



HAL
open science

Perception des patients présentant un trouble de l'usage d'alcool sur la place du médecin généraliste dans les soins addictologiques : étude qualitative au sein du service d'addictologie du CHU de Caen

Maud Le Masle

► To cite this version:

Maud Le Masle. Perception des patients présentant un trouble de l'usage d'alcool sur la place du médecin généraliste dans les soins addictologiques : étude qualitative au sein du service d'addictologie du CHU de Caen. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03160201

HAL Id: dumas-03160201

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03160201>

Submitted on 5 Mar 2021

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

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

UNIVERSITÉ de CAEN - NORMANDIE

UFR de SANTÉ

Année 2020

THÈSE POUR L'OBTENTION
DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le mercredi 16 septembre 2020.

par

Mme Maud LE MASLE

Née le 28 janvier 1988 à Aunay-sur-Odon (14)

**Perception des patients présentant un trouble de l'usage d'alcool
sur la place du médecin généraliste dans les soins addictologiques :
étude qualitative au sein du service d'addictologie du CHU de CAEN.**

Président : Madame la Professeur GUITTET-BAUD Lydia

Membres : Monsieur le Docteur PITHON Anni

Monsieur le Docteur SAINMONT Nicolas

Madame la Docteur EUDE Claire *Co-Directrice de thèse*

Monsieur le Docteur VICENTE Angel *Co-Directeur de thèse*

Année Universitaire 2019/2020**Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

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

Madame Sarah CHEMTOB

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

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

M.	GÉRARD Jean-Louis	Anesthésiologie et réanimation
M.	GUILLOIS Bernard	Pédiatrie
Mme	GUITTET-BAUD Lydia	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	HABRAND Jean-Louis	Cancérologie option Radiothérapie
M.	HAMON Martial	Cardiologie
Mme	HAMON Michèle	Radiologie et imagerie médicale
M.	HANOUS Jean-Luc	Anesthésie et réa. médecine péri-opératoire
M.	HULET Christophe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M.	ICARD Philippe	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
M.	JOIN-LAMBERT Olivier	Bactériologie - Virologie
Mme	JOLY-LOBBEDEZ Florence	Cancérologie
M.	JOUBERT Michael	Endocrinologie
M.	LAUNOY Guy	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	LE HELLO Simon	Bactériologie-Virologie
Mme	LE MAUFF Brigitte	Immunologie
M.	LOBBEDEZ Thierry	Néphrologie
M.	LUBRANO Jean	Chirurgie viscérale et digestive
M.	MAHE Marc-André	Cancérologie
M.	MANRIQUE Alain	Biophysique et médecine nucléaire
M.	MARCÉLLI Christian	Rhumatologie
M.	MARTINAUD Olivier	Neurologie
M.	MAUREL Jean	Chirurgie générale
M.	MILLIEZ Paul	Cardiologie
M.	MOREAU Sylvain	Anatomie/Oto-Rhino-Laryngologie
M.	MOUTEL Grégoire	Médecine légale et droit de la santé
M.	NORMAND Hervé	Physiologie
M.	PARIENTI Jean-Jacques	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
M.	PELAGE Jean-Pierre	Radiologie et imagerie médicale
Mme	PIQUET Marie-Astrid	Nutrition
M.	QUINTYN Jean-Claude	Ophtalmologie
Mme	RAT Anne-Christine	Rhumatologie
M.	RAVASSE Philippe	Chirurgie infantile
M.	REPESSE Yohann	Hématologie
M.	REZNIK Yves	Endocrinologie
M.	ROD Julien	Chirurgie infantile
M.	ROUPIE Eric	Médecine d'urgence
Mme	THARIAT Juliette	Radiothérapie
M.	TILLOU Xavier	Urologie
M.	TOUZÉ Emmanuel	Neurologie
M.	TROUSSARD Xavier	Hématologie
Mme	VABRET Astrid	Bactériologie - Virologie
M.	VERDON Renaud	Maladies infectieuses
Mme	VERNEUIL Laurence	Dermatologie
M.	VIVIEN Denis	Biologie cellulaire

PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

M.	DE LA SAYETTE Vincent	Neurologie
Mme	DOMPMARTIN-BLANCHÈRE Anne	Dermatologie
M.	GUILLAUME Cyril	Médecine palliative
M.	LE BAS François	Médecine Générale
M.	SABATIER Rémi	Cardiologie

PRCE

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

PROFESSEURS EMERITES

M.	HURAUULT de LIGNY Bruno	Néphrologie
Mme	KOTTLER Marie-Laure	Biochimie et biologie moléculaire
M.	LE COUTOUR Xavier	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	LEPORRIER Michel	Hématologie
M.	VIADER Fausto	Neurologie

Année Universitaire 2019/2020**Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

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

Madame Sarah CHEMTOB

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	ALEXANDRE Joachim	Pharmacologie clinique
Mme	BENHAÏM Annie	Biologie cellulaire
M.	BESNARD Stéphane	Physiologie
Mme	BONHOMME Julie	Parasitologie et mycologie
M.	BOUVIER Nicolas	Néphrologie
M.	COULBAULT Laurent	Biochimie et Biologie moléculaire
M.	CREVEUIL Christian	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
M.	DE BOYSSON Hubert	Médecine interne
Mme	DINA Julia	Bactériologie - Virologie
Mme	DUPONT Claire	Pédiatrie
M.	ÉTARD Olivier	Physiologie
M.	GABEREL Thomas	Neurochirurgie
M.	GRUCHY Nicolas	Génétique
M.	GUÉNOLÉ Fabian	Pédopsychiatrie
M.	HITIER Martin	Anatomie - ORL Chirurgie Cervico-faciale
M.	ISNARD Christophe	Bactériologie Virologie
M.	JUSTET Aurélien	Pneumologie
Mme	KRIEGER Sophie	Pharmacie
M.	LEGALLOIS Damien	Cardiologie
Mme	LELONG-BOULOUARD Véronique	Pharmacologie fondamentale
Mme	LEVALLET Guénaëlle	Cytologie et Histologie
M.	MITTRE Hervé	Biologie cellulaire
M.	SESBOÛÉ Bruno	Physiologie
M.	TOUTIRAIS Olivier	Immunologie
M.	VEYSSIERE Alexis	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

Mme	ABBATE-LERAY Pascale	Médecine générale
M.	COUETTE Pierre-André	Médecine générale
Mme	DE JAEGHER Sophie	Médecine générale
M.	PITHON Anni	Médecine générale
M.	SAINMONT Nicolas	Médecine générale
Mme	SCHONBRODT Laure	Médecine générale

MAITRES DE CONFERENCES EMERITES

Mme	DEBRUYNE Danièle	Pharmacologie fondamentale
Mme	DERLON-BOREL Annie	Hématologie
Mme	LEPORRIER Nathalie	Génétique

Remerciements

À Madame la Professeur GUITTET-BAUD Lydia, je vous remercie de me faire l'honneur de présider le jury de ma thèse.

À Monsieur le Docteur PITHON Anni et Monsieur le Docteur SAINMONT Nicolas, merci d'avoir accepté si gentiment et si spontanément de participer à ce jury.

À Monsieur le Docteur VICENTE Angel, merci d'avoir accepté de diriger ma thèse et de m'avoir accompagné pendant plus de 2 ans dans ce travail. Merci pour ta disponibilité et ton enthousiasme.

À Madame la Docteur EUDE Claire, merci d'avoir également accepté de diriger ma thèse. Merci d'avoir partagé ton savoir en addictologie et merci de ton soutien amical.

À tous les membres du jury, merci pour m'avoir soutenu lorsque la date de soutenance a dû être reportée du fait de la crise sanitaire.

Aux 17 participants de l'étude, merci de m'avoir accordé du temps et de m'avoir partagé votre vécu et vos réflexions.

Au service d'addictologie du CHU de CAEN, merci pour votre accueil chaleureux. C'était un réel plaisir de vous voir les vendredis matins.

À tous les médecins qui ont participé à ma formation à l'Université de CAEN, merci pour votre bienveillance à mon égard.

À Madame JARDIN Noémie de la scolarité, merci pour votre réactivité et votre disponibilité.

À Monsieur le Docteur FOURNIER Philippe, ainsi qu'à Françoise, merci pour votre accueil et votre confiance. C'est un réel plaisir de venir effectuer des remplacements dans votre cabinet médical depuis plus de 2 ans.

À Madame la Docteur DERULE Sophie, merci pour ta confiance lors de mes premiers remplacements il y a maintenant 4 ans.

À tous mes co-internes, d'Alençon, de Falaise, de l'EPSM et de l'UMSP, merci pour tous ce qu'on a partagé durant les semestres d'internat et notamment merci pour votre gentillesse et votre accompagnement pendant mes 2 grossesses.

À mes parents, Michel et Mylène, merci d'avoir toujours cru en moi.

À mon frère Yohann, mes sœurs Laure et Claire, merci pour votre présence. Merci également à Amélie et Emmanuel, et à mes magnifiques neveux et nièce, Gauthier, Appolline, Gaëtan et Édouard.

À David, merci pour ton amour.

À mes magnifiques enfants, Adèle et Marcus, je vous aime de tout mon cœur.

À mes amis, Cécile, Audrey, Chloé, Émilie, Marie, Tristan, Sonia, Thibaud, Eloïse, Charline, Caroline, Yvann, Elvire, Nadia, merci pour tous les moments partagés ensemble.

À mes beaux-parents, Gérard et Muriel, ainsi qu'à Émilie, Damien, Arthur et Marion, merci pour votre affection.

À Martine, la nounou, merci pour votre disponibilité et votre gentillesse avec les enfants.

Abréviations

AFDEM : Association Francophone de Diffusion de l'Entretien Motivationnel

ALD : Affection de Longue Durée

ANPAA : Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie

API : Alcoolisation Ponctuelle Importante

AUDIT : Alcohol Use Disorder Identification Test

BEARNI : Brief Evaluation of Alcohol-Related Neuropsychological Impairment

BEH : Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIM : Classification Internationale des Maladies

CLERS : Comité Local Ethique de la Recherche en Santé

COREQ : COnsolidated criteria for REporting Qualitative research

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

DSM : Diagnostic and Statistical Manual

EnCLASS : Enquête nationale en Collège et en Lycée chez les Adolescents sur la Santé et les Substances

ESCAPAD : Enquête sur la Santé et les Consommations lors de l'Appel de Préparation A la Défense

FACE : Fast Alcohol Consumption Evaluation

HAS : Haute Autorité de Santé

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

Insee : Institut national de la statistique et des études économiques

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

MoCA test : Montreal Cognitive Assessment test

OFDT : Organisme Français des Drogues et des Toxicomanies

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONISR : Observatoire National Interministériel de Sécurité Routière

RECAP : Recueil commun sur les addictions et les prises en charge

ROSP : Rémunération sur Objectifs de Santé Publique

RPIB : Repérage Précoce et Intervention Brève

SFA : Société Française d'Alcoologie

TUAL : Trouble de l'Usage d'ALcool

UNESCO : Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture

WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (Organisation mondiale des médecins de famille)

INDEX Tableaux et figures

Tableau 1 : Usages d'alcool en France métropolitaine en 2017, selon le genre parmi les 18-75 ans, publication du BEH

Tableau 2 : Genre et âge des participants classés par entretien

Tableau 3 : Répartition des entretiens par session

Figure 1 : Indicateurs de consommation selon l'âge en France en 2017, publiés par le BEH

Figure 2 : Pourcentage de la population française (18-75 ans) ayant une consommation d'alcool quotidienne, par genre, depuis 2000, par l'OFDT

Figure 3 : Prévalence régionale standardisée de la consommation quotidienne d'alcool chez les adultes de 18 à 75 ans en France métropolitaine en 2017 et dans les départements et régions d'outre-mer en 2014. Publiée par Santé publique France

Figure 4 : Équivalences entre le conditionnement et le nombre de verre-standard par la SFA

Figure 5 : Recommandations de bonne pratique de la SFA à destination des médecins généralistes chez les patients présentant un usage à risque ou un usage nocif

Figure 6 : Recommandations de bonne pratique de la SFA à destination des médecins généralistes chez les patients présentant un usage avec dépendance

Figure 7 : Les différents stades de motivation selon Prochaska et DiClemente

Figure 8 : Répartition des participants à l'étude selon le genre

Figure 9 : Représentation de la tranche d'âge des médecins généralistes des participants au moment de l'étude

Figure 10 : Présentation schématique des résultats sous forme de carte mentale

Figure 11 : Pyramide des âges des médecins généralistes en activité en France en 2018

Figure 12 : Perception du rôle du médecin, Sondage OpinionWay pour l'Académie de Médecine

Sommaire

I. Introduction :

1. Données épidémiologiques
 - 1.1 Épidémiologie de la consommation d'alcool
 - 1.2 Morbi-mortalité liée à la consommation d'alcool
 - 1.3 Sécurité publique
 - 1.4 Coût social
2. Le trouble de l'usage d'alcool
 - 2.1 Définition
 - 2.2 Repérage précoce et intervention brève (RPIB)
 - 2.3 Prise en charge des troubles de l'usage d'alcool
3. Le médecin généraliste
 - 3.1 Définition européenne de la médecine générale
 - 3.2 La relation médecin-malade
 - 3.3 Le médecin généraliste et l'abord du sujet de l'alcool
4. La motivation au changement
 - 4.1 Un processus complexe
 - 4.2 Le modèle transthéorique de Prochaska et Di Clemente
 - 4.3 La théorie de l'autodétermination de Deci et Ryan
 - 4.4 L'entretien motivationnel
5. Objectif de l'étude

II. Matériel et méthode :

1. Description de l'étude
2. Population étudiée
3. Élaboration du guide d'entretien
4. Recueil des données
 - 4.1 Lieu de réalisation des entretiens
 - 4.2 Déroulement des entretiens
 - 4.3 Transcription des entretiens
5. Méthode d'analyse des données
6. Éthique

III. Résultats :

1. Caractéristique de l'échantillon
 - 1.1 Nombre de patients inclus dans l'étude
 - 1.2 Genre et âge des participants
 - 1.3 Données concernant le médecin généraliste
 - 1.4 Abord du sujet de l'alcool avec le médecin généraliste
 - 1.5 Données concernant la prise en charge du TUAL

2. Caractéristique des entretiens

3. Analyse des résultats

3.1 Les compétences du médecin généraliste vis-à-vis de la prise en charge du TUAL

3.2 La place du médecin généraliste parmi les autres acteurs de la prise en charge du TUAL

3.3 Les leviers à la prise en charge du TUAL en médecine générale

3.4 Les freins à la prise en charge du TUAL en médecine générale

3.5 L'influence du médecin généraliste sur la motivation des patients aux soins

3.6 Les attentes des patients envers leur médecin généraliste pour la suite des soins

IV. Discussion :

1. Impressions générales de l'investigatrice

2. Discussion sur la méthodologie

2.1 Les avantages de la méthode de recherche qualitative

2.2 Les limites de l'étude

3. Discussion des résultats

3.1 Les caractéristiques des participants à l'étude

3.2 Le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge du TUAL

3.3 Le médecin généraliste et la motivation au changement

4. Perspectives

V. Conclusion :

VI. Bibliographie :

VII. Annexes :

I. Introduction :

La consommation d'alcool est en France une norme sociale, elle est associée aux événements festifs, aux modes de vie, à la gastronomie ainsi qu'à la culture avec notamment le classement de vignoble par l'UNESCO. Pourtant la morbi-mortalité de l'alcool est un réel problème de santé publique et les conséquences sociales sont également majeures.

