**, 1234–1245 (2002).
18. LoConte, N. K., Brewster, A. M., Kaur, J. S., Merrill, J. K. & Alberg, A. J. Alcohol and Cancer: A Statement of the American Society of Clinical Oncology. *J. Clin. Oncol. Off. J. Am. Soc. Clin. Oncol.* **36**, 83–93 (2018).
19. Schwarzingler, M. *et al.* Contribution of alcohol use disorders to the burden of dementia in France 2008–13: a nationwide retrospective cohort study. *Lancet Public Health* **3**, e124–e132 (2018).
20. Bates, M. E., Buckman, J. F. & Nguyen, T. T. A Role for Cognitive Rehabilitation in Increasing the Effectiveness of Treatment for Alcohol Use Disorders. *Neuropsychol. Rev.* **23**, 27–47 (2013).
21. Groupe de travail du Collège Professionnel des acteurs de l'Addictologie hospitalière. Troubles de l'usage de l'alcool et troubles cognitifs. **36**, (2014).
22. Richard Moreau. Maladie du foie : comprendre pour une meilleure prise en charge. (2013).

23. Netgen. Hypertension artérielle et consommation d'alcool. *Rev. Médicale Suisse* **2**, (2006).
24. Larsson, S. C., Wallin, A., Wolk, A. & Markus, H. S. Differing association of alcohol consumption with different stroke types: a systematic review and meta-analysis. *BMC Med.* **14**, 178 (2016).
25. Houchi, H., Pierrefiche, O., Naassila, M. & Daoust, M. Effets de l'alcoolisation pendant la grossesse. *Cah. Nutr. Diététique* **50**, 103–108 (2015).
26. Inpes - Actualités 2012 - Grossesse et alcool. Available at: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/30000/actus2012/028-grossesse-alcool.asp>.
27. Jean Adès, Michel Lejoyeux. Relations entre crise suicidaire et alcool. Available at: <http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/conf&rm/Conf/confsuicide/lejoyeux.html>.
28. *Liens entre alcool et violence- Conférence de presse.* (Direction générale de la santé, 2008).
29. Violences l'influence des drogues et de l'alcool, violences conjugales, femmes. En bref - Actualités - Vie-publique.fr. (2013). Available at: <http://www.vie-publique.fr/actualite/alaune/violences-influence-drogues-alcool-20130110.html>.
30. Bilan définitif de l'accidentalité routière 2016. *Sécurité routière | Tous responsables* Available at: <http://www.securite-routiere.gouv.fr/medias/espace-presse/publications-presse/bilan-definitif-de-l-accidentalite-routiere-2016>.
31. INSERM. Alcool : Dommages sociaux : Abus et dépendance. (2003).
32. Les mésusages d'alcool en dehors de la dépendance. Société Française d'Alcoologie. **23**, (2003).
33. Aubin, P. H.-J., Gillet, C. & Rigaud, A. Mésusage de l'alcool dépistage, diagnostic et traitement. *Alcoologie Addictologie* **37**, 5–84 (2015).
34. Philippe Castera. Cinq minutes pour convaincre. *Addictions* (2008).

35. *Circulaire du 12 octobre 2006 relative à la diffusion de la formation au repérage précoce et à l'intervention brève en alcoologie. Bulletin Officiel N°2006-11: Annonce N°34.*
36. Guide Méthodologique: rémunération sur objectifs de santé publique. (2016).
37. INPES. Alcool: Guide pratique pour le médecin. Dossier 'Alcool, ouvrons le dialogue'.
38. RTU baclofène : l'ANSM abaisse la posologie maximale, des spécialistes s'inquiètent pour les patients. VIDAL (2017).
39. Guillaume Suderie. Bilan: Les Centres de soin d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie d'Occitanie. (2017).
40. Valeurs et principes d'intervention | Réseau 34 Addictologie.
41. Paillé, P. & Mucchielli, A. *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales - 4e éd.* (Armand Colin, 2016).
42. Philippe Guilbert, Julliette Guillemont. INPES - Evaluation - Évaluation de la campagne de prévention alcool « Idées reçues ». (2011).
43. Gallois, P., Vallée, J.-P. & Le Noc, Y. Les mésusages de l'alcool: repérage et intervention brève en médecine générale. *Médecine* **2**, 302–306 (2006).
44. Garandel, J. Identification des facteurs qui influencent la prise en charge des patients faisant un mésusage de l'alcool en médecine générale: étude qualitative par entretiens semi-dirigés. (Université de Poitiers, 2017).
45. Phan, T.-T. & Yana, J. *Repérage par les médecins généralistes de la consommation à risque d'alcool: étude CARAPE.* (2018).
46. Goupil, M. & Cukier, P. *Les déterminants de la prescription de Baclofène par les médecins généralistes dans le traitement de la maladie alcoolique.* (2017).
47. Guillaume Airagnes. Les actualités de la Cohorte Constances. Available at: <http://www.constances.fr/actualites/2018/alcool-a-risque.php>.
48. Richard, J.-B. *et al.* Évocations.

49. Hours, H. État des lieux de la formation à l'entretien motivationnel durant le diplôme d'études spécialisées de médecine générale en France en 2016-2017. (Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil, 2017).
50. Plan national de santé publique : la prévention pour lutter contre les inégalités de santé. *Gouvernement.fr* Available at: <https://www.gouvernement.fr/plan-national-de-sante-publique-la-prevention-pour-lutter-contre-les-inegalites-de-sante>.
51. Stockwell, T. *et al.* Do “Moderate” Drinkers Have Reduced Mortality Risk? A Systematic Review and Meta-Analysis of Alcohol Consumption and All-Cause Mortality. *J. Stud. Alcohol Drugs* **77**, 185–198 (2016).
52. Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet* **0**, (2018).
53. Angela M Wood, Stephen Kaptoge,. Risk thresholds for alcohol consumption: combined analysis of individual-participant data for 599 912 current drinkers in 83 prospective studies - The Lancet. *The Lancet Public Health* (2018).
54. Michel Naudet. Prévention, dépistage et prise en charge précoce du problème d'alcool en médecine générale: essai d'analyse d'un déni collectif.
55. Sabatier, L. Formation de médecins généralistes au Repérage Précoce et Intervention Brève (RPIB) en Languedoc-Roussillon: impact sur leurs perceptions et attitudes. (Université de Montpellier. Faculté de médecine, 2015).
56. Miller, W. R. & Rollnick, S. *L'entretien motivationnel - 2e éd.: Aider la personne à engager le changement*. (InterEditions, 2013).
57. VanBuskirk, K. A. & Wetherell, J. L. Motivational Interviewing Used in Primary Care A Systematic Review and Meta-analysis. *J. Behav. Med.* **37**, 768–780 (2014).
58. Smedslund, Hammerstrom, Steiro, Berg, Leiknes, Dahl, Karlsen. L'entretien motivationnel est une psychothérapie brève qui peut aider les personnes à réduire leur consommation de drogues et d'alcool | Cochrane. (2011).

59. Nguon, M. & Roose, C. *Le patient alcoolique: entre représentation médicale et prise en charge : enquête auprès des médecins généralistes de Picardie*. (Université de Picardie, 2016).

ANNEXES

Annexe 1 : Critères d'usage nocif et dépendance à une substance psychoactive selon la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes de l'OMS, 10^e révision (CIM-10)

- Définition de l'usage nocif de la CIM-10

L'utilisation nocive pour la santé (CIM-10) correspond à un mode de consommation d'une substance psychoactive qui est préjudiciable à la santé.

Les complications peuvent être physiques ou psychiques.

Le diagnostic repose sur des preuves manifestes que l'utilisation d'une ou de plusieurs substances a entraîné des troubles psychologiques ou physiques.

Ce mode de consommation donne souvent lieu à des critiques et souvent des conséquences sociales négatives. La désapprobation par autrui, ou par l'environnement culturel, et les conséquences sociales négatives ne suffisent toutefois pas pour faire le diagnostic.

On ne fait pas ce diagnostic quand le sujet présente un syndrome de dépendance, un trouble spécifique lié à l'utilisation d'alcool ou d'autres substances psychoactives.

L'abus de substances psychoactives est caractérisé par une consommation qui donne lieu à des dommages dans les domaines somatiques, psychoaffectifs ou sociaux mais cette définition ne fait pas référence au caractère licite ou illicite des produits.

- Critères de dépendance de la CIM-10

Le syndrome de dépendance, selon la CIM-10, consiste en un ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques dans lesquels l'utilisation d'une substance psychoactive spécifique ou d'une catégorie de substances entraîne un désinvestissement progressif vis-à-vis des autres activités. La caractéristique essentielle du syndrome de dépendance correspond à un désir (souvent puissant, parfois compulsif) de boire de l'alcool, de fumer du tabac ou de prendre une autre substance psychoactive (y compris un médicament prescrit). Au cours des rechutes, c'est-à-dire après une période d'abstinence, le syndrome de dépendance peut se réinstaller beaucoup plus rapidement qu'initialement.

Pour un diagnostic de certitude, au moins trois des manifestations suivantes doivent habituellement avoir été présentes en même temps au cours de la dernière année :

1. désir puissant ou compulsif d'utiliser une substance psychoactive ;
2. difficultés à contrôler l'utilisation de la substance (début ou interruption de la consommation ou niveaux d'utilisation) ;
3. syndrome de sevrage physiologique quand le sujet diminue ou arrête la consommation d'une substance psychoactive, comme en témoignent la survenue d'un syndrome de sevrage caractéristique de la substance ou l'utilisation de la même substance (ou d'une substance apparentée) pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage ;
4. mise en évidence d'une tolérance aux effets de la substance psychoactive : le sujet a besoin d'une quantité plus importante de la substance pour obtenir l'effet désiré ;
5. abandon progressif d'autres sources de plaisir et d'intérêts au profit de l'utilisation de la substance psychoactive, et augmentation du temps passé à se procurer la substance, la consommer, ou récupérer de ses effets ;
6. poursuite de la consommation de la substance malgré la survenue de conséquences manifestement nocives. On doit s'efforcer de préciser si le sujet était au courant, ou s'il aurait dû être au courant, de la nature et de la gravité des conséquences nocives.

Annexe 2 : Définition d'un trouble de l'usage de l'alcool selon le DSM-V

La façon d'utiliser l'alcool, menant à des dysfonctionnements cliniquement significatifs ou à de la détresse psychique, se manifeste par au moins deux des critères suivants, durant les 12 derniers mois :

1. L'alcool est souvent consommé en quantité supérieure ou plus longtemps que prévu
2. Il existe un désir persistant ou des efforts infructueux de diminuer ou de contrôler l'usage de l'alcool
3. Beaucoup de temps est passé dans des activités nécessaires à obtenir de l'alcool, à consommer de l'alcool ou à récupérer de ses effets
4. Il existe un craving, un fort désir ou une urgence à consommer de l'alcool
5. Un usage récurrent d'alcool résultant en l'impossibilité d'assumer ses obligations majeures au travail, à l'école ou au domicile
6. L'usage d'alcool se poursuit malgré la survenue de problèmes récurrents et persistants sociaux ou interpersonnels causés ou exacerbés par l'alcool
7. Les activités sociales, occupationnelles importantes ou récréatives sont abandonnées ou réduites à cause de l'usage d'alcool
8. L'usage récurrent d'alcool dans des situations à risques physiques
9. L'usage d'alcool est maintenu malgré le fait d'être au courant de problèmes persistants et récurrents, physiques ou psychologiques, qui sont probablement causés ou exacerbés par l'alcool
10. La tolérance, définie comme l'un des critères suivants :
 - a. Un besoin marqué d'augmenter les quantités d'alcool pour parvenir à l'intoxication ou aux effets désirés
 - b. Des effets diminués significativement avec l'usage continu de la même quantité d'alcool
11. Le sevrage, manifesté par l'un des critères suivants :
 - a. Les caractéristiques des syndromes de manque d'alcool (mentionnés)
 - b. De l'alcool (ou une substance similaire telle les benzodiazépines) est consommé pour soulager ou éviter des symptômes de sevrage

Degré de sévérité : léger : présence de 2-3 symptômes ; modéré : présence de 4-5 symptômes ; sévère : présence de 6 symptômes ou davantage.

Traduit de l'American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed. Washington, DC : American Psychiatric Association ; 2013. 947 p.

Annexe 3 : GUIDE D'ENTRETIEN

Bonjour, je suis médecin généraliste remplaçante dans la région.

Pour mon travail de thèse, je m'intéresse au thème du dépistage et de la prise en charge du mésusage d'alcool en médecine générale. L'objectif est d'analyser le ressenti, les difficultés et facteurs facilitant le dépistage et la prise en charge du mésusage d'alcool pour le médecin généraliste, et dans un second temps de dégager des pistes d'amélioration.

L'entretien restera anonyme et sera enregistré par dictaphone si vous n'y voyez pas d'inconvénient.

- 1) Présentation (âge, sexe, zone d'activité, durée d'installation, formations complémentaires notamment en addictologie)
- 2) Dans votre patientèle, suivez vous beaucoup de patients ayant un trouble de l'usage de l'alcool ?
- 3) Quel rôle a pour vous le médecin généraliste dans le dépistage et la prise en charge des problèmes d'alcool ?
- 4) Comment cela se passe en pratique le dépistage de vos patients concernant la consommation d'alcool ?
Relances : qui aborde le sujet, difficultés et facteurs facilitant, utilisation de questionnaire, il y a-t-il des situations plus difficiles que d'autres ?
- 5) Comment prenez vous en charge vos patients ? quelles difficultés rencontrez-vous au cabinet dans la prise en charge des patients alcoolo dépendants ? facteurs facilitant ? quelle thérapeutique ? abord du sevrage ?
- 6) Faites vous partie d'un réseau de soin ? Quelles sont les structures / intervenants que vous contactez, à quel moment et comment ? les connaissez vous (csapa, association de patients ...)
- 7) Qu'est ce qui vous permettrait d'améliorer le dépistage ? la prise en charge ? qu'est ce qui pourrait vous aider ?