La question de la lutte contre les troubles de l'usage d'alcool apparaît en France dans les années 1870 dans un contexte où l'alcool était présenté comme une boisson saine et hygiénique du fait que l'eau était polluée et à l'origine d'épidémie de fièvre typhoïde. La première loi votée fut contre l'ivresse publique en 1873 (1). Il faudra attendre 1991 pour une légifération sur la publicité autour de l'alcool avec la loi Evin (2).

De l'Association contre l'abus des boissons alcooliques en 1872 à l'ANPAA¹ depuis 2002, les actions de prévention et de lutte contre les troubles de l'usage d'alcool en France ont été longtemps déléguées aux associations (3). Malgré plusieurs plans gouvernementaux successifs de lutte contre les addictions, la Cour des comptes a publié en 2016 un rapport montrant que les mesures politiques étaient encore insuffisantes en France (4). Actuellement le gouvernement français a validé un *Plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022* élaboré par la MILDECA², il vise notamment à créer une prise de conscience de l'ensemble de la société sur les conduites addictives (5). Ainsi au printemps 2019, une campagne d'information a été menée par Santé publique France³ afin de sensibiliser la population générale sur les risques liés à la consommation d'alcool (6).

¹ L'ANPAA est l'Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie qui gère notamment les CSAPA.

² La MILDECA est un organisme du gouvernement français qui coordonne les actions de l'Etat en matière de lutte contre les drogues et les conduites addictives.

³ Santé publique France est un établissement public à caractère administratif dont la mission est d'améliorer et protéger la santé des populations.

Le médecin généraliste est souvent le premier interlocuteur des patients présentant un trouble de l'usage d'alcool. Alors que la consommation de tabac est couramment évaluée, le repérage de la consommation d'alcool est plus rarement réalisé. En 2014, la HAS a élaboré des recommandations concernant le repérage précoce et l'intervention brève (RPIB) en alcoologie (7). Mais sa mise en œuvre se heurte à certaines difficultés que peut rencontrer le médecin généraliste pour aborder le sujet de l'alcool. L'implication du médecin généraliste est pourtant cruciale et son domaine de compétence peut être assez large s'il bénéficie d'une formation spécifique. La Société Française d'Alcoologie (SFA) a publié en 2015 des recommandations de bonne pratique concernant le dépistage, le diagnostic et le traitement des troubles de l'usage d'alcool, avec des outils d'aide pour la médecine générale (8).

En 2016, la nouvelle convention médicale concernant la ROSP¹ a introduit un indicateur relatif à la prévention des conduites addictives liées à l'alcool. Désormais les interventions brèves que délivrent les médecins généralistes auprès de leurs patients consommateurs excessifs d'alcool sont rémunérées au titre de la ROSP (9).

En 2020, la lutte contre les conduites addictives reste une priorité de santé publique.

À travers notre travail de thèse, nous avons cherché à recueillir le vécu et le sentiment des patients présentant un trouble de l'usage d'alcool sur l'implication de leur médecin généraliste dans les soins addictologiques. Nous avons analysé le retour que les patients ont pu nous faire sur le rôle de leur médecin généraliste et nous avons tiré des informations concernant les pratiques à encourager auprès des médecins généralistes, qui souhaitent s'impliquer davantage dans la prise en charge des patients présentant un trouble de l'usage d'alcool.

¹ La ROSP est une rémunération des médecins basée sur des objectifs de santé publique définis par une convention médicale.

1. Données épidémiologiques :

1.1 Épidémiologie de la consommation d'alcool :

Une enquête téléphonique sur la consommation d'alcool en France a été réalisée en 2017 auprès de 25319 personnes âgées de 18 à 75 ans : le Baromètre de Santé publique France 2017¹.

Les abstinents représentaient 13,5 % des français (10,6 % chez les hommes et 16,3 % chez les femmes), les consommateurs d'alcool quotidiens représentaient 10 % des français (15,2 % chez les hommes et 5,1 % chez les femmes). Les différents modes de consommation, variant selon le genre, sont présentées dans le Tableau 1 publié par le BEH en 2019 (10).

	Ensemble	Hommes	Femmes	Sex-ratio
Fréquence de consommation d'alcool au cours des 12 derniers mois				
Abstinent vie	5,4%	3,9%	6,9%	0,6
Abstinent année	8,1%	6,7%	9,4%	0,7
Moins d'une fois par mois	27,2%	17,7%	36,2%	0,5
Au moins une fois par mois mais moins d'une fois par semaine	19,3%	19,1%	19,5%	1,0
Une à trois fois par semaine	25,0%	29,8%	20,3%	1,5
Quatre à six fois par semaine	5,1%	7,6%	2,6%	2,9
Tous les jours	10,0%	15,2%	5,1%	3,0
Nombre de verres consommés un jour de consommation*				
Nombre de jours de consommation d'alcool / an*	98	129	66	2,0
Fréquence des alcoolisations ponctuelles importantes**				
Au moins une fois au cours des 12 derniers mois	35,2%	49,6%	21,4%	2,3
Au moins une fois par mois	16,2%	25,2%	7,6%	3,3
Au moins une fois par semaine	4,6%	7,6%	1,6%	4,7
Ivresses**				
Au moins une fois au cours la vie	63,4%	78,5%	49,1%	1,6
Au moins une fois au cours des 12 derniers mois	20,7%	28,6%	13,2%	2,2
Au moins trois fois au cours des 12 derniers mois	9,7%	14,5%	5,1%	2,8
Au moins 10 fois au cours des 12 derniers mois	4,1%	6,5%	1,8%	3,6

* Parmi les consommateurs d'alcool dans l'année.

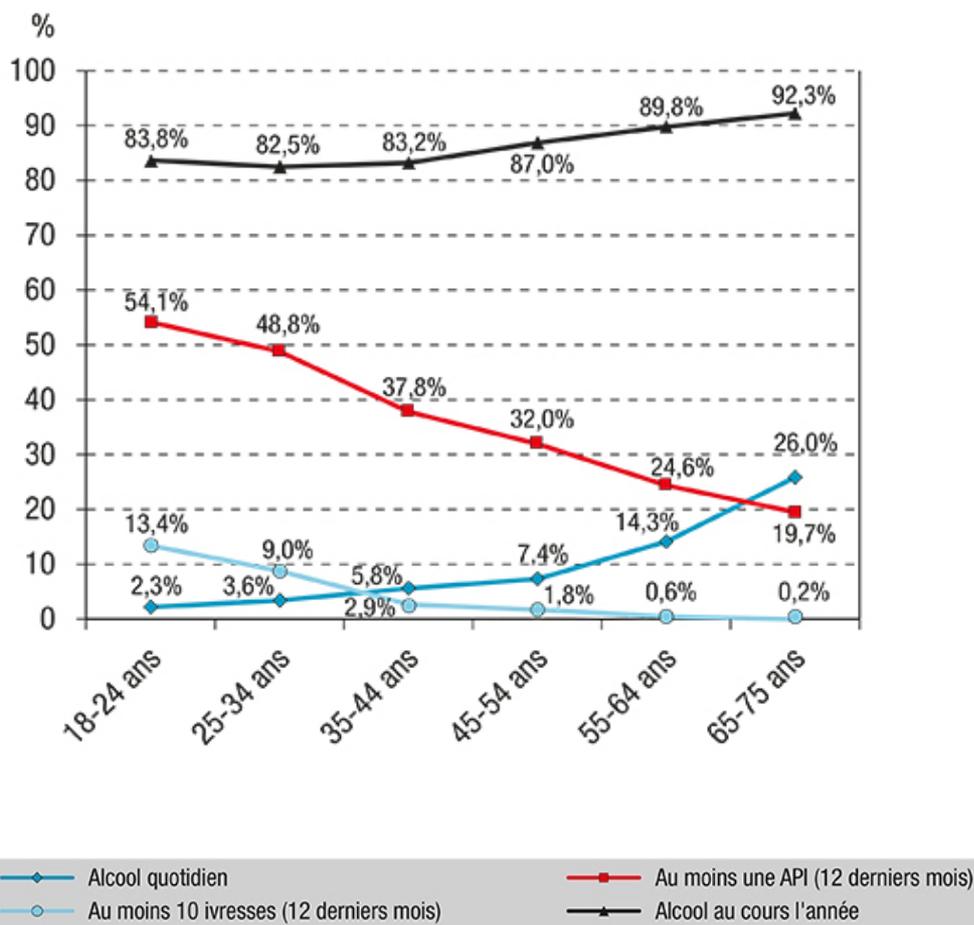
** Les modalités ne sont pas exclusives : 35,2% des 18-75 ans ont connu une alcoolisation ponctuelle importante dans l'année, incluant les 16,2% qui en ont connu tous les mois.

Source : Baromètre de Santé publique France 2017.

Tableau 1 : Usages d'alcool en France métropolitaine en 2017, selon le genre parmi les 18-75 ans, publication du BEH

¹ Les Baromètres santé sont un observatoire des comportements des Français pour orienter les politiques de prévention et d'information de la population

Ces différents modes de consommation varient également selon l'âge, ainsi les consommations d'alcool quotidiennes augmentent avec l'âge. Elles sont de 2,3 % chez les 18-24 ans et de 26 % chez les 65-75 ans. Cette variation est représentée dans la Figure 1.

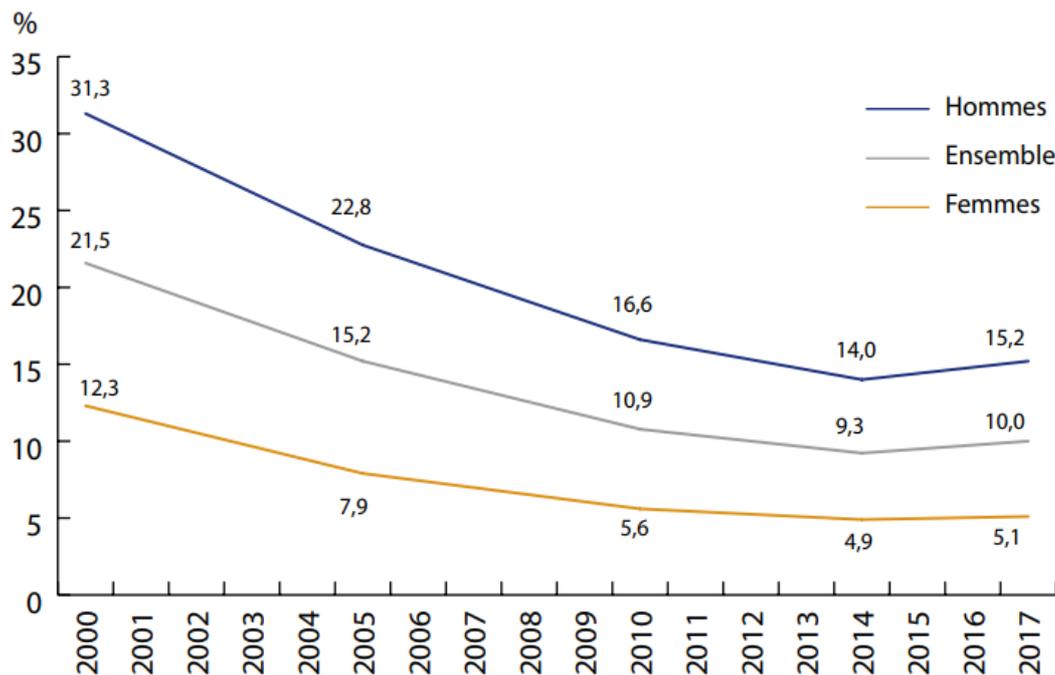


Source : Baromètre de Santé publique France 2017.
API : alcoolisation ponctuelle importante.