Annexe 4 : Milieu Associatif, Languedoc Roussillon

La croix bleue

Montpellier 19, rue Lallemand

*JEANNINE CRUZ

Tel : 04.67.53.77.34

Courriel : jeannine.cruz@free.fr

*DENIS GROSLAMBERT

Tel : 06.31.97.55.58

Courriel : gros Lambert.denis@orange.fr

Nîmes 7,rue Antoine Delon

*FABIENNE DESCAMPS

. Tel : 06 46 05 22 09

. Courriel : croixbleuenimes@outlook.fr

Permanences à l'infirmierie des Arènes de Codognan 30920. Contact : 06 09 09 40 65

Groupe de parole au CCA de Nîmes 11 rue Brunswick : Tel 04.66.84.14.43

Alcooliques Anonymes

Ligne ouverte 24h/24 tenu par bénévoles : 09 69 39 40 20 (non surtaxé)

1) Réunions entre patients

-Hérault :

*Béziers : Camille Claudel, 2 rue Robert Rivetti (mercredi)

*Béziers : Margueritte, rue Jeanne Jugan (vendredi)

*Agde : 22 rue Hoche (mardi)

*Montpellier : Ma maison et Espoir, 39 rue François d'Orbay (lundi-mercredi, vendredi)

-Gard :

*Nîmes, 1 place de l'Ecluse (mardi)

*Uzès Francophone/Anglophone, 1 place du Duché (mercredi)

-Aude :

*Narbonne : Tramontane, av. Dr Paul Pompidor (samedi)

*Carcassonne , La joie de vivre, 87 rue de la liberté (lundi)

*Carcassonne, Carca 12 étapes, 87 rue de la liberté (mardi)

-Pyrénées-Orientales

*Le Barcarès, 1 rue Surcouf, (mercredi)

*Perpignan, 11 rue du Vilar (vendredi)

*Thuir, boulevard Marceau (lundi)

2)-Al-anon (groupe de parole pour les proches), Languedoc Roussillon , Contact : 04.67.34.05.22

BEZIERS 34500

AL-ANON BEZIERS

Maison de la vie associative

2 rue Jeanne Jugan, boîte N° 49

Réunion : vendredi à 19h30

MONTPELLIER 34080

AL-ANON MONTPELLIER-CELLENEUVE

Local associatif Simone de Beauvoir – Quartier Celleneuve

39, rue François d’Orbay

Réunion : jeudi à 20h15

Contact du groupe : tél. 07 69 62 36 51

NARBONNE 11100

AL-ANON NARBONNE « St Jean St Pierre »

Quartier St Jean St Pierre

2, rue de l’Orbieu

Réunion : samedi à 14h30

NIMES 30000

AL-ANON NIMES « Espoir »

1, place de l’Ecluse

Réunion : mercredi à 20h30

PERPIGNAN 66100

AL-ANON PERPIGNAN

Moulin à Vent – Centre de loisirs

Rue du Vilar

Réunion : vendredi à 20h30

THUIR 66300

AL-ANON THUIR » Le maillon »
Centre culturel Ecole de Musique
Place du Vieux Moulin
Réunion : lundi à 20h30

Alcool Assistance de l'Hérault

06 87 09 10 76, permanences à la maison prévention santé et à la clinique Rech, Montpellier

ALP 34

Aide aux malades de l'alcool et à l'entourage, 06 63 83 10 27, www.alp34.com

Annexe 5 : CSAPA - ANPAA Languedoc-Roussillon

11-AUDE (5)

- CSAPA Intermede Castelnaudary, Castelnaudary (11400)
- CSAPA Intermede Limoux, Limoux (11300)
- CSAPA ANPAA 11 Narbonne, Narbonne (11100)
- CSAPA AID11 Carcassonne, Carcassonne (11100)
- CSAPA CH Carcassonne, Carcassonne (11010)

30-GARD (6)

- CSAPA CHU Nimes L'Envol, Nimes (30900)
- CSAPA LOGOS Association Pour Prévention et Soins en Addictologie, Nimes (30900)
- CSAPA ANPAA 30 Décentralisé du Gard, Nimes (30900)
- CSAPA LE Mas Saint Gilles et service Les Capitelles, Saint Gilles (30800)
- CSAPA APSA 30, Ales (30100)
- CSAPA La Draille Vigan Inter'Aide Le Vigan, Le Vigan (30120)

34-HERAULT (8)

- CSAPA Episode Béziers, Béziers (34500)
- Centre de soins spécialisé aux toxicomanes Arc en Ciel Lunel, Lunel (34400)
- CSAPA Arc en Ciel, Sete (34200)
- CSAPA ENTRACTE , Castelnau le lez (34170)
- CSAPA ANPAA 34, Montpellier (34080)
- CSAPA Unité Traitement de Toxicodépendances CHU Montpellier, Montpellier (34295)
- CTR (Centre Thérapeutique Résidentiel), Lattes (34970)
- CSAPA Arc en Ciel Montpellier, Montpellier (34000)

48- LOZERE (1)

- CSAPA MENDE, Mende (48000)

66- PYRENEES-ORIENTALES (4)

- CSAPA Ambulatoire, Perpignan (66000)
- Chambre externalisée La Tuilerie, Perpignan (66000)
- Centre de cure CCAA Perpignan, Perpignan (66100)
- Centre Post Cure pour Toxicomanes , Toulouges (66350)

Annexe 6 : Outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève (Haute Autorité de Santé) distribué aux médecins



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève ALCOOL, CANNABIS, TABAC CHEZ L'ADULTE

Alcool, tabac et cannabis sont les 3 substances psychoactives les plus consommées en France.

REPÉRAGE PRÉCOCE



| Substance | Questions | Consommation à risque | Action en cas de consommation à risque | Action en cas d'absence de consommation à risque |
|---|--|--|--|---|
|  <i>quantité et fréquence</i> | Combien de verres standard par jour et par semaine ? | ♂ > 3 verres standard /jour, soit > 21 verres standard /semaine ♀ > 2 verres standard /jour, soit > 14 verres standard /semaine | Évaluation du risque |  Renforcement des conduites favorables à la santé Voir cas particuliers |
| | Combien de verres standard par occasion ? | ♂ > 4 verres standard par occasion (soirée, fête, repas) | | |
|  | Fumez-vous du cannabis ? | Oui | | |
|  | Fumez-vous du tabac ? | Oui | | |

À quelle fréquence repérer ?

- Au moins une fois par an si possible, et/ou à un moment opportun (tout changement bio-psychosocial).
- En cas de **risque situationnel** : grossesse, précarité, conduite de véhicules, poste de sécurité, conditions de stress psychosocial (échec scolaire, examens, changement de travail, retraite, divorce, deuil, etc.).

Plus les consommations sont précoces, intenses, régulières, multiples et en solitaire et plus le risque de dommages augmente. De nombreux outils spécifiques sont disponibles sur les sites de l'Inpes et de la Fédération Addiction.

REPÉRAGE PRÉCOCE



Questionnaire FACE (Formule pour approcher la consommation d'alcool par entretien)

- 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 à 3 fois par semaine = 3 ; Quatre fois par semaine ou plus = 4 ; **Score :**
- Combien de verres standard buvez-vous, les jours où vous buvez de l'alcool ?
1 ou 2 = 0 ; 3 ou 4 = 1 ; 5 ou 6 = 2 ; 7 à 9 = 3 ; 10 ou plus = 4 ; **Score :**
- Est-ce que votre entourage vous a fait des remarques concernant votre consommation d'alcool ?
Non = 0 ; Oui = 4 ; **Score :**
- Vous est-il arrivé de consommer de l'alcool le matin pour vous sentir en forme ?
Non = 0 ; Oui = 4 ; **Score :**
- 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 ; **Score :**

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**

Pratiques à risque majorant les dommages

- Consommation épisodique massive (*binge drinking*, biture expresse, ivresse aiguë) : à partir de 6 verres standard (soit 60g d'alcool) par occasion.
- Association avec le cannabis ou d'autres substances psychoactives.

Zéro alcool chez la femme dès le projet de grossesse

Inpes.fr



Verre standard = 10 grammes d'alcool pur soit :
 10 cl de vin à 12°, 25 cl de boissons à 5° (bière, sodas alcoolisés [alcopops-prémix]), 7 cl de vin cuit à 18°, 3 cl d'alcool à 40° (whisky, pastis ou digestif).