Figure 1 : Indicateurs de consommation selon l'âge en France en 2017, publiés par le BEH

Les données du Baromètre Santé 2010 montrent que tous les secteurs professionnels sont concernés, certains plus fortement comme le secteur de l'agriculture et de la pêche avec 16,6 % de consommateurs d'alcool quotidiens et le secteur de la construction avec 13,4 % (11).

L'OFDT¹ a publié récemment en novembre 2019, une analyse de l'évolution des consommations d'alcool de 2000 à 2017, représentée par la Figure 2 ci-dessous. On peut ainsi voir que la consommation d'alcool quotidienne a largement diminué dans les années 2000-2005, se poursuivant à un moindre degré jusqu'en 2014, avec une tendance à la hausse suite aux données du Baromètre de Santé publique France 2017 (12).

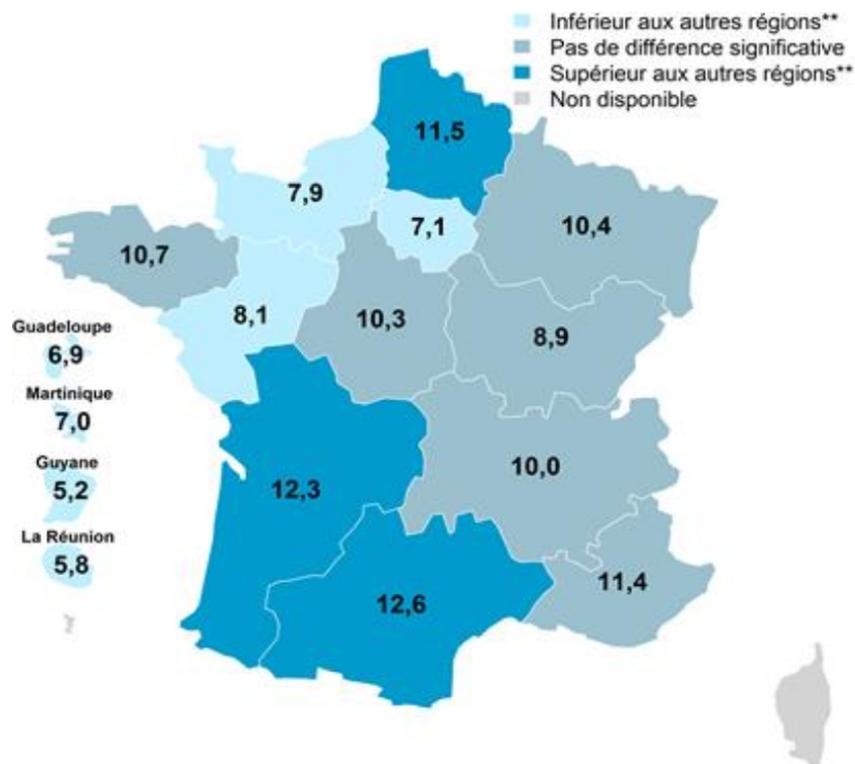


Source : Baromètre santé, Santé publique France

Figure 2 : Pourcentage de la population française (18-75 ans) ayant une consommation d'alcool quotidienne, par genre, de 2000 à 2017, par l'OFDT

¹ L'OFDT : Observatoire français des drogues et toxicomanies, est un groupement d'intérêt public qui a pour objet d'éclairer les pouvoirs publics, les professionnels et le grand public sur le phénomène des drogues et des addictions.

En **Normandie**, lieu de notre étude, les consommations excessives d'alcool étaient particulièrement importantes jusque dans les années 1980, avec notamment la consommation de cidre et d'eau-de-vie. Actuellement la prévalence des consommateurs d'alcool quotidiens dans notre région est inférieure à la moyenne nationale, comme le montre la Figure 3, publiée par Santé publique France en 2020 d'après les données du Baromètre de Santé publique France 2017 (13).



* Prévalence standardisée sur le sexe croisé par l'âge pour 100 habitants, population de référence : Insee, enquête emploi 2016.

** Différence significative entre la prévalence observée dans une région comparée à celle de l'ensemble des autres régions. Le test utilisé est un chi deux de Pearson avec correction d'ordre deux de Rao-Scott, et le seuil de significativité est fixé à 5 %.

Champ : France métropolitaine et DROM (hors Mayotte), population des 18-75 ans vivant en ménage ordinaire.

Sources : Baromètre de Santé publique France 2017 (Santé publique France), Baromètre santé DOM 2014 (Inpes).

Figure 3 : Prévalence régionale standardisée de la consommation quotidienne d'alcool chez les adultes de 18 à 75 ans en France métropolitaine en 2017 et dans les départements et régions d'outre-mer en 2014. Publiée par Santé publique France

1.2 Morbi-mortalité liée à la consommation d'alcool :

À partir des données issues de 580 000 décès en 2015, l'estimation de la mortalité attribuable à l'alcool, en France, est de 41 000 décès (30 000 décès chez les hommes et 11 000 décès chez les femmes), ce qui correspond à environ 7 % de l'ensemble des décès (11 % chez les hommes et 4 % chez les femmes) (14). L'alcool est ainsi la deuxième cause de mortalité évitable en France derrière le tabac.

Trois causes de mortalité sont plus particulièrement liées à l'alcool : la cirrhose d'origine éthylique, le cancer des voies aérodigestives supérieures, et les maladies mentales liées à l'alcool.

L'alcool a une part de responsabilité dans plus de 200 pathologies de la classification internationale des maladies (CIM-10) et est l'une des premières causes d'hospitalisation en France.

Une étude a porté sur les causes d'hospitalisation en 2012 et a montré que plus de 580 000 séjours étaient liés à l'alcool dans des services de court séjour (2,2 % du total des séjours). En psychiatrie, plus de 2,7 millions de jours d'hospitalisation sont dues à l'alcool (10,4 % du total de nombre de jours d'hospitalisation en psychiatrie). En soins de suite et de rééducation, plus de 2 millions de journées liées à l'alcoolisation excessive ont été recensées (5,6 % de l'activité totale) (15).

1.3 Sécurité publique :

La loi du 1er octobre 1970 a rendu obligatoire le contrôle de l'alcoolémie après un accident ou la constatation d'une infraction. L'alcool est la deuxième cause d'accidents mortels après la vitesse. En 2015, le nombre de tués pour cause d'alcoolémie était de 1 039 décès (4).

Par ailleurs, une étude réalisée en 2018, par les directions générales de la police nationale et de la gendarmerie nationale, à partir d'un échantillon de 149 morts violentes au sein du couple, a montré que la présence d'alcool dans le sang était constatée dans 29,5 % des affaires (16).

1.4 Coût social:

En 2012, le coût des séjours hospitaliers est estimé à 2,64 milliards d'euros, soit 3,6 % des dépenses hospitalières (15).

L'étude socio-économique du Professeur KOPP publiée en 2015, a abouti à un coût social de l'alcool de 120 milliards d'euros, prenant en compte la valeur des vies humaines perdues, les pertes de production et les dépenses publiques de prévention, de répression et de traitement (17).

2. Le trouble de l'usage d'alcool :

2.1 Définition :

Pour définir le trouble de l'usage d'alcool (TUAL), nous avons choisi la nouvelle classification de 2013, le DSM-5, qui est utilisée en pratique dans le service d'addictologie du CHU de Caen. Cette classification a défini le TUAL en proposant 11 critères possibles avec 3 niveaux de sévérité : faible (2 ou 3 critères), modéré (4 ou 5 critères) et sévère (plus de 6 critères). Les 11 critères sont :

- 1 : Usage récurrent d'alcool avec pour conséquence des difficultés à accomplir ses obligations professionnelles ou familiales.
- 2 : Usage récurrent d'alcool avec pour conséquence une mise en danger physique du sujet .
- 3 : Persistance de l'usage d'alcool en dépit de problèmes sociaux ou interpersonnels récurrents ou continus causés ou exacerbés par les effets de l'alcool.
- 4 : Tolérance, définie par l'un des deux critères suivants :
 - un besoin manifeste d'augmenter les quantités d'alcool pour atteindre un état d'intoxication ou l'effet désiré ;
 - une diminution manifeste de l'effet produit en cas d'usage continu de la même quantité d'alcool.
- 5 : Signes de sevrage, définis par l'un des deux critères suivants :
 - présence de signes de sevrage concernant l'alcool lors de l'arrêt ou forte diminution ;
 - l'alcool est parfois consommé pour éviter ou stopper des signes de sevrages.
- 6 : L'alcool est consommé en plus grande quantité, ou sur une période de temps plus longue que ce qui était envisagé.
- 7 : Il existe un désir persistant ou bien des efforts infructueux du sujet pour arrêter ou contrôler sa consommation d'alcool.
- 8 : Un temps important est consacré par le sujet à des activités visant à se procurer de l'alcool, à le consommer, ou à récupérer des effets de la consommation.
- 9 : Des activités importantes sur le plan professionnel, personnel, ou bien récréatif sont abandonnées au profit de la consommation d'alcool.
- 10 : L'usage d'alcool reste identique en dépit de la prise de conscience de l'existence de répercussions continues ou récurrentes des consommations, sur le plan physique ou psychologique.
- 11 : On constate la présence régulière d'un craving, ou envie importante ou compulsive de consommer de l'alcool.

Il existe d'autres classifications de la dépendance à l'alcool : la CIM de l'OMS qui est le système de classification de référence pour le codage des pathologies en France, mais qui ne prend pas en compte les conséquences psychosociales du TUAL comme l'ancienne version du DSM, le DSM-IV-TR. À titre informatif, ces classifications sont présentées en Annexe 1 à la suite des définitions des différentes catégories d'usage de l'alcool proposées par la SFA.

La SFA considère cinq catégories d'usage de l'alcool : le non-usage, l'usage simple, l'usage à risque, l'usage nocif et l'usage avec dépendance (8).

2.2 Repérage précoce et intervention brève (RPIB) :

2.2.1 Repérage précoce :

Le repérage d'un TUAL est une mission du médecin généraliste, cela nécessite un savoir-faire relationnel pour aborder la question de la consommation d'alcool avec un patient.

Plusieurs indices psycho-sociaux, cliniques ou biologiques peuvent amener le médecin généraliste à repérer un TUAL : problèmes relationnels, troubles du sommeil, anxiété, hypertension artérielle, troubles gastro-intestinaux, troubles cognitifs, accidents répétés, macrocytose, perturbation du bilan hépatique, etc.

La SFA préconise de réactualiser ce repérage régulièrement étant donné que la consommation d'alcool est évolutive dans le temps (8).

Les outils de repérage les plus performants en médecine générale sont le questionnaire **AUDIT** (ou sa version abrégée **AUDIT-C** reprenant les 3 premières questions du test complet) et le questionnaire **FACE** présentés en Annexe 2.

2.2.2 Intervention brève :

L'intervention brève s'adresse aux patients présentant un TUAL. Elle n'est pas standardisée, les 2 éléments les plus efficaces et qui restent brefs sont d'encourager l'auto-évaluation de la consommation et susciter régulièrement l'engagement de la personne dans la réduction de la consommation. Il est utile de répéter cette intervention dans le temps et de l'adapter au niveau de risque de la consommation.

La pratique de l'intervention brève en médecine générale semble bien répandue puisque 81,8 % des médecins généralistes déclaraient, pour la ROSP 2018, qu'au moins 75 % de leurs patients identifiés comme consommateurs excessifs d'alcool avaient bénéficiés d'une intervention brève (18).

2.2.3 La pratique du RPIB en médecine générale :

Le sondage effectué pour la Cour des comptes en 2016, auprès d'un échantillon représentatif de 300 médecins généralistes, montrait tout d'abord la faible diffusion du RPIB, 66 % des médecins généralistes interrogés ne connaissaient pas le RPIB. Cela était notamment expliqué par le fait que 62 % d'entre eux n'ont pas suivi de formation initiale ou continue en addictologie (4). Plus de la moitié des médecins (55 %) déclaraient avoir du mal à parler de l'alcool quand cela n'est pas l'objet de la consultation.

La HAS propose 6 étapes pour le RPIB : (7)

- une évaluation de la consommation d'alcool (avec la possibilité de s'aider de la Figure 4)
- une information sur le verre-standard
- un échange sur les risques liés à l'alcool
- des explications sur les avantages d'une réduction de la consommation d'alcool
- des explications sur les méthodes de réduction de la consommation d'alcool
- une proposition d'objectif en laissant le choix au patient



Figure 4 : Équivalences entre le conditionnement et le nombre de verre-standard par la SFA

Dans ses recommandations de 2014, la SFA reprenait les seuils de l'OMS c'est-à-dire 21 verres-standard par semaine pour les hommes et 14 verres-standard par semaine pour les femmes. Tout en précisant que ces seuils étaient assez bien intégrés par les professionnels de santé et qu'il ne semblait pas judicieux de les modifier. Depuis ces seuils ont été remis en question par la communauté scientifique. En 2019, Santé publique France a ainsi mis en place une campagne d'information pour faire connaître les nouveaux repères auprès de la population : « si l'on consomme de l'alcool, maximum 10 verres par semaine, maximum 2 verres par jour, et des jours dans la semaine sans consommation » (19).

2.3 Prise en charge d'un TUAL :

La prise en charge d'un TUAL varie selon son niveau de sévérité et l'objectif du patient : l'abstinence ou la réduction de la consommation. La SFA a présenté des recommandations sur les différentes stratégies de prise en charge d'un TUAL en prenant en compte l'objectif du patient. Selon la catégorie de l'usage d'alcool, ces recommandations sont présentées dans la Figure 5 ou la Figure 6.