Situations particulières entraînant une majoration du risque de dommages

- Toute consommation pendant la grossesse est à risque.
- Risque fœtal lié à la consommation d'alcool chez les femmes jeunes.
- Toute consommation régulière d'alcool en dessous de 25 ans est à risque.
- Interactions alcool-médicaments.
- Maladies chroniques et précautions par rapport à l'alcool.
- Consommation d'alcool par les patients âgés, affectés de troubles psychiatriques ou prenant des médicaments psychotropes.



Questionnaire CAST (Cannabis Abuse Screening Test)

1. Avez-vous déjà fumé du cannabis avant midi ?
2. Avez-vous déjà fumé du cannabis lorsque vous étiez seul(e) ?
3. Avez-vous déjà eu des problèmes de mémoire quand vous fumez du cannabis ?
4. Des amis ou des membres de votre famille vous ont-ils déjà dit que vous devriez réduire votre consommation de cannabis ?
5. Avez-vous déjà essayé de réduire ou d'arrêter votre consommation de cannabis sans y parvenir ?
6. Avez-vous déjà eu des problèmes à cause de votre consommation de cannabis (dispute, bagarre, accident, mauvais résultat à l'école...) ?

Une réponse positive : information minimale sur les risques
 Deux réponses positives au test doivent amener à s'interroger sérieusement sur les conséquences de la consommation : intervention brève.
 Trois réponses positives ou plus doivent amener à proposer une consultation d'addictologie.



Questionnaire tabac « Fumez-vous du tabac ? »

Conseil d'arrêt

« Voulez-vous un dépliant/brochure, ou l'adresse d'un site concernant les risques de la consommation de tabac, les bénéfices de l'arrêt et les méthodes de sevrage ? »

Proposer un accompagnement

« Avez-vous déjà envisagé d'arrêter de fumer ? »

« Voulez-vous qu'on prenne le temps d'en parler dans une prochaine consultation ? »

SI OUI

SI NON

« Avez-vous déjà fumé ? »

Si non, le patient n'a jamais fumé.

Si oui :

- « pendant combien de temps ? »
- « depuis quand avez-vous arrêté ? »



REPÉRAGE PRÉCOCE



Intervention brève concernant la réduction ou l'arrêt de consommation de substance(s) psychoactive(s)

- Restituer les résultats des questionnaires de consommation.
- Informer sur les risques concernant la consommation de substance.
- 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...



→ Adopter une posture partenariale favorisant la confiance et les échanges (alliance thérapeutique).

→ Échanger avec le consommateur sur sa motivation, sa confiance dans la réussite de réduction ou d'arrêt de sa consommation et déterminer si c'est le bon moment, grâce à 3 échelles sur lesquelles il va se situer.

Motivation pour réduire ou arrêter sa consommation de substance psychoactive



Le bon moment pour réduire ou arrêter sa consommation de substance psychoactive



Confiance dans la réussite du projet de réduire ou arrêter sa consommation de substance psychoactive



REPÉRAGE PRÉCOCE



Accompagnement des consommateurs

Les professionnels de santé accompagnent les consommateurs de manière durable, afin de favoriser la réduction ou l'arrêt de consommation à long terme.

- Ils soutiennent l'effort de réduction des risques de dommages physiques, psychiques ou sociaux, dans une relation partenariale de confiance et d'échange.
- Ils soutiennent l'abstinence ou la modération et renforcent les autres conduites favorables à la santé (alimentation, exercice physique, etc.)
- En cas de reprise de la consommation, de survenue de dommages ou de dépendance, une consultation de type entretien motivationnel ou le recours à une consultation d'addictologie sont proposées.

→ La notion d'essai dans un changement de comportement est fondamentale pour ne pas attribuer l'échec au patient mais à des circonstances.

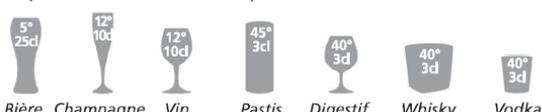
→ La rechute est davantage la règle que l'exception et chaque rechute rapproche le thérapeute et le patient du succès consolidé.



Annexe 7 : Recommandation de bonne pratique en médecine générale, SFA

Mésusage de l'alcool : dépistage, diagnostic et traitement

Memento pratique pour la médecine générale – 1

| Je connais les seuils à risque | Je sais expliquer le verre-standard |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Jamais plus de 4 verres par occasion pour l'usage ponctuel. • Pas plus de 21 verres/semaine pour l'usage régulier chez l'homme. • Pas plus de 14 verres/semaine chez la femme. | <p>Un verre-standard est défini par une quantité d'alcool pur de 10 grammes correspondant approximativement à 10 cl de vin, 25 cl de bière à 5 % vol, ou 3 cl d'alcool à 40 % vol.</p>  |
| Équivalences de conditionnements – verres-standard | |
|  | |

Je reconnais un mésusage de l'alcool

Usage à risque :

- dépassement des seuils de manière ponctuelle ou régulière, sans dommage somatique, psychique ou social pour l'instant ;
- consommation en dessous des seuils, mais dans des situations particulières à risque (mineur, grossesse, personne âgée, conduite de véhicule, médicaments ou pathologies incompatibles, activité professionnelle ou sportive...).

Usage nocif : dommages somatiques, psychiques ou sociaux, mais sans éléments en faveur d'une dépendance.

Dépendance : désir puissant de consommer, perte de contrôle de la consommation, ou poursuite de la consommation dans des situations dangereuses.

| J'ose en parler | Je repère quand ? |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • J'adopte un style d'entretien empathique. • Je demande la permission au patient de discuter de sa consommation d'alcool. • J'explore l'ambivalence en interrogeant sur les aspects positifs et négatifs de la consommation. • J'évalue la consommation déclarée d'alcool, par exemple avec l'AUDIT-C. | <ul style="list-style-type: none"> • Examen systématique et régulier. • Dommages en lien possible avec l'alcool. • En cas de grossesse (ou désir de grossesse). • En cas d'exposition/vulnérabilité (adolescence, grand âge, précarité, problèmes psychiatriques ou autres addictions). • Pathologies résistantes aux traitements. • Médicaments incompatibles avec l'alcool. • Tout changement négatif sur le plan somatique, psychique ou social. |

J'évalue périodiquement la consommation d'alcool (AUDIT-C)

Sur l'année écoulée (nombre de points attribués entre parenthèses) :

• **Combien de fois vous arrive-t-il de consommer de l'alcool ?**

Jamais (0) 1 fois par mois (1) 2 à 4 fois par mois (2)

2 à 3 fois par semaine (3) 4 fois ou plus par semaine (4)

• **Combien de verres-standard 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, combien de fois vous arrive-t-il de boire 6 verres-standard ou plus ?**

Jamais (0) Moins de 1 fois par mois (1) 1 fois par mois (2)

1 fois par semaine (3) Chaque jour ou presque (4)

➔ **Mésusage probable** : score ≥ 4 chez l'homme et ≥ 3 chez la femme.