Le patient doit être acteur de son projet de soins, le médecin généraliste peut l'adresser à un CSAPA ou à un service d'addictologie si besoin. Au-delà du RPIB, plusieurs interventions thérapeutiques peuvent s'envisager chez le médecin généraliste :

- des interventions psychosociales : le renforcement de la motivation au changement, le renforcement du soutien de l'entourage, l'orientation vers des associations d'entraide, la prévention de la rechute, etc,
- des interventions pharmacologiques : les benzodiazépines dans la prévention du syndrome de sevrage, une supplémentation vitaminique à adapter selon l'évaluation nutritionnelle, un traitement addictolytique suivant l'objectif du patient.

Afin d'améliorer la prise en charge globale du patient, les conséquences sociales de la consommation d'alcool sont à évaluer, parallèlement à la recherche de complications somatiques et psychiatriques. Le rôle du médecin généraliste peut également être d'effectuer les démarches administratives nécessaires pour une déclaration en ALD 30, une reconnaissance d'un handicap physique, cognitif ou psychiatrique.

Certaines situations nécessitent une prise en charge hospitalière lors du sevrage : (8)

- antécédents de delirium tremens ou crises comitiales
- polyconsommation
- dépendance physique sévère, échec de sevrages ambulatoires itératifs
- comorbidités somatiques et/ou psychiatriques sévères ou instables, fragilité liée à l'âge
- demande pressante de l'entourage, isolement ou précarité sociale
- grossesse

Mais dans la plupart des cas un sevrage ambulatoire peut être envisagé.

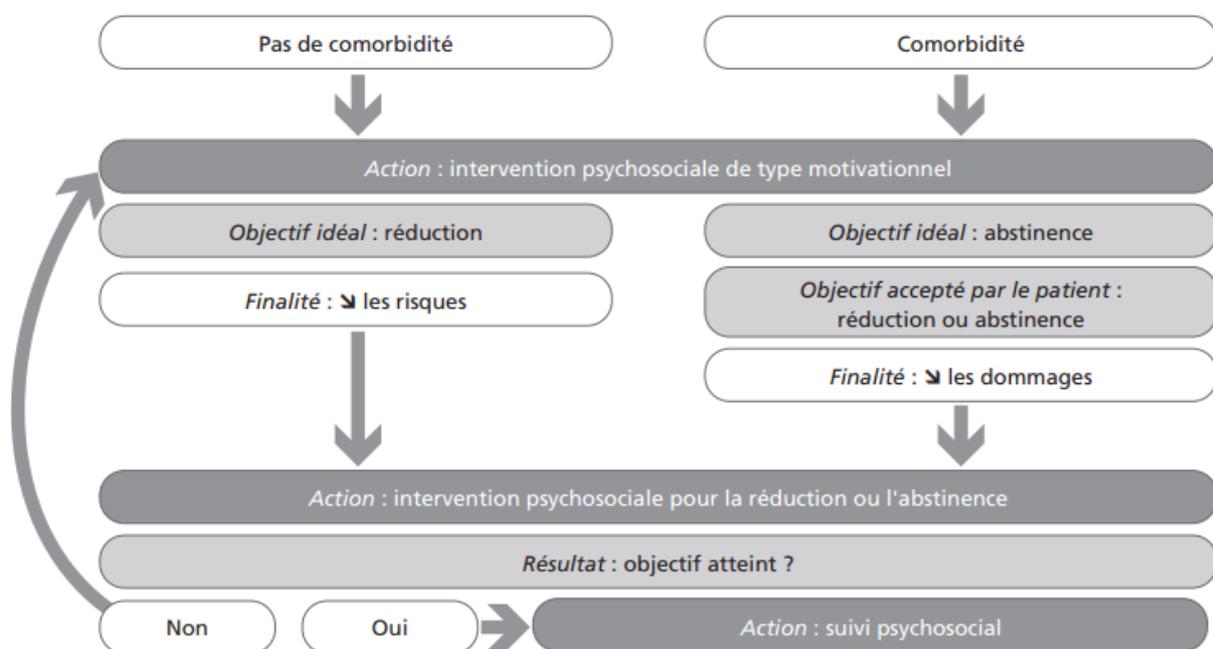


Figure 5 : Recommandations de bonne pratique de la SFA à destination des médecins généralistes chez les patients présentant un usage à risque ou un usage nocif.

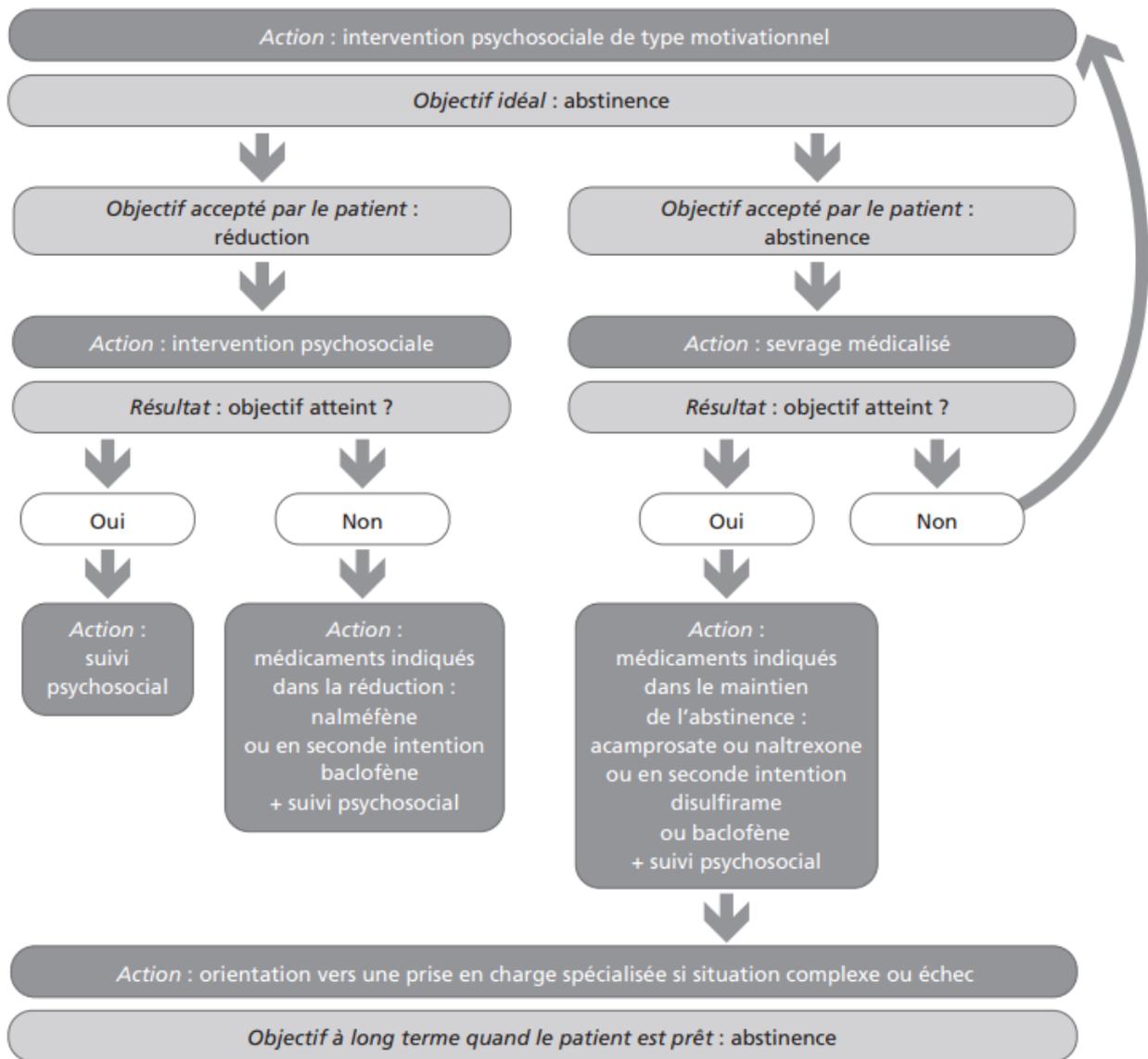


Figure 6 : Recommandations de bonne pratique de la SFA à destination des médecins généralistes chez les patients présentant un usage avec dépendance.

3. Le médecin généraliste :

3.1 Définition européenne de la médecine générale :

En 2002, la WONCA Europe a établi une définition de la médecine générale et a décrit les compétences essentielles requises pour un médecin généraliste (20).

Ainsi onze caractéristiques définissent la médecine générale :

1. Elle est habituellement le **premier contact avec le système de soins**, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toutes autres caractéristiques de la personne concernée.
2. Elle utilise de façon efficiente les ressources du système de santé par la **coordination des soins**, le travail avec les autres professionnels de soins primaires et la gestion du recours aux autres spécialités, se plaçant si nécessaire en défenseur du patient.
3. Elle développe une **approche centrée sur la personne** dans ses dimensions individuelles, familiales, et communautaires.
4. Elle utilise un mode de consultation spécifique qui construit dans la durée une relation médecin-patient basée sur une **communication appropriée**.
5. Elle a la responsabilité d'assurer des **soins continus et longitudinaux**, selon les besoins du patient.
6. Elle base sa démarche décisionnelle spécifique sur la **prévalence** et l'**incidence** des maladies en soins primaires.
7. Elle gère simultanément les **problèmes de santé aigus et chroniques** de chaque patient.
8. Elle intervient à un **stade précoce et indifférencié du développement des maladies**, qui pourraient éventuellement requérir une intervention rapide.
9. Elle favorise la **promotion** et l'**éducation pour la santé** par une intervention appropriée et efficace.
10. Elle a une **responsabilité spécifique de santé publique** dans la communauté.
11. Elle répond aux problèmes de santé dans leurs **dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle**.

Les six compétences fondamentales du médecin généraliste décrites par la WONCA Europe sont :

- La gestion des soins de santé primaires (*correspondant aux caractéristiques 1 et 2*)
- Les soins centrés sur la personne (*correspondant aux caractéristiques 3, 4 et 5*)
- L'aptitude spécifique à la résolution de problèmes (*correspondant aux caractéristiques 6 et 8*)
- L'approche globale (*correspondant aux caractéristiques 7 et 9*)
- L'orientation communautaire (*correspondant à la caractéristique 10*)
- L'adoption d'un modèle holistique (*correspondant à la caractéristique 11*)

Le médecin généraliste est un médecin spécialiste formé aux principes de la discipline de la médecine générale. Il est de sa responsabilité d'assurer le développement et le maintien de ses compétences.

De par ses compétences spécifiques et sa place dans le système de soins, le médecin généraliste est le plus à même de repérer les patients ayant un TUAL et proposer une prise en charge adaptée.

3.2 La relation médecin-malade :

La relation médecin-malade a évolué au fur et à mesure du temps en fonction des évolutions sociétales. Initialement basée sur un modèle paternaliste dans lequel le patient fait confiance et se conforme aux informations apportées par le médecin, la relation médecin-malade est désormais basée sur un modèle de décision médicale partagée. Il s'agit d'une démarche décisionnelle comprenant 4 étapes décrites initialement en 1997 et reprises par la HAS en 2013 : (21)

- établir, par le médecin, une atmosphère propice à l'échange de sorte que le patient perçoive que, s'il le souhaite, son opinion sur les différentes options thérapeutiques est nécessaire et sera valorisée.

- rechercher les préférences des patients concernant les différentes options du traitement, afin de s'assurer que celles-ci sont compatibles avec son mode de vie.

- échanger les informations connues : il s'agit pour le médecin de transmettre des informations techniques sur les différentes options possibles, dont celle de ne pas être traité, sur leurs risques et bénéfices probables, d'une manière claire, objective et compréhensible ; il s'agit pour le patient de faire part des informations qu'il a pu recueillir avant la consultation et de ses valeurs, ce qui est important pour lui au regard du choix du traitement. Cet échange n'est pas une simple question où le professionnel apporte de la connaissance et le patient des valeurs ; le patient lui-même peut avoir acquis une connaissance en dehors de la consultation. Il s'agit alors pour le médecin, au travers des questions qu'il adresse au patient, de s'enquérir de l'information recueillie par le patient et de ses

représentations personnelles sur lesquelles il fonde ses préférences, une attention particulière du médecin doit être portée à la manière dont il approche les notions de bénéfices/risques, ceux-ci étant définis de manière statistique et non pour ce patient singulier.

- trouver un accord commun et prendre une décision que les deux parties acceptent. Cet accord mutuel est une caractéristique essentielle du processus de décision partagée.

Ainsi il s'agit d'améliorer la participation du patient dans les décisions qui concernent sa santé, ceci est notamment utile dans les pathologies chroniques.

Une étude de 2018 a mis en évidence que 90 % des patients présentant un trouble de l'usage d'alcool préféraient avoir un rôle actif dans la prise de décision, avec dans la majorité un fort besoin d'autonomie. 40 % des patients préféraient une relation basée sur le modèle de la décision médicale partagée, 50 % pour le modèle informatif où seul le patient prend les décisions et 10 % pour le modèle paternaliste (22).

La relation médecin-malade se construit au fil des consultations et elle exerce une influence sur la santé du malade. Une revue systématique de la littérature publiée en 2006 a montré l'efficacité thérapeutique en médecine générale de ce que Balint appelait le « remède-médecin ». Pour mener vers un effet thérapeutique en soi, l'approche du médecin généraliste doit s'articuler autour d'une écoute active et empathique avec une compréhension des problèmes, des attentes et des représentations du patient. Le médecin généraliste doit acquérir des compétences en communication pour rassurer, conseiller, expliquer, motiver et modifier les perceptions du patient (23).