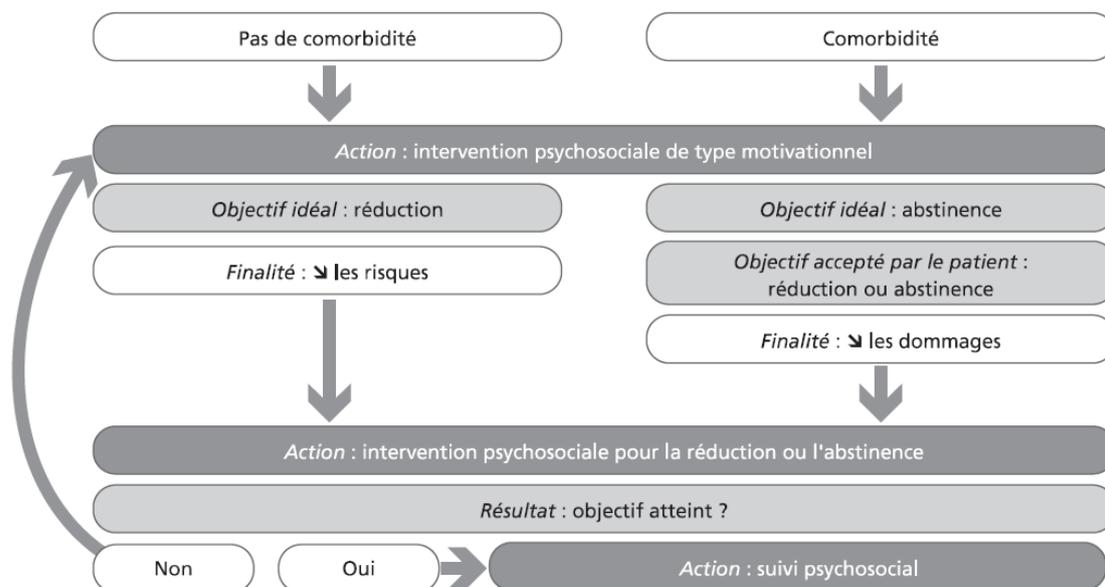
➔ **Dépendance probable** : score ≥ 10 quel que soit le sexe.

Memento pratique pour la médecine générale – 2

Quel que soit le score AUDIT-C, j'évalue la consommation moyenne quotidienne d'alcool (CDA) ; je recherche des comorbidités

- Autres troubles d'usage de substances et addictions comportementales.
- Pathologies somatiques en lien avec l'alcool (maladies du foie, cancers, HTA...).
- Pathologies psychiatriques.
- Problèmes sociaux.

AUDIT-C \geq 4 (homme) ou \geq 3 (femme) et $<$ 10



Les interventions psychosociales sont de ma compétence

Éléments motivationnels

- Consommation : mettre l'accent sur le choix personnel.
- Se focaliser sur les préoccupations du patient.
- Valoriser les réussites et les petits succès.
- On peut exprimer son inquiétude sur l'état de santé et le relier à la consommation d'alcool.
- Éviter d'étiqueter le patient (avec un diagnostic stigmatisant).
- Éviter de forcer la résistance du patient.

Réduction de la consommation

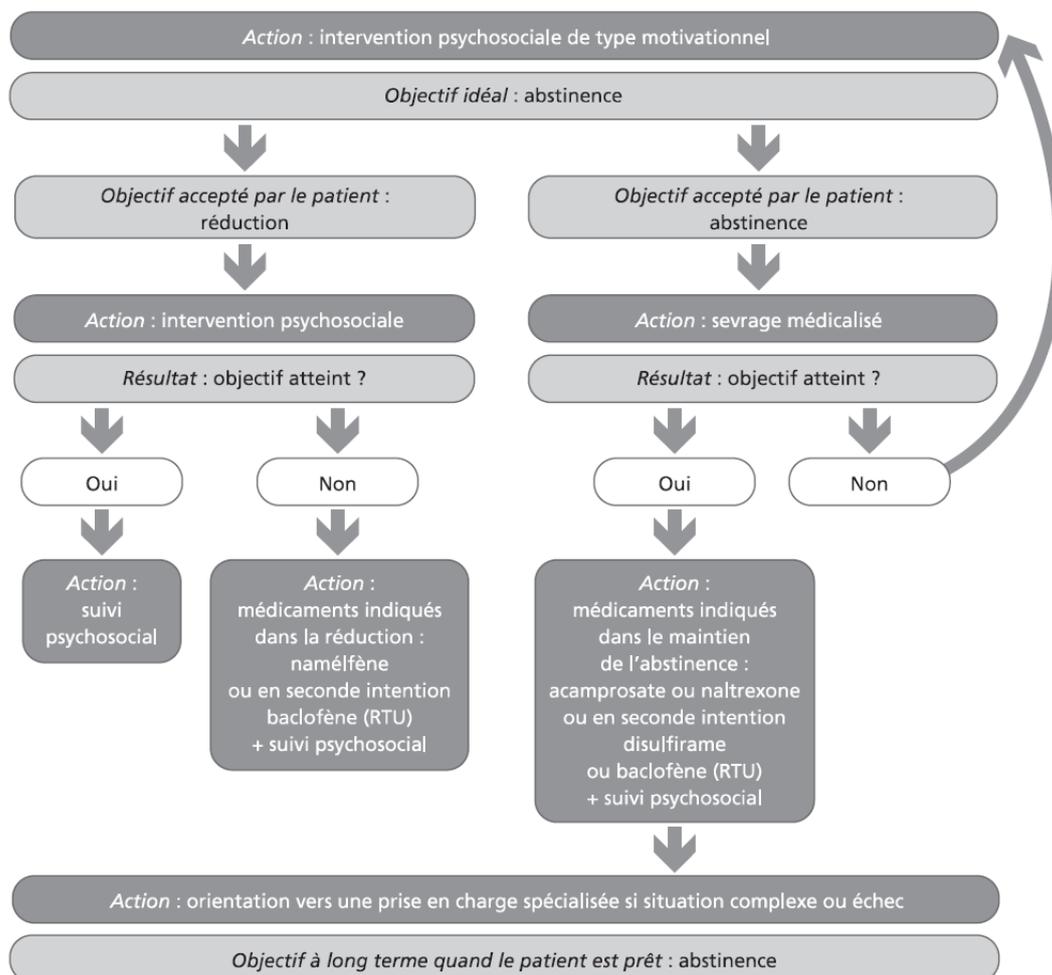
- Insister sur la tenue d'un agenda de consommation.
- Définir ensemble un objectif de consommation.
- Pointer positivement chaque succès.
- Encourager la recherche de stratégies concrètes pour résoudre les difficultés résiduelles.

Maintien de l'abstinence

- Pointer positivement chaque succès.
- Rechercher et pointer les bénéfices liés à l'abstinence (santé, social).
- Encourager la recherche de stratégies concrètes pour gérer les envies de boire.
- Valoriser l'entourage soutenant, orienter vers une association d'entraide.

Memento pratique pour la médecine générale – 3

AUDIT-C \geq 10



Je sais identifier, prévenir et traiter un syndrome de sevrage d'alcool

Des signes qui m'alertent

- Anxiété
- Tremblement
- Sudation
- Agitation
- Accélération du pouls
- Augmentation de la pression artérielle

J'accompagne le sevrage

Le plus souvent :

- les sevrages antérieurs n'ont pas montré de signes de manque ;
- le patient est vu au début du sevrage et ne présente pas de syndrome de sevrage.

→ Simple surveillance sans médicament.

Si risque de syndrome de sevrage :

- Benzodiazépines en première intention.

Memento pratique pour la médecine générale – 4

Je connais les indications d'un sevrage résidentiel

- Delirium ou crises comitiales au moment de l'évaluation ou dans les antécédents.
- Consommation associée de substances psychoactives à doses élevées, notamment prises quotidiennes, anciennes et à fortes doses de benzodiazépines.
- Importance du syndrome de sevrage, échec de sevrages ambulatoires itératifs.
- Comorbidités sévères ou instables, fragilité liée à l'âge.
- Demande pressante de l'entourage, faible soutien social, situation sociale précaire.
- Grossesse.