L'exploration de la relation médecin-malade nous est ainsi apparue nécessaire dans notre étude.

3.3 Le médecin généraliste et l'abord du sujet de l'alcool :

Selon le Baromètre santé médecins généralistes 2009 réalisé par l'INPES, 23 % des médecins déclarent aborder au moins une fois le thème de la consommation d'alcool avec chaque patient (contre 63,2 % pour le tabac). 72,7 % des médecins le font cependant s'ils considèrent que leur patient encourt un risque et 4,3 % des médecins n'abordent jamais le sujet sauf à la demande du patient.

12,9 % des médecins déclarent avoir recours aux questionnaires sur les consommations d'alcool.

51,6 % des médecins interrogés déclarent avoir vu au cours de la dernière semaine au moins un patient dans le cadre d'un sevrage thérapeutique en alcool.

Pour 60,4 % des médecins, le sujet de l'alcool est facile à aborder (24).

Les difficultés rencontrées par les médecins généralistes pour aborder le sujet de l'alcool ont été étudiées à de nombreuses reprises. Une revue de la littérature a été effectuée en 2015 avant la réalisation d'une étude qualitative en 2017, menée auprès de 11 médecins généralistes sur le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge des patients présentant un TUAL. Cette revue de la littérature mettait en évidence différents freins à la prise en charge des TUAL : le manque de formation et de connaissance, le manque de temps, le manque de rémunération spécifique, la peur de perdre des patients, les propres représentations du médecin vis-à-vis du TUAL, sa propre consommation d'alcool mais également un manque d'intérêt et un risque de déception du fait des nombreux échecs de prise en charge (25).

Un sondage téléphonique mené par la société Ipsos en 2002 auprès de 1600 personnes révélait que 7 % des sondés ayant consulté leur médecin généraliste au cours de l'année, avaient abordé le sujet de l'alcool avec celui-ci (26).

Dans une étude menée en 2017 auprès de 81 patients suivis en CSAPA pour un TUAL, 55 % des patients avaient abordés le sujet de l'alcool avec leur médecin généraliste. Pour 71 % d'entre eux cela n'avaient posé aucune difficulté (27).

4. La motivation au changement :

4.1 Un processus complexe :

La motivation au changement est un facteur déterminant dans la prise en charge globale des patients présentant un TUAL. Or changer de comportement envers la consommation d'alcool est un processus complexe, les patients sont souvent ambivalents et résistants à cette idée.

Généralement les patients sont partagés entre l'idée de changer leur consommation d'alcool du fait de ses conséquences négatives et la nécessité de maintenir cette consommation du fait des plaisirs ressentis. L'ambivalence peut ainsi bloquer un patient dans son comportement pendant longtemps. La façon dont le médecin généraliste aborde le sujet de l'alcool peut influencer sur la résolution de cette ambivalence.

La résistance du patient au changement peut être la résultante d'interaction inadaptée avec le médecin généraliste notamment lorsque celui-ci adopte l'attitude du réflexe correcteur. Ce réflexe correcteur émane souvent du désir du médecin généraliste de prendre partie pour le changement, afin notamment d'améliorer la santé du patient ou de répondre aux inquiétudes de l'entourage. Le médecin généraliste doit plutôt explorer et comprendre les motivations du patient, et favoriser le discours-changement. C'est au patient d'exprimer les arguments en faveur du changement (28).

Mais cela est d'autant plus complexe que les patients peuvent présenter des troubles cognitifs liés à l'alcool qui peuvent entraver le projet de soins. Une étude menée à Caen en 2012 suggère qu'un ensemble de capacités cognitives complémentaires telles que la mémoire, les fonctions exécutives et les compétences de prise de décision sont nécessaires pour atteindre la conscience et résoudre l'ambivalence envers le TUAL (29).

Il convient alors de procéder à un repérage de ces troubles cognitifs, après sevrage de tout psychotrope, à l'aide du MoCA test ou du test BEARNI, présentés en Annexe 3, et se diriger si nécessaire vers une prise en charge neuropsychologique pour une remédiation cognitive.

Plusieurs théories existent concernant la motivation au changement. La plus couramment utilisée en addictologie est le modèle transthéorique de Prochaska et DiClemente décrivant les différents stades du changement. La théorie de l'auto-détermination de Deci et Ryan est également intéressante pour comprendre la dynamique de la motivation, et ainsi mieux comprendre les modalités d'action de l'entretien motivationnel.

4.2 Le modèle transthéorique de Prochaska et DiClemente :

Une des théories sur la motivation est que le changement de comportement passe par différents stades décrits en 1982 par Prochaska et DiClemente. Ces différents stades permettent au médecin de situer le patient dans sa motivation au changement et d'adapter sa stratégie thérapeutique :

- le stade de *pré-contemplation* : le patient n'envisage pas de changement, il ressent essentiellement les bénéfices de sa consommation ;
- le stade de *contemplation* : le patient reconnaît son problème mais ressent de l'ambivalence par rapport au changement, il hésite à renoncer aux bénéfices de la situation actuelle et utilise la balance décisionnelle pour comparer les aspects positifs et négatifs de sa consommation ;
- le stade de la *préparation à l'action* : le patient établit un plan de changement mais l'ambivalence persiste à un moindre degré ;
- le stade de *l'action* : le patient est dans le changement de comportement ;
- le stade du *maintien* : le patient entretient un nouveau mode de vie.

La *rechute*, elle peut intervenir à tout stade et est souvent perçue comme un échec. Elle est fréquente, une étude de 2015 portant sur 242 patients montrait que le taux de rechute cumulé sur 1 an était de 71,9 % (30).

La *consolidation* est présente quand le patient a réussi son processus de changement.

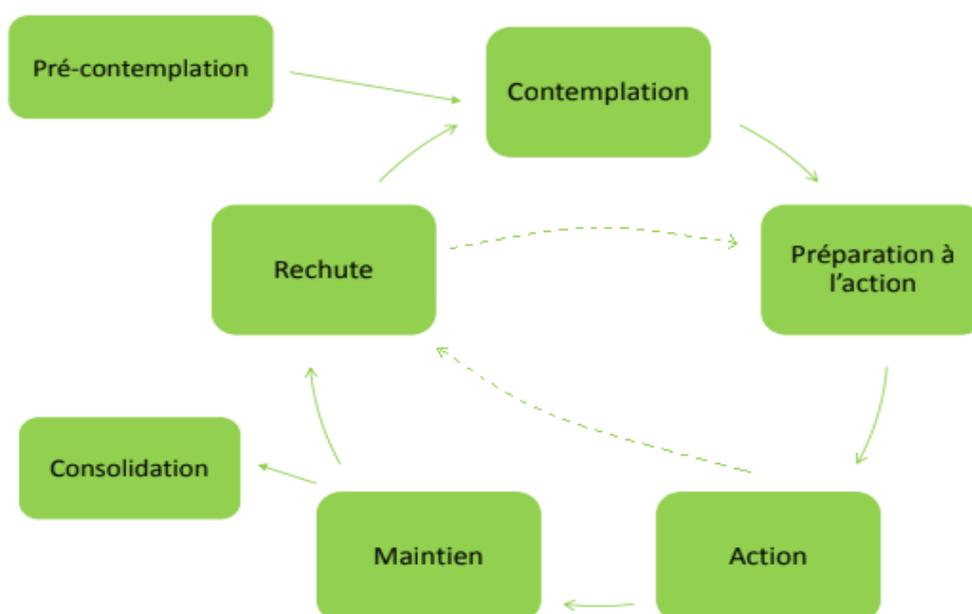


Figure 7 : Les différents stades du changement selon Prochaska et DiClemente

4.3 La théorie de l'autodétermination de Deci et Ryan :

Développée par Deci et Ryan, la théorie de l'autodétermination est basée sur les besoins psychologiques des patients d'autonomie, de compétence et d'appartenance sociale. Le patient a un besoin fondamental d'être le maître de ses comportements et de les choisir. Trois grandes formes de motivation sont ainsi décrites : (31)

- la *motivation intrinsèque* : c'est le plaisir ou la satisfaction qui amènent le patient à maintenir son changement de comportement envers l'alcool ;
- la *motivation extrinsèque* : c'est de recevoir une récompense ou d'éviter une punition qui amènent le patient à changer sa consommation d'alcool ;
- l'*amotivation* : c'est l'absence de motivation.

4.4 L'entretien motivationnel :

L'entretien motivationnel développée par Miller et Rollnick à partir de 1983, a pour but d'aider le patient à explorer et résoudre son ambivalence, à renforcer la motivation et à soutenir son engagement vers le changement. Il requiert une attitude empathique avec une approche centrée sur le patient, afin que le patient verbalise les arguments en faveur du changement et se convainc lui-même de changer. L'erreur que peut faire le médecin est de se placer dans une position d'expert. Il faut plutôt soutenir l'autonomie du patient et fonder l'entretien sur une écoute non jugeante. Le respect du rythme du patient face au changement est primordial (31).

Il suffit ainsi de quelques techniques de communication pour faciliter la motivation au changement. Mais cela n'est pas enseigné lors de la formation initiale des médecins.

Une étude qualitative a été réalisée en 2013 à l'université de Caen en lien avec l'AFDEM¹ portant sur l'intérêt personnel des médecins généralistes à la formation et à la pratique de l'entretien motivationnel (32). 19 médecins généralistes formés ayant participé à l'étude, décrivent ainsi une amélioration de la relation médecin-malade permettant une diminution des résistances. Ils décrivent aussi une diminution du sentiment d'impuissance face aux patients difficiles.

¹ L'AFDEM est une Association Francophone de Diffusion de l'Entretien Motivationnel créée en 2003, proposant des formations à l'entretien motivationnel.

5. Objectif de l'étude :

L'alcool est un problème majeur de santé publique. Le médecin généraliste est le premier interlocuteur des patients. Mais son implication dans la prise en charge des troubles de l'usage d'alcool est insuffisante. Pourtant des outils sont disponibles pour aider le médecin généraliste. Les freins à la prise en charge des patients présentant un trouble de l'usage d'alcool ont été étudiés à de multiples reprises, mais les études s'intéressaient essentiellement au point de vue du médecin généraliste (33) (34) (35).

L'objectif de cette étude était de recueillir le point de vue des patients sur le rôle du médecin généraliste dans les soins addictologiques et plus particulièrement son rôle dans la motivation au changement.

L'hypothèse initiale était que l'implication du médecin généraliste dans les soins addictologiques pouvait influencer la motivation du patient dans son projet de soins.

Les objectifs secondaires de cette étude étaient :

- d'évaluer les leviers et les freins à la prise en charge du TUAL en médecine générale selon le point de vue des patients ;
- d'évaluer les attentes des patients envers leur médecin généraliste après un sevrage hospitalier.

II. Matériel et méthode :

1. Description de l'étude :

Nous avons réalisé une étude qualitative à travers des entretiens individuels semi-directifs.

Les entretiens ont été menés par une étudiante en médecine ayant terminée ses stages d'internat et exerçant comme remplaçante en médecine générale depuis mai 2018. Pour cette étude elle a bénéficié d'une formation concernant la méthode de recherche qualitative au cours d'une matinée.

2. Population étudiée :

L'étude concernait les patients hospitalisés dans le service d'addictologie du CHU de Caen.

Étaient inclus dans notre étude tous les patients :

- majeurs,
- présentant un TUAL,
- hospitalisés pour bénéficier de soins addictologiques,
- sevrés en alcool,
- ayant participé ou non aux soins de psycho-éducation proposés par le service,
- sortants du service,
- en capacité de donner leur consentement pour la participation à l'étude,
- ayant ou non un médecin généraliste.

Le recrutement s'est effectué lors de différentes sessions le vendredi matin. L'organisation du service d'addictologie du CHU de Caen est en général basée sur des hospitalisations programmées avec une phase de sevrage puis un programme d'information et de prévention de la rechute. Ces programmes sont réalisés sur une semaine, faisant que les sorties d'hospitalisation se déroulent en fin de semaine, le vendredi. Le recrutement a été poursuivi jusqu'à obtention de la saturation des données.

Le choix d'un recrutement en milieu hospitalier s'est imposé notamment par le profil des patients interrogés. Cela avait pour avantage d'avoir des patients sevrés de l'alcool et investis dans le soin addictologique. Nous avons décidé de voir les patients au moment de leur sortie car le recrutement à distance de l'hospitalisation aurait pu être plus compliqué du fait du risque de rechute et de contraintes organisationnelles pour revoir les patients.

3. Élaboration du guide d'entretien :

Les entretiens ont été réalisés à partir d'un guide d'entretien reprenant les grandes thématiques de notre étude. Notre démarche étant semi-directive, ce guide d'entretien n'a pas été utilisé de manière linéaire, son but était d'orienter les discussions. De même, le contenu de ce guide a évolué au fil des entretiens pour mieux s'adapter à la réalité des discussions, sa version finale est présentée en Annexe 4.

Pour l'élaboration de ce guide, nous avons déterminé six parties :

- la *première partie* était une introduction avec une mise en confiance du participant, ainsi une question ouverte et générale permettait d'initier la discussion, puis des questions de relance étaient formulées concernant notamment l'hospitalisation ;
- la *deuxième partie* concernait le vécu du patient et les facteurs motivationnels qui l'ont amené à faire cette démarche de soins, une question ouverte concernant le vécu du patient autour de l'alcool était posée suivie de questions de relance sur les facteurs motivationnels, si ceux-ci n'avaient pas été évoqué par le patient lui-même ;
- la *troisième partie* concernait la relation médecin-patient avec des questions de relance afin de mieux comprendre cette relation ;
- la *quatrième partie* concernait la perception que les patients avaient du rôle du médecin généraliste dans les soins addictologiques ;
- la *cinquième partie* concernait les attentes que les patients avaient envers leur médecin généraliste ;
- la *sixième et dernière partie* était une conclusion avec une ouverture sur des suggestions.