Je sais prescrire en première intention

- Vitamine B1, 500 mg par jour durant 1 à 3 semaines, selon l'intensité du mésusage.

Pour un sevrage ambulatoire

Cibler la plus petite dose efficace de benzodiazépines, sur la plus courte durée.

À titre d'exemple

Valium® 10 (diazépam) :

- 1-1-1-1 les 1^{er} et 2^e jours d'arrêt de l'alcool.
- 1-1-1 le 3^e jour.
- 1-0-1 le 4^e jour.
- 0-0-1 le 5^e jour. – 1 boîte –

Rester à la maison les 2 premiers jours.

Pas de conduite de véhicule durant le traitement.

Envisager un arrêt de travail et revoir rapidement pour adapter la posologie selon les symptômes de sevrage ou la sédation.

Pour un objectif de réduction

Selincro® (nalméfène) :

- 1 comprimé tous les jours où vous pensez être exposé au risque de boire.
- À prendre idéalement 2 heures avant le moment du risque de boire, ou dès le matin.
– 1 boîte –

Revoir dans 1 semaine, puis 15 jours, puis 1 fois/mois minimum, au moins 6 mois.

Prescription après un essai de réduction infructueux de 15 jours, sans médicament.

Pour un maintien de l'abstinence

Revia® (naltrexone) : 1 comprimé le matin
– 1 boîte de 28 comprimés, renouvelable –

Dans tous les cas, revoir le patient au moins 1 fois/mois. Traitement pour 3 mois.

Respecter les recommandations de l'AMM, notamment les contre-indications, comme par exemple les opiacés (analgésiques ou substitution) avec la naltrexone et le nalméfène et surveiller la survenue de signes de sevrage ou d'effets secondaires, afin de les contrôler.

Aotal® (acamprosate) : 2 comprimés matin-midi-soir
– 1 boîte de 180 comprimés, renouvelable –

Dans tous les cas, revoir le patient au moins 1 fois/mois. Traitement pour 1 an.

Je sais prescrire en deuxième intention

Espéral® (disulfirame) dans le maintien de l'abstinence : 0,5 à 1 comprimé le matin. Ne jamais associer à l'alcool. Traitement pour un mois renouvelable. Revoir le patient tous les mois.

Badofène dans le maintien de l'abstinence ou la réduction de la consommation :

- Aller sur le site de la recommandation temporaire d'utilisation (RTU : <https://www.rtabadofene.org>) et inscrire le patient, comme ceci est **obligatoire**.
- Bien suivre les recommandations du site et rédiger une ordonnance pour 1 mois de traitement maximum, portant la mention "Prescription hors AMM".
- Remettre au patient l'attestation mensuelle de traitement, imprimable depuis le portail.
- Commencer par un 0,5 comprimé de badofène 10 mg trois fois par jour pendant 2 à 3 jours, puis 0,5-0,5-1 (2-3 jours), puis 0,5-1-1 (2-3 jours), puis 1-1-1 (2-3 jours), puis augmenter de 1 comprimé tous les 3 jours jusqu'à apparition de l'effet du badofène.
- À partir de la dose de 120 mg/jour, le prescripteur doit solliciter l'avis d'un médecin expérimenté dans la prise en charge de l'alcool-dépendance.
- En cas d'arrêt de traitement, celui-ci devra être progressif (en 1 à 4 semaines, par paliers par exemple de 10 ou 15 mg tous les 2 jours).

Annexe 8 : Réseau 34 – Mémo adresses utiles distribué aux médecins



MEMO ADRESSES UTILES

ADALIS (Addictions Drogues Alcool Info Service) 0 800 23 13 13

| Points Ecoute Parents/Jeunes | | Point Accueil Ecoute Jeunes et familles |
|--|--|--|
| Point Accueil Ecoute Jeunes (PAEJ) Association Episode | 04 67 76 80 75 | 5, rue Denfert-Rochereau - 34500 Béziers Espace Jeunes Agathois - 2, quai des chantiers à Agde CCAS Espace Mirabel - r. d'Alsace Lorraine - 34300 Agde 2, rue François Curée - 34120 Pézenas |
| Point Ecoute Parents Adolescents (PEPA) | 04 67 60 86 46 04 67 60 86 46 04 67 70.10.25 04 67 12 05 83 04 67 60 86 46 | 18, rue Terral - 34000 Montpellier Espace Jeunes 30, av. de l'Etang du Grec 34250 Palavas Mljam - 15, av. de la Cave Coopérative - 34160 Castries Pôle jeunesse - 19, bd Etienne d'Orves - 34130 Mauguio Place du 1 ^{er} octobre 1974 - 34280 La Grande Motte |
| Espace Santé Jeunes (ESJ) | 04 67 88 44 70 | 16, avenue Maréchal Foch - 34800 Clermont-l'Hérault |
| Espace Santé | 04 67 87 71 90 | Hôpital de Lunel - 14, pl. de la République - 34400 Lunel |
| LE ZINC | 04 99 23 45 04 | 23, boulevard Pasteur - 34000 Montpellier |
| Point Accueil Ecoute Jeunes (PAEJ) La Ligue de l'Enseignement | 04 67 24 50 80 | Maison de la solidarité - 1 av., de Caux - 34320 Roujan Agence Solidarité Départementale - Murviel-Lès-Béziers MLI + Agence Solidarité Départementale - Bédarieux Maison des loisirs - St Pons de Thomières Agence technique du Conseil Départemental - Olonzac Mairie - Le Bousquet d'Orb Point Information Jeunesse + Agence Solidarité Départementale Capestang |

| Consultations Jeunes Consommateurs | | CJC Consultations Jeunes Consommateurs |
|---|---------------------------------|---|
| ANPAA 34 | 04 99 77 10 77 | 59, av. de Fès - Résidence Henri Bertin-Sans - Bât C quartier Malbosc - 34080 Montpellier Maison des Ados - 9, r. de la République - 34000 Mtp Espace Santé Jeunes : Av. D' J. Maury - 34700 Lodève 5, av. Maréchal Foch - 34800 Clermont l'Hérault Parc d'activité de Camalcé - 34150 Gignac |
| CHRU de Nîmes Pavillon 3ter Service Addictologie | 04 66 68 42 75 | Pl. du Pr. Robert Debré 30029 Nîmes Cedex 9 |
| Episode | 04 67 76 18 38 | PAEJ - 5 rue Denfert-Rochereau - 34500 Béziers |
| Le Zinc | 04 99 23 45 04 | 23, bd Pasteur - 34000 Montpellier |
| Logos (APSA 30) | 04.66.21.07.89 | 8, rue Tedenat - 30000 Nîmes Immeuble l'Uzétia - Pl. des Cordeliers - 30700 Uzès 1, rue de la Poterie - 30250 Sommières |
| PEPA | 04 67 60 86 46 | 18, rue Terral - 34000 Montpellier |
| UTTD (Unité de Traitement des Toxicodépendances) | 04 67 33 69 13 (le mercredi) | Centre Charles Flahault Impasse Valteline - 34000 Montpellier |