Une adaptation des questions était prévue pour les patients n'ayant pas de médecin généraliste, afin d'avoir également leur point de vue.

Une session test a été réalisée auprès de trois patients, cela a permis à l'investigatrice de tester et de modifier le guide d'entretien. Cette session test a permis également de revoir l'organisation des entretiens afin que les patients aient le temps de participer à l'étude avant de sortir du service.

4. Recueil des données :

4.1 Lieu de réalisation des entretiens :

Les entretiens ont été réalisés dans le service d'addictologie du CHU de Caen.

Pour la session test et pour les deux premières sessions, les entretiens ont été réalisés dans le bureau du docteur Eude, avec une disposition habituelle d'une salle de consultation avec l'investigatrice assise à la place du médecin.

Pour les cinq autres sessions, les entretiens ont été réalisés dans le bureau du docteur Van Der Schuren qui comporte un petit espace salon avec une table ronde et quatre chaises, ainsi les participants et l'investigatrice n'étaient plus dans une configuration patient-médecin, plus propice aux échanges.

4.2 Déroulement des entretiens :

Les entretiens ont été réalisés les vendredis matins, lors de la sortie des patients du service d'addictologie. Ils se sont déroulés de septembre à novembre 2019.

Après le recrutement des patients, l'investigatrice se présentait à eux avec une note d'information, présentée en Annexe 5, et une fiche de recueil de consentement à l'enregistrement audio, présentée en Annexe 6, sur laquelle figurait également les modalités pour le retour des transcriptions. Les patients pouvaient venir à tout moment pour participer à l'entretien.

Après la réception des fiches de consentement à l'enregistrement audio signées, les entretiens ont été enregistrés grâce à l'application dictaphone du téléphone portable de l'investigatrice.

Un point a été réalisé après la troisième session, soit après l'entretien n°8. L'investigatrice était notamment en difficulté concernant la durée des entretiens qu'elle trouvait parfois courte, avec une nécessité pour elle d'avoir un contenu d'information conséquent à chaque entretien. Il lui a fallu accepter de n'avoir que peu d'information lors de certains entretiens. Elle devait également éviter de suggérer des réponses, parfois elle avait tendance à poser des questions trop fermées voire orientées.

4.3 Transcription des entretiens :

La transcription des entretiens a été réalisée par l'investigatrice qui, du fait de contraintes personnelles et professionnelles, n'a pas pu le faire dans l'immédiateté après chaque entretien. Certaines transcriptions ont été réalisées un mois après leur enregistrement.

Les transcriptions ont été réalisées en verbatim à l'aide du logiciel de traitement de texte OpenOffice Writer ®, en respectant l'anonymat des participants et des personnes évoquées.

L'investigatrice s'est basée sur des conseils publiés en 2016 sur la transcription d'entretien en sciences sociales (36).

La différenciation des propos de l'investigatrice et des participants est réalisée grâce aux lettres « I » pour l'investigatrice et « E » suivi du numéro d'ordre de la réalisation des entretiens pour les participants.

La transcription a ensuite été envoyée aux participants qui le souhaitent afin qu'ils puissent y apporter des corrections ou des commentaires éventuels.

5. Méthode d'analyse des données :

Pour analyser les données, nous avons procédé à une analyse thématique. Nous avons d'abord réalisé un codage vertical entretien par entretien permettant de ressortir des unités de sens, ce qui a conduit à l'élaboration de thèmes et de sous-thèmes. Puis nous avons réalisé un codage horizontal en regroupant les unités de sens des différents entretiens, selon les thèmes et les sous-thèmes que nous avons définis.

Nous n'avons pas utilisé de logiciel pour l'analyse des données.

6. Éthique :

Afin d'assurer une dimension éthique à notre travail nous avons sollicité le CLERS qui a émis un avis favorable, présentée en Annexe 7.

Aucune aide financière ou matérielle n'a été apportée lors de cette étude.

Les participants n'ont reçu aucune rétribution.

L'investigatrice ne déclare aucun conflit d'intérêt.

III. Résultats :

1. Caractéristique de l'échantillon :

1.1 Nombre de patients inclus dans l'étude :

19 patients ont été inclus dans l'étude mais 2 d'entre eux ont refusés de participer aux entretiens.

Ces deux refus ont eu lieu lors de la troisième session d'entretien.

Les motifs des refus étaient, pour le premier, un stress par rapport à la sortie d'hospitalisation avec une longue histoire de consommation qu'il ne voulait pas raconter. Le second refus était celui du voisin de chambre qui avait une contrainte de sortie et n'avait pas de temps à accorder pour l'entretien.

1.2 Genre et âge des participants :

L'échantillon comptait donc 17 participants, 3 femmes (18 %) et 14 hommes (82 %) dont la répartition est représentée sur la Figure 8 puis détaillée dans le Tableau 2 :

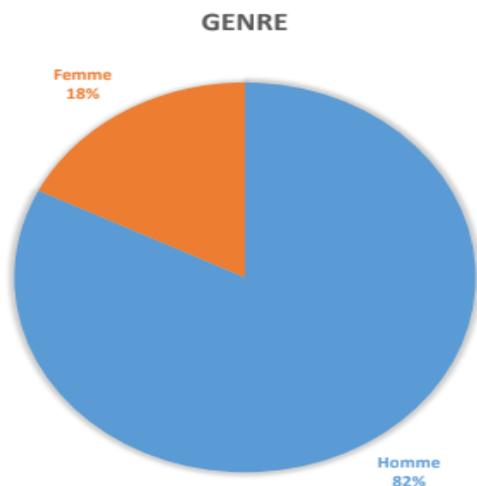


Figure 8 : Répartition des participants à l'étude selon le genre

E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11	E12	E13	E14	E15	E16	E17
♂49	♂55	♂63	♂37	♂61	♂58	♀46	♂39	♀33	♂54	♂62	♂44	♂44	♂59	♂59	♀39	♂46

Tableau 2 : Genre et âge des participants classés par entretien (♂ = homme, ♀ = femme)

L'âge moyen des participants à l'étude était de 49,9 ans, avec un âge moyen pour les femmes de 39,3 ans et pour les hommes de 52,1 ans.

Le minimum était de 33 ans et le maximum 63 ans, avec un écart-type de 9,4.

1.3 Données concernant le médecin généraliste :

Au moment de l'étude, un seul participant n'avait pas de médecin généraliste.

À noter qu'un participant avait commencé un suivi avec un médecin généraliste juste avant l'hospitalisation, sous conseil de la secrétaire du service d'addictologie.

Sur les 16 médecins généralistes déclarés au moment de l'étude, il y avait 4 femmes médecins (25 %) et 12 hommes médecins (75 %).

Un fait intéressant sur les données des médecins généralistes montre que les femmes participant à l'étude étaient toutes suivies par des femmes médecins et la majorité des hommes par des hommes médecins, sauf pour un participant qui était suivi par une femme (il s'agit du participant ayant recherché un médecin juste avant son hospitalisation).

La tranche d'âge des médecins généralistes la plus représentée dans notre étude est 55-60 ans. La répartition des tranches d'âge des médecins généralistes des participants au moment de l'étude est présentée dans la Figure 9. Il s'agit d'une estimation de l'âge du médecin généraliste faite par les patients.

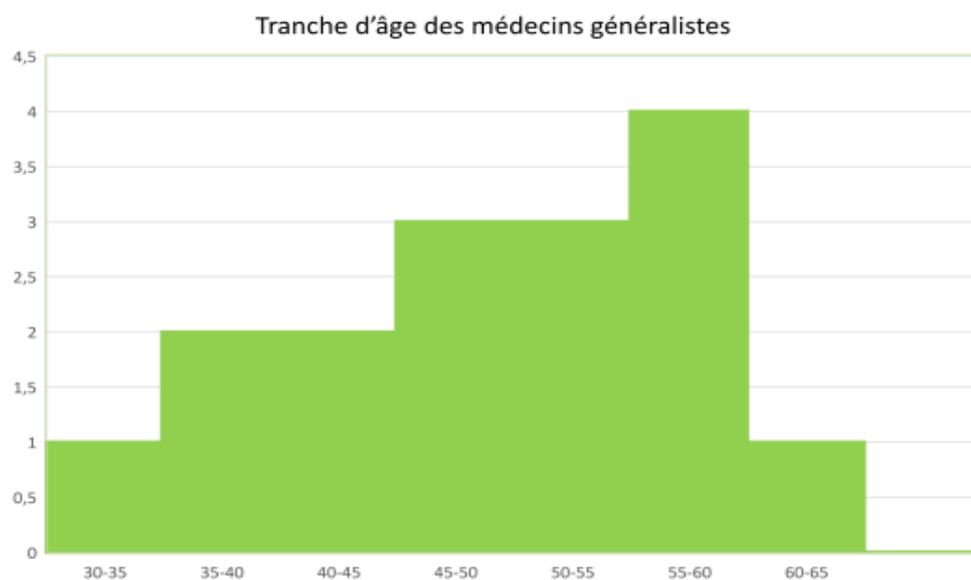


Figure 9 : Représentation de la tranche d'âge des médecins généralistes des participants au moment de l'étude

1.4 Abord du sujet de l'alcool avec le médecin généraliste :

Sur les 16 participants ayant un médecin généraliste au moment de l'étude, la majorité a eu une discussion à propos de la consommation d'alcool avec leur médecin généraliste. Seul le patient de l'entretien n°6 n'a eu aucune discussion avec son médecin généraliste à propos de l'alcool. Le patient de l'entretien n°1 avait abordé brièvement le sujet avec son médecin généraliste il y a plusieurs années. Quant aux patients des entretiens n°11 et n°13, ils ont parlé de leur TUAL avec leur médecin généraliste juste avant leur hospitalisation.

1.5 Données concernant la prise en charge du TUAL :

12 participants à l'étude avaient déjà bénéficié d'une prise en charge de leur TUAL avant cette hospitalisation. La majorité de ces participants (E3, E4, E7, E8, E9, E10, E14, E15, E16 et E17) rapporte une implication de leur médecin généraliste actuel dans la prise en charge de leur TUAL. Un seul participant, celui de l'entretien n°5, a témoigné d'une prise en charge de son TUAL, il y a plusieurs années, par un médecin généraliste ayant une formation en addictologie.

2. Caractéristique des entretiens :

Les 17 entretiens ont été réalisés au cours de 7 sessions différentes. La répartition des entretiens par session est présentée dans le Tableau 3 :

Session 1			Session 2			Session 3		Session 4		Session 5			Session 6	Session 7		
E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11	E12	E13	E14	E15	E16	E17

Tableau 3 : Répartition des entretiens par session

La durée moyenne des entretiens était de 19 minutes.

L'entretien le plus court a duré 10 minutes et le plus long a duré 42 minutes.

12 participants ont souhaité recevoir la transcription par mail ou par courrier postal. Un seul participant y a répondu, son commentaire a été ajouté à la suite de la transcription.

3. Analyse des résultats :

À partir des 17 entretiens réalisés, nous avons dégagé 6 thèmes répondants à nos objectifs d'étude :

- les compétences du médecin généraliste vis-à-vis de la prise en charge du TUAL selon les patients,
- la place du médecin généraliste parmi les autres acteurs de la prise en charge du TUAL selon les patients,
- les leviers à la prise en charge du TUAL en médecine générale selon les patients,
- les freins à la prise en charge du TUAL en médecine générale selon les patients,
- l'influence du médecin généraliste sur la motivation des patients aux soins,
- les attentes des patients envers leur médecin généraliste pour la suite des soins.

Les résultats sont présentés sous forme de carte mentale que l'on retrouve dans la Figure 10, puis détaillés avec les verbatims illustrant les différents thèmes et sous-thèmes.