Réseau 34 Addictologie

Mémo

Actualisé le 28 juillet 2016

Consultation tabacologie – Aide à l'arrêt du tabac

| | | |
|--|----------------------------------|--|
| ANPAA 34 | 04 99 77 10 77 | 59, av. de Fès - Résidence Henri Bertin-Sans - Bât C quartier Malbosc- 34080 Montpellier |
| Hôpital Arnaud de Villeneuve Consultation tabacologie | 04 67 33 61 18 04 67 33 60 96 | Département de Pneumologie et Addictologie 37, av. du Doyen Gaston Giraud 34000 Montpellier |
| D ^r Dacal Hélène | 06 68 06 17 43 | 133, r. de la Tour - ZAE La Tour du Lauzard - 34980 Saint-Gély-du-Fesc |
| D ^r Serrou Bernard Clinique du Parc | 04 67 33 17 00 | 50, rue Emile Combes 34170 Castelnau-le-Lez |
| D ^r Stoebner Anne | 04 67 61 30 00 | 208, av. des Apothicaires - 34298 Montpellier Cx 5 Institut Régional du Cancer Montpellier (ICM) - Val d'Aurelle - Tabacologie Addictologie |

Consultations jeux excessifs

| | | |
|---|----------------|--|
| ANPAA 30 | 04.66.91.08.75 | 19, avenue Jules Guesde – 30100 Alès |
| | 04.66.33.05.74 | 2, place Urbain Richard – 30200 Bagnols-sur-Cèze |
| | 04.66.29.25.13 | 60, rue André Siegfried – 30000 Nîmes |
| | 04.66.71.42.54 | 298, rue Carnot – 30600 Vauvert |
| Arc-en-Ciel | 04 67 92 19 00 | 10, boulevard Victor Hugo – 34000 Montpellier |
| CHRU Montpellier Consultations addictologie P ^r Perney | 04 67 33 67 33 | 191, av. du doyen Gaston Giraud - 34295 Montpellier cedex |
| CHU Nîmes Carémeau Pavillon 3ter – D ^r Nekaa | 04 66 68 42 75 | Pl. du P ^r . Robert Debré 30029 - Nîmes Cedex 9 |

Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA)

CSAPA

| | | |
|---|----------------|---|
| ANPAA 30 | 04.66.91.08.75 | 19, avenue Jules Guesde – 30100 Alès |
| | 04.66.33.05.74 | 2, place Urbain Richard – 30200 Bagnols-sur-Cèze |
| | 04.66.29.25.13 | 60, rue André Siegfried – 30000 Nîmes |
| | 04.66.71.42.54 | 298, rue Carnot – 30600 Vauvert |
| ANPAA 34 | 04 99 77 10 77 | 59, av. de Fès - Résidence Henri Bertin-Sans - Bât C quartier Malbosc 34080 Montpellier Hôpital local - 34800 Clermont-l'Hérault Hôpital local - 34700 Lodève |
| Arc-en-Ciel | 04 67 92 19 00 | 10, B ^d Victor Hugo - 34000 Montpellier |
| | 06 81 84 74 45 | 45, B ^d Jean Jaurès - 34200 Sète |
| Association Episode | 04 67 76 18 38 | Villa Alphonse Mas 2 bis, b ^d Perréal - 34500 Béziers CCAS Espace Mirabel - r. d'Alsace Lorraine à Agde |
| | 04 67 95 65 80 | 4, allée Noémie Berthomieu - 34600 Bédarieux |
| La Draille | 04 67 81 27 20 | 29, av. Emmanuel d'Alzon -30120 Le Vigan |
| | 04 66 35 48 79 | 6, rue Pasteur – 30170 Saint Hippolyte-du-Fort |
| | 04 67 50 85 78 | 8, rue Nouzeran Chevas – 34190 Ganges |
| Logos (APSA 30) | 04 66 21 07 89 | 8, rue Tedenat - 30900 Nîmes |
| | 04 66 91 08 75 | 19, avenue Jules Guesde - 30100 Alès |
| L'Envol | 04 66 84 14 43 | 25 bis, av. Jean Jaurès - 30000 Nîmes |
| UTTD (Unité de Traitement des Toxicodépendances) | 04 67 33 69 13 | Centre Charles Flahault Impasse Valteline - 34000 Montpellier |

| Services d'Addictologie | | |
|--|----------------------------------|--|
| Clinique du Parc - Consultation alcoologie et addictologie | 04 67 60 32 00 04 67 66 04 34 | 50, rue Emile Combes - 34170 Castelnaud-le-Lez D' Possoz D' Captier-Valette |
| Centre hospitalier de Béziers Consultations externes | 04 67 35 76 32 | Service d'addictologie 2, rue Haüy - BP 740 - 34525 Béziers cedex |
| Unité d'Addictologie Consultations en addictologie | 04 67 46 55 70 | Hôpital Saint Clair Boulevard Camille Blanc - 34207 Sète Cedex |
| CHRU Montpellier Service de Médecine Interne et Addictologie | 04 67 33 70.20 04 67 33 70 26 | 191, av. du doyen Gaston Giraud - 34295 Montpellier cedex |
| CHU Nîmes Carémeau Pavillon 3ter | 04 66 68 42 75 | Pl. du Pr. Robert Debré 30029 Nîmes Cedex 9 |
| CHU de Nîmes - Unité du Grau du Roi - Soins de Suite et de Réadaptation Addictologique | 04 66 02 25 69 | Hôpital de soins de suite et de rééducation du CHU de Nîmes - 30240 Le Grau du Roi |

| Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (CAARUD) | | |
|---|----------------------------------|--|
| Aides | 04 67 34 03 76 04 66 76 26 07 | 20, av. Joffre - 34500 Béziers 24, rue Porte de France - 3000 Nîmes |
| Asud | 04 66 36 00 12 | 6 bis, rue Notre Dame - 30000 Nîmes |
| Axess | 04 67 58 62 23 | 66, av. Charles Flahault - 34090 Montpellier |
| Logos Accueil (APSA 30) | 04 66 21 07 89 | 2, rue Bec de Lièvre - 30000 Nîmes |
| Réduire les Risques - La Boutik | 04 67 58 01 01 | 5, rue Fouques - 34000 Montpellier |
| Riposte | 04 66 89 65 98 | 2, rue Juiverie - 30200 Bagnols-sur-Cèze |

| Associations d'aide aux malades (Alcool - Maladies infectieuses...) | | |
|---|----------------------------------|--|
| Alcool Assistance de l'Hérault | 06 87 09 10 76 | Permanences à la Maison Prévention Santé et à la Clinique Rech - 34000 Montpellier |
| Alcool et les proches (ALP 34) | 06 63 83 10 27 | |
| Envie (accompagnement personnes touchées par le VIH) | 04 67 04 20 23 | 504, b ^d Pedro de Luna - 34000 Montpellier |
| La Cordée | 09 51 83 37 17 | 6, rue Dessalle-Possel - 34000 Montpellier |
| Médecins du Monde | 04 99 23 27 17 | 18, rue Henri Dunant - 34000 Montpellier |
| SOS Hépatites LR MP | 06 85 58 03 75 06 45 69 69 72 | Patient(e) et entourage Professionnels |

Associations d'aide aux femmes et aux familles

| | | |
|---|----------------------------------|---|
| Adiav (aide aux victimes) | 04 67 60 61 78 | 56, rue de l'Université 34000 Montpellier |
| Allo Parents (Le service d'écoute et de soutien des parents au téléphone) | 04.67.61.08.43 | http://www.alloparents-montpellier.com |
| Aviso (soutien familles de détenus) | 04.67.60.38.77 | Maison d'arrêt de Villeneuve les Maguelone |
| CIDFF (Information droits des femmes et des familles) | 04 67 72 00 24 04 66 38 10 70 | 2, rue de la Vieille - 34000 Montpellier 20, rue de Verdun - 30900 Nîmes |
| Déclic Familles et toxicomanies | 04 67 92 92 87 | 4, rue d'Alger – 34000 Montpellier http://www.declicfamillestoxicomanies.org |
| Parentalité 34 | | http://www.parentalite34.fr |
| Planning familial 34 (femmes victimes de violence Groupe parole) | 04 67 64 62 19 | 48, Bd Rabelais - 34000 Montpellier |
| Réseau jeunes confrontés aux violences et aux ruptures familiales | 06 75 23 08 19 | |
| Violences conjugales | 3919 | |
| Violences familiales, pressions, mariage forcé | 04 67 58 07 03 | |

Centres avec hébergement pour personnes souffrants d'addiction

| | | |
|--|----------------|---|
| Blannaves (APSA 30) | 04 66 34 13 81 | 551, route de la Royale - 30100 Alès |
| Entr'acte | 04 67 02 83 15 | 23, chemin des Chênes - 34170 Castelnaud-le-Lez |
| Mas St Gilles | 04 66 01 36 36 | Etang d'Estagel - 30800 Saint-Gilles |
| Csapa Intermède | 04 68 31 05 99 | 12, avenue André Chénier - 11300 Limoux |
| Centre thérapeutique Résidentiel Le Kaléidoscope | 04 99 77 10 77 | Avenue de Maguelone - Domaine de la vineuse -34970 Lattes |
| Csapa Les Capitelles (Appart. thérapeutique pour mères toxicomanes et leurs enfants) | 04 66 04 06 22 | 9 bis, rue de Saint-Gilles - 30000 Nîmes |

Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT)

Hébergement de personnes en situation de précarité touchée par une pathologie chronique invalidante (sida, hépatite, cancer, sclérose en plaque...)

| | | |
|---------------------|----------------|--|
| ACT - ANPAA 34 | 04 99 77 10 77 | 59, av. de Fès - Résidence Henri Bertin-Sans Bât C quartier Malbosc- 34080 Montpellier |
| ACT de Carcassonne | 04 68 72 02 71 | 61, rue des Genévriers - 11000 Carcassonne |
| ACT de Perpignan | 04 68 34 83 77 | 14, allée de Vaillère - Résidence Roudayre Ap ^t n°291– 66000 Perpignan |
| AERS ACT L'Embellie | 04 67 75 14 93 | 757, av. de Villeneuve d'Angoulême – 34070 Montpellier |
| La Clède | 04 66 86 52 67 | 17, rue Montbouboux – 30100 Alès |
| Lou Cantou | 04 66 04 19 31 | 9 bis, rue de Saint-Gilles - 30000 Nîmes |

| Hébergements d'urgence et de réinsertion | | |
|---|----------------|---|
| Association Fare | 04 67 02 13 62 | 4, chemin des Centurions 34170 Castelnau-le-Lez |
| CHRS Bouissonnade (femmes battues) | 04 99 52 77 00 | 34000 Montpellier |
| CHRS Issue | 04 67 58 14 00 | 19, rue St Claude - 34000 Montpellier |
| CHRS La Clairière | 04 67 65 85 14 | 55, rue du Mas Rouge - 34000 Montpellier |
| CHRS L'Oustal | 04 67 92 36 84 | 14 rue Bruyas – 34000 Montpellier |
| CHRS Regain Adages | 04 67 10 42 70 | 421, rue de l'Agathois -34080 Montpellier |
| L'Avitarelle | 04 99 54 92 40 | 651, rue du Docteur Jacques Fourcade - 34070 Montpellier |
| Résidence Acala | 04 99 54 92 49 | |
| Résidence Madeleine Delbrel | 04 67 13 81 00 | |
| Hébergements d'urgence aux jeunes victimes d'homophobie ou de transphobie | | |
| Association Le Refuge Ligne d'urgence 24h/24h | 06 31 59 69 50 | 2, rue Germain – 34000 Montpellier http://www.le-refuge.org |

| Les numéros verts et sites internet | | |
|---|----------------------------------|---|
| ADALIS (Addictions drogues alcool info service) | 0 800 23 13 13 | http://www.drogues-info-service.fr |
| AlcoWeb (portail d'information grand public sur l'alcool) | | http://www.alcowed.com |
| Drogues & dépendance | | http://drogues-dependance.fr |
| Ecoute alcool | 0 811 91 30 30 | |
| Ecoute cannabis | 0 811 91 20 20 | |
| Hépatites Info Service | 0 800 845 800 | http://www.hepatites-info-service.org |
| PsychoActif | | http://www.psychoactif.org |
| Sexualités- IVG Contraception | 0800 08 11 11 | |
| Sida info Service | 0 800 840 800 | http://www.sida-info-service.org |
| SOS Hépatites Fédération | 0 800 004 372 | http://www.soshepatites.org/plateforme |
| SOS Joueurs | 0 810 600 115 | http://www.sos-joueurs.eu http://www.crje.fr http://www.aide-info-jeu.fr |
| Suicide Ecoute | 01 45 39 40 00 | http://www.suicide-ecoute.fr |
| Ta santé t'appartient | | http://www.tasante.com |
| Techno + | | http://www.technoplus.org |
| Réduire les risques à distance (programme d'échange de seringues par voie postale pour les personnes qui ont des difficultés à se rendre dans un Caarud) | 01 40 09 04 45 02 38 28 07 02 | http://www.rdr-a-distance.info/ rdradistance.centre@associationespace.fr contact@safe.asso.fr |
| 115 - n° vert pour urgence sociale | 115 | |

SERMENT

SERMENT

- *En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*
- *Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*
- *Admis (e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*
- *Respectueux (se) et reconnaissant (e) envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*
- *Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert (e) d'opprobre et méprisé (e) de mes confrères si j'y manque.*

RESUME

Introduction :

L'alcool est la substance psycho-active la plus consommée en France et est un problème de santé publique majeur. Son mésusage est sous diagnostiqué. Nous nous sommes interrogés sur le ressenti des médecins généralistes concernant le repérage et la prise en charge des patients présentant un mésusage d'alcool.

Méthode :

Etude qualitative par entretiens semi dirigés de 13 médecins généralistes de la région Occitanie.

Résultats :

Les médecins généralistes reconnaissent leur rôle important dans la prévention et le dépistage, ils pensent ne pas avoir de difficultés à aborder le sujet de l'alcool mais le font moins facilement et systématiquement que le tabac car selon eux l'alcool est trop banalisé en France, les seuils de toxicité restent flous, les répercussions cliniques et biologiques sont tardives et par manque de formation en repérage précoce et intervention brève. La prise en charge, facilitée par une bonne connaissance du réseau et une motivation du médecin est rapidement déléguée par manque de connaissance, de temps et une sensation d'impuissance et d'échec.

Discussion :

Les pistes d'amélioration qui ressortent sont de sensibiliser les médecins en les formant davantage au repérage précoce et intervention brève, également de faire des campagnes de sensibilisation, que des mesures gouvernementales soient prises afin de stopper la banalisation de l'alcool. Pour la prise en charge, ce qui les aiderait serait une meilleure connaissance des réseaux, notamment des structures médico-sociales, améliorer la communication entre les intervenants, et travailler davantage en collaboration avec infirmière et assistante sociale au niveau local.

Mots clés : Alcool- Médecine générale- Dépistage- Mésusage