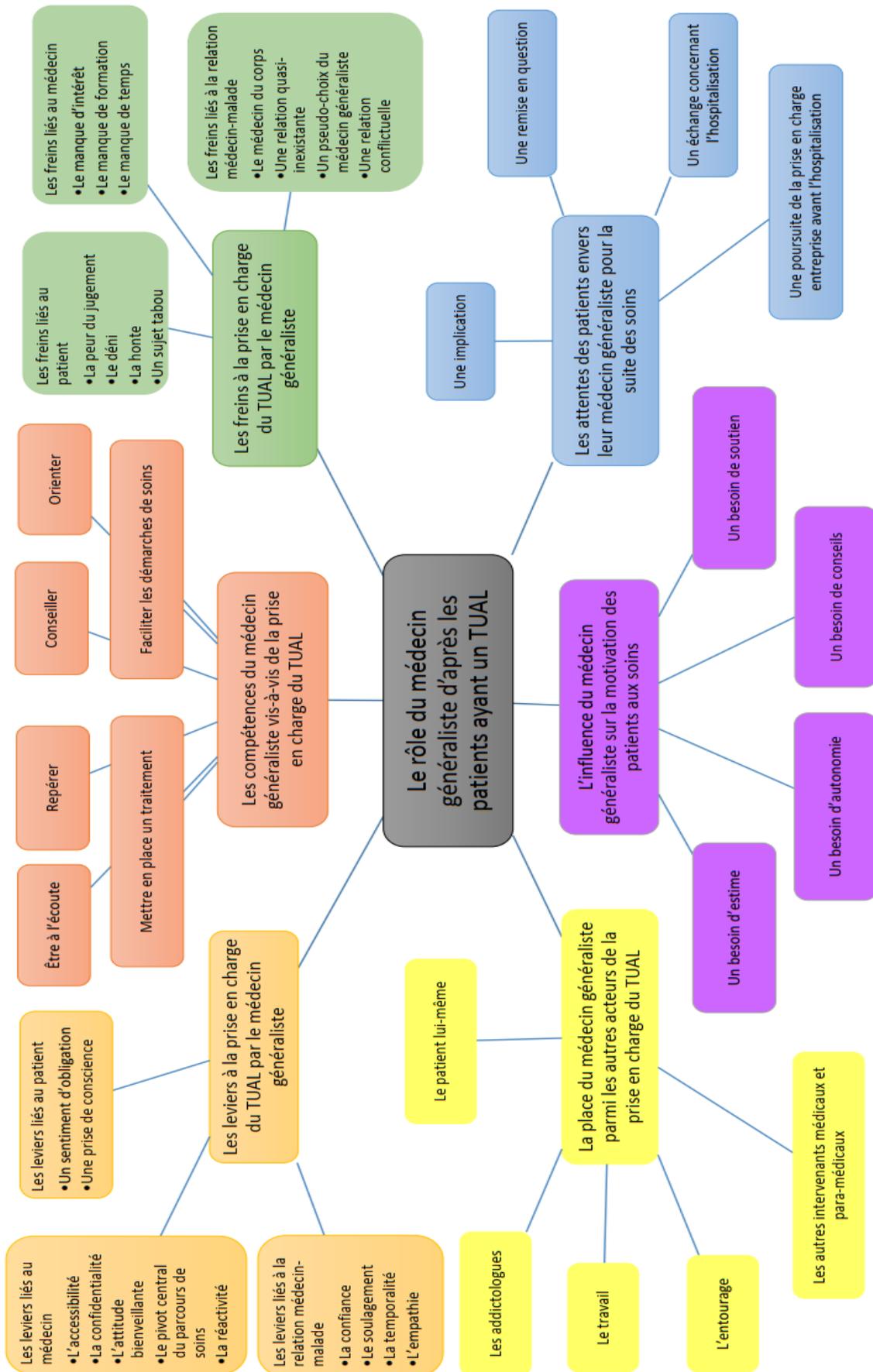
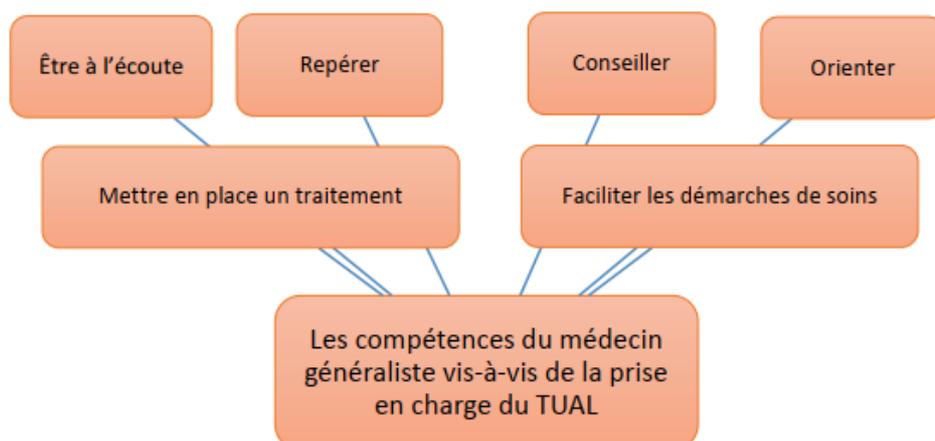


Figure 10 : Présentation schématique des résultats sous forme de carte mentale

3.1 Les compétences du médecin généraliste vis-à-vis de la prise en charge du trouble de l'usage d'alcool :



Un premier thème s'est dégagé lors de l'analyse des 17 entretiens réalisés. En discutant du rôle du médecin généraliste dans les soins addictologiques, les participants ont mis en évidence plusieurs compétences qui lui sont attribuées dans la prise en charge d'un TUAL :

- être à l'écoute,
- repérer le TUAL,
- conseiller,
- orienter,
- mettre en place un traitement,
- faciliter les démarches de soins.

3.1.1 Être à l'écoute :

En interrogeant les patients, ils attribuent au médecin généraliste une capacité d'écoute qui lui confère un rôle important dans la prise en charge du TUAL. Être à l'écoute semble être le premier rôle du médecin généraliste pour plusieurs patients. Le médecin généraliste est notamment celui qui va écouter ce que le patient ne peut pas forcément dire à son entourage.

- E1 : « *pis bon c'est des gens qui sont ouverts quand même, qui... qui sont à l'écoute quoi... on peut leur dire... on peut en parler sérieusement quoi...* »
- E2 : « *Euh... bah de, bah d'écouter déjà* »
- E4 : « *Ouais bah en psychologie déjà, le fait d'en parler ça fait du bien quoi.* »

- E6 : « *Puis l'écoute hein, c'est un médecin, il peut m'écouter, m'écouter un peu plus que la famille ou des trucs comme ça.* »
- E10 : « *Non euh, bah j'pense que il a fait son rôle euh... il a... il a été à mon écoute euh...* »
- E16 : « *et puis euh... d'être à l'écoute* »

En demandant aux patients quel rôle a pu avoir leur médecin généraliste après avoir discuté de leur problème d'alcool, une réponse spontanée est revenue le plus souvent : il s'agit de l'écoute.

- E5 : « *donc il y a eu une écoute...* »
- E8 : « *Il était à l'écoute.* »
- E10 : « *pour ma part il a été très bien, il était euh... il a été à mon écoute* »
- E13 : « *Euh tout à fait euh, tout à fait à l'écoute euh...* »
- E14 : « *Il m'a juste écouté.* »

3.1.2 Repérer le TUAL :

Nous avons vu que le repérage du TUAL par le médecin généraliste fait partie de son rôle mais que l'abord du sujet de l'alcool par ce dernier n'est pas évident. Dans notre étude, les participants qui avaient eu une discussion sur l'alcool avec leur médecin généraliste, étaient questionnés sur l'initiation de cette discussion. L'objectif était de savoir si le médecin généraliste avait pu être à l'origine de cette discussion et ainsi repérer le TUAL.

Une seule participante nous a parlé de la discussion initiée par son médecin généraliste sur sa consommation d'alcool :

- E9 : « *Donc euh une fois elle me l'a évoqué comme ça en... en consultation sans que j'lui en ai jamais parlé* »

Il apparaît donc que le sujet de l'alcool ne soit que rarement abordé par le médecin généraliste. Ainsi plusieurs patients n'ont jamais parlé d'alcool avec leur médecin généraliste.

- E2 : « *et puis c'est pareil s'il avait voulu m'en parler... il n'avait qu'à ouvrir la bouche et faire sortir des mots (rires).* »
I : « *Mais il n'en parlait pas plus que ça ?* » E2 : « *Non pas plus, non.* »
- I : « *Et lui vous a jamais non plus posé de question sur l'alcool ?* » E6 : « *Ah non non, pas du tout, pas du tout.* »

- I : « *Et lui vous a jamais posé de question ?* » E7 : « *Non, non, non.* »
- I : « *Lui ne vous en a pas parlé non plus ?* » E12 : « *Bah il ignorait que j'buvais, donc il pouvait pas savoir, en fait.* »

Pour certains patients, le médecin généraliste est censé repérer le TUAL, que ce soit devant des signes d'appel cliniques ou biologiques ou par un repérage systématique. C'est donc pour eux au médecin généraliste d'être à l'initiative de la discussion sur la consommation d'alcool du fait des difficultés que peuvent présenter les patients pour aborder ce sujet.

- E5 : « *oui j pense qu'il a un rôle important mais euh..., et vu le profil général des alcooliques euh... c'est à, c'est au médecin de dire hum... « euh, ça va avec l'alcool ? » 'fin voilà de, d'initier la conversation, voilà, tranquillement. De... euh, de prendre de prendre les gens par la main quoi ; parce que je, tous les, tous les alcooliques ont besoin d'être pris par la main quoi, euh y a quelque chose d'enfantin euh... Donc oui, j pense que le médecin traitant a un rôle important là d'dans, parce qu'il va être probablement le premier à, à, à repérer, à... 'fin bon y a l'entourage d'abord »*
- E11 : « *Bon à la rigueur il va s'en apercevoir sur une prise de sang.* »
« *Bon s'il voit qui a des taux, des taux gamma trop élevés il peut dire euh « vous n'auriez pas un p'tit peu une consommation d'élévée ou quoi ? », il peut rentrer comme ça doucement dans le sujet »*
- E16 : « *et puis euh... je sais pas, p'têt de repérer les signes euh... les signes euh... je sais pas, voir si on a des... euh ouais je sais pas, voir si y a des signes qui font qu'on peut se rendre compte en fait que y a quelque chose qui va pas quoi.* »

3.1.3 Conseiller :

Un autre rôle du médecin généraliste souvent mis en avant par les participants de notre étude est la délivrance de conseils. Les patients présentant un TUAL recherchent auprès de leur médecin généraliste un échange autour de leur problème. Ils font appel à l'expérience de leur médecin généraliste pour les aider et pour les guider vers le changement de comportement.

- E2 : « *et puis après de bah euh... de voir la personnalité et puis de de... de trouver des solutions, des choses comme ça avec le patient, qu'y ait un échange, quoi. Qu'y ait pas, pas basé que sur les médicaments, voilà. Il les conseille pour voir un spécialiste, euh, voilà pour euh pour pas mal de chose.* »
- E3 : « *Mais lui en tant qu'médecin il peut quand même m'donner des conseils, tout ça.* »
- E4 : « *trouver quelqu'un qui peut me conseiller,* »
- E6 : « *hein s'il peut conseiller.* »

- E8 : « *Il peut aiguiller... c'est clair. Dire si euh... d'après son vécu si y a... si y a vraiment besoin ou pas, si c'est vrai une passe ou euh... comme pour moi ben non j'en avais besoin quoi, parce que j'faisais n'importe quoi à la fin donc euh... Oui il a un rôle de, de conseil quoi, hum. »*
- E13 : « *Bah j'pense que du coup euh... maintenant, après après réflexion euh..., euh oui c'est important, c'est important d'avoir un médecin généraliste euh qui qui qui vous suit et qui qui peut vous donner des... des conseils. »*

Les patients de notre étude ayant abordé le sujet de l'alcool avec leur médecin généraliste ont souvent reçu des conseils de celui-ci. Que ce soit des conseils liés aux conséquences négatives de leur consommation, des propositions d'aide, des mises en gardes voire des réprimandes ; tous les patients semblent avoir apprécié les conseils délivrés par leur médecin généraliste.

- E3 : « *Des paroles sèches, « regardez un tel comment il est », il avait pris exemple sur Renaud, le chanteur, « regardez vous allez pas finir comme lui » euh, machin, bon. Il... disons qu'il culpabilise sans culpabiliser, il donne des exemples mais euh bon... qui font prendre conscience que... »*
 « *Bah il m'avait aidé, il m'a dit bon c'est dommage de pas avoir tout fait, euh... bon. »*
 « *il m'a expliqué les choses, tac tac tac, on peut faire ça comme ça, comme ça, comme ça. Voilà. »*
- E4 : « *pis euh, il me conseillait surtout. »*
 « *Bah essayer d'arrêter, de passer à autre chose, euh, essayer de faire... euh du sport ou... m'occuper quoi. »*
- E5 : « *et je me souviens qu'elle m'mettait en garde euh... Donc euh... elle me dit, apparemment elle, elle était pas, elle m'a pas dit « houlà attention ! » euh, elle a pas allumé un feu rouge quoi, mais, mais elle m'a mis en garde contre les bières fortes, voilà. »*
- E7 : « *Bah j'pense euh... ça c'est sûr elle elle me l'avait proposé avant hein, elle m'avait proposé la cure, c'est moi qui avait refusé hein, donc elle me l'avait déjà proposée avant. »*
- E8 : « *Déjà d'arrêter... d'arrêter d'boire. »*
 « *Qu'il fallait p'têt que j'fasse euh... euh comme ici, faire une cure en addictologie ou quelque chose comme ça quoi. »*
- E10 : « *il m'disait que bah évidemment fallait qu'j'arrête quoi, que c'était pas possible euh... »*
 « *il m'a dit « (son prénom) écoute faut que là, faut que, faut trouver une solution parce que tu vas pouvoir continuer comme ça et euh... pis bon euh à un moment donné euh tu vas te retrouver à la porte quoi. »*
- E11 : « *Ouais donc... bon il m'a expliqué le lien euh... les conséquences sur le lien social et puis euh... le risque quoi si vous voulez quoi. »*
 « *bon il m'avait mis en garde et tout hein. »*

- E14 : « *Il m'a fait voir les dangers de l'alcool et tout ça quoi c'est... »* »
- E15 : « *et il dit, il dit « ça s'rait bien d'faire euh... une cure quoi », »*
« on parlait des des des problèmes euh d'alcool tout ça euh, que... c'était pas bon quoi. »
« Bah il m'a conseillé, il m'a dit « faudra faire quelque chose », » »

3.1.4 Orienter :

Le médecin généraliste est le premier contact des patients avec le système de soins. Il est celui qui gère le plus souvent le recours aux autres spécialistes. Ainsi l'orientation des patients présentant un TUAL vers les structures spécialisées fait partie des compétences du médecin généraliste. Certains patients de notre étude ont mis en avant ce rôle.

- E5 : « *c'est c'est lui qui sait comment faire quoi, ou qui connaît le circuit euh, qui dirige vers les..., vers c'qu'il faut quoi. »* »
- E6 : « *Il aurait pu m'orienter, venir ici plus tôt. »* »
- E16 : « *Euh... Bah d'orienter déjà euh... vers les bonnes personnes j'pense, »* »

Plusieurs patients de notre étude ont été orientés vers les structures spécialisées par leur médecin généraliste. Ainsi certains patients ont pu être suivis dans les CSAPA ou par des addictologues hospitaliers, après avoir discuté de leur consommation d'alcool avec leur médecin généraliste.

- E4 : « *Euh, j'ai appelé mon médecin pour qu'il me fasse un mot, pour que j'aille... que j'aille, euh, à l'hôpital. »*
« Bah justement c'est lui qui m'a fait euh... la lettre comme quoi faut que j'aille à l'hôpital qui... me faire hospitaliser quoi. » »
- E5 : « *donc il m'a dirigé sur euh, le CSAPA, puisqu'ils sont dans le même bâtiment. »*
« Donc euh... j'pense que c'est la meilleure chose qu'il a faite quoi (rires). Euh... » »
- E9 : « *Donc elle elle souhaitait absolument que je revoie le docteur (nom 1) addictologue, qui m'suit, euh... rapidement parce qu'elle ne voyait pas elle mettre en place quelque chose toute seule. »* »
- E10 : « *d'ailleurs c'est même lui qui m'a r'donné le numéro de l'addictologie »* »
- E14 : « *Bah surtout euh, bah c'est lui qui m'a dirigé un p'tit peu ici quoi et tout ça. »*
« Pis c'est là que il m'a envoyé ici quoi. »
« C'est lui qui m'a dirigé et tout ça c'est... »
« C'est lui qui m'a envoyé hein, à Saint-Martin pis au CHU après. » »
- E16 : « *elle m'a envoyé voir un addictologue. »*
« elle m'a orienté vers les bonnes personnes » »

3.1.5 Mettre en place un traitement :

Le médecin généraliste a la possibilité de mettre en place un traitement auprès des patients présentant un TUAL. Quelques patients dans notre étude ont reçu des traitements pharmaceutiques prescrits par leur médecin généraliste. Ainsi la prescription d'anxiolytiques et d'addictolytiques dans la prise en charge du TUAL fait partie également de ces compétences.

- E3 : « *Il m'avait donné de l'Aotal[®], euh... d'autres médicaments pour couper l'envie euh d'alcool.* »
- E4 : « *donc il m'a donné des médicaments, des conseils, et pis... ouais à mesure du temps.* »
- E10 : « *il m'avait donné euh bah de l'Aotal[®] aussi, mais il y avait un autre produit euh, alors je sais plus comment il s'appelle.* »
« *Donc euh il m'avait prescrit donc euh, bah déjà du Séresta[®] à l'époque euh... un autre cachet alors j'me rappelle plus du nom mais c'était pas de l'Aotal[®] c'était euh... 'fin on buvait un verre, à peine une goutte s'était pas la peine parce que t'avais le cœur qui s'accélérait, tu t'avais chaud 'fin t'étais très mal quoi.* »
« *J pense qu'il m'a donné les bons cachets au bon moment euh... où j'en avais besoin.* »

Mais cela n'est pas connu de tout le monde, un patient s'est ainsi interrogé sur les capacités des médecins généralistes à prescrire des médicaments au cours de la prise en charge d'un TUAL.

- E11 : « *Excusez-moi j'veux pas vous diminuer, mais au point de vue d'un médecin généraliste je vois pas c'que, c'qu'il peut faire, qu'est-ce qu'il peut faire de plus. Certains médicaments je sais pas si euh... si vous avez l'autorisation de les, de les délivrer, parce qu'il n'y a qu'ici qu'ils les délivrent certains médicaments contre l'alcool, ça je sais pas ça.* »

3.1.6 Faciliter les démarches de soins :

Pour certains patients, le médecin généraliste a permis de faciliter les démarches de soins. Il est parfois difficile pour les patients présentant un TUAL d'effectuer des tâches en lien avec la planification ou l'élaboration de stratégies. Prendre en charge le patient dans sa globalité fait partie des compétences du médecin généraliste. Il peut avoir un rôle important notamment en appelant pour prendre des rendez-vous ou en prescrivant des arrêts de travail, et permettre ainsi aux patients d'entrer plus facilement dans les soins addictologiques.

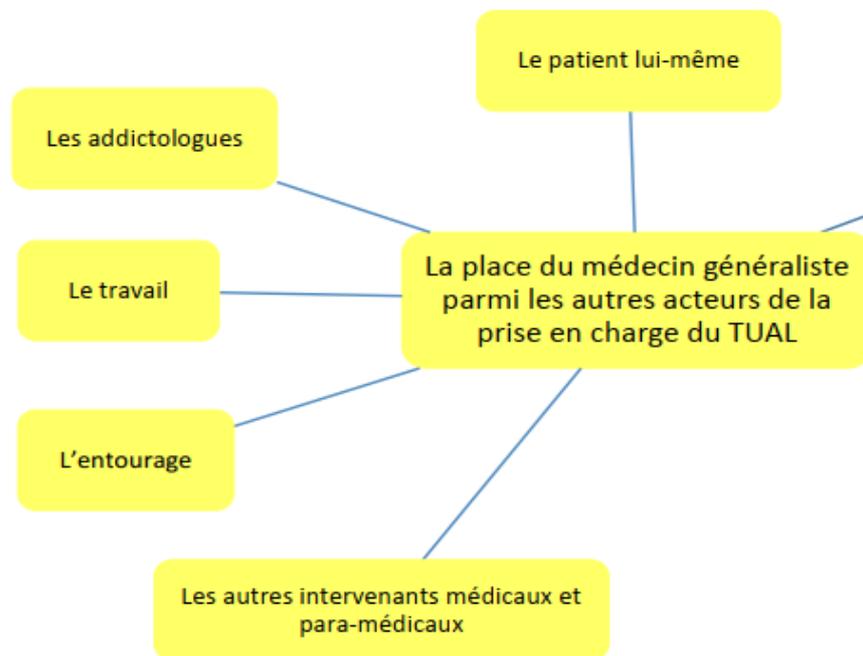
- E7 : « *Au contraire euh... elle a tout fait pour me faire avoir un rendez-vous en urgence ici euh, le plus rapidement possible parce qu'elle voyait qu'j'm'en sortais pas quoi.* »

- E9 : *« elle m'a arrêtée pour que j'puisse avoir un rendez-vous assez rapidement »
« elle m'avait dit « bon bah voilà certes le Valium ®... » c'est là qu'elle m'a arrêté pour me dire « bah faut prendre rendez-vous chez l'addictologue parce que moi j'peux pas mettre en place quelque chose toute seule ». »
« j'lui ai dis voilà ce qu'il en était donc de la consultation du vendredi et que j'envisageais l'hospitalisation et que du coup si on pouvait appeler ensemble, donc on a appelé ensemble depuis son cabinet à ici pour... pour dire que j'acceptais l'hospitalisation. »*

L'importance de ce rôle a également été rapporté par un participant à l'étude qui a évoqué ses difficultés en lien avec les démarches administratives. Son médecin généraliste lui prescrivait de façon irrégulière des arrêts de travail qu'il n'envoyait pas forcément à sa caisse d'assurance maladie. Ceci entraînait des difficultés financières pouvant être anxiogènes. Il est arrivé que son médecin généraliste l'aide sur ce plan-là en ayant une approche plus paternaliste, plus autoritaire.

- E17 : *« mais effectivement euh il aurait pu me... dédouaner d'un problème en plus qui me mettait du stress en plus. Là on est dans une situation où je n'ai aucune attache avec la caisse primaire d'assurance maladie, ni avec mon entreprise, ni avec rien en fait. Donc je je voilà, oui effectivement oui oui, d'un point de vue administratif il aurait, là il avait un rôle à jouer oui. »
« Euh... voilà, donc oui là il aurait pu jouer un rôle euh... important »
« Des fois il m'apportait un arrêt »
« Donc c'est passé euh... grâce à lui. C'qui m'a soulagé d'un poids, il m'a dit « vous l'envoyez cette fois-ci le le l'arrêt ». »*

3.2 La place du médecin généraliste parmi les autres acteurs de la prise en charge du TUAL :



Un deuxième thème s'est dégagé lors de l'analyse des entretiens, il s'agit de la place du médecin généraliste parmi les autres acteurs de la prise en charge du TUAL. Le médecin généraliste est le pivot central de la prise en charge d'un TUAL. Ainsi il s'articule avec le patient, son entourage, les addictologues parfois la médecine du travail, voire d'autres intervenants médicaux et paramédicaux s'occupant du patient. Dans notre étude le médecin généraliste abordait peu la question de l'alcool, et n'était que rarement à l'origine du repérage du TUAL. Comment les patients de notre étude sont donc venus à aborder le problème de leur consommation d'alcool ?

3.2.1 Le patient lui-même :

Le principal acteur dans la prise en charge du TUAL est le patient lui-même. Il a parfois besoin d'un « déclic » pour prendre conscience de son TUAL et s'engager dans la démarche de soins.

- E1 : « *C'est en fait, y a pas longtemps que j'ai eu le déclic que... si j'avais vraiment un problème quoi.* »
- E15 : « *et puis là bon... on s'rend compte qu'on a appris beaucoup d'chose que... qu'étaient intéressantes à savoir. Et ça a fait l'déclic, j'dis « c'est bon euh maintenant euh faut pas qu'y touche ».* »

Pour certains patients, ce « déclic » fait suite à un problème de santé.

- E6 : « *Euh, j'ai fait un malaise au travail. »*
- E7 : « *j'ai fait, failli faire une overdose. »*
- E10 : « *Mon corps que j'ai dégradé ouais, ouais. »*
« *j'suis déterminé tout ça quoi, non. »*

Il paraît important pour certains patients d'exprimer le fait que cette démarche de soins est une décision de leur part. Que ce sont eux les acteurs du changement de leur comportement. Qu'ils sont déterminés dans leur motivation à changer leur consommation d'alcool.

- E2 : « *Et, 'fin c'est moi qui les ai demandés hein, voilà. »*
« *j'suis allé directement voir les professionnels en... en cure »*
- E3 : « *Quand je suis venu ici là, cette fois-ci, bon là j'ai dit « c'est pour toi, soit un petit peu égoïste, laisse un petit peu euh... », voilà... »*
- E4 : « *Ouais, j'ai fait la demande. »*
- E9 : « *Mais... non non j pense qu'avec ou sans ce rendez-vous voilà ma décision était prise. »*
- E11 : « *ça venait de moi, j'ai... j'trouvais que j'allais au, que j'étais plus ou moins au fond quoi. »*
« *parce que je l'ai décidé de moi-même de me faire aider par des gens que je connaissais. »*
« *c'est moi qu'ai trouvé, qui était arrivé trop, trop au fond, pis j'déprimais en plus. »*

3.2.2 L'entourage :

Un autre acteur essentiel dans la prise en charge du TUAL est l'entourage. Il peut être le premier à repérer le TUAL et il peut être à l'origine de la prise de conscience de l'existence d'un problème lié à l'alcool. Pour certains patients, il existe une motivation essentiellement extrinsèque au changement de comportement vis-à-vis de leur consommation d'alcool. Ils souhaitent changer pour leur entourage. C'est souvent un premier pas dans la démarche de soins. Mais comme nous le partage le patient de l'entretien n°3, cette motivation extrinsèque n'est parfois pas suffisante.

- E1 : « *Bah, j'y pensais pas trop, c'est que.. parce que j'me suis pris des réflexions quand même un peu, euh, bah par rapport à ma famille, mes amis, tout, machin, donc ça, ça me travaillait un peu, quoi. »*

- E3 : « *Voilà, je l'faisais pour ma femme, pour mon fils, pour mes beaux-parents, euh, pour ma sœur, euh, voilà... et pour mon autre frère. Enfin de compte c'était pas pour moi qu'j'le faisais (rires).* »
- E6 : « *Oui parce que j'en avais parlé avec mes ma fille et pis mes frères et sœurs, pis eux m'avaient dit « fais quelque chose hein, tu vas pô, tu vas pô t'en sortir tout seul », »*
- E13 : « *Et j'me suis rendu compte aussi et... que mon entourage euh... en souffrait.* »
- E14 : « *Bah c'est qu'les gens autour de moi ils étaient malheureux pis, si j'l'ai fait c'est un p'tit peu par rapport à eux quoi. Mes sœurs sont toujours derrière moi, au téléphone « tu tu t'es pas bien quoi » c'est pour ça qu'j'me suis fait soigner quoi. Autrement moi j'voyais pas quoi.* »
« *C'est plus la famille qui a joué un rôle quoi.* »
- E16 : « *Euh j'avais retrouvé quelqu'un euh qu'a bien vu que... j'avais pas des consommations normales et du coup ça lui a pas trop plu et voilà. Et euh ouais, j'voyais qu'en fait c'était en train d'me bouffer toute la vie quoi, que j'commençais à tourner juste autour de ça et que j'profitais pus d'ma fille euh comme il fallait euh ; j'étais en conflit avec ma famille euh. Donc voilà quand ça prend trop d'place il faut s'éveiller quoi.* »

L'entourage peut être un soutien très important dans la démarche de soins. Pour ce patient, c'est un membre de son entourage qui l'a accompagné à l'hôpital :

- E17 : « *'fin j'ai mon meilleur ami euh qui est venu, qui est passé à la maison »*
« *donc j'ai eu la trouille de de de... si j'arrêtais net de convulser, de... d'avoir des crises d'épilepsie, de... un tremens 'fin vous voyez ce genre de chose. Donc j'ai... j'ai pas arrêté de boire, j'ai diminué progressivement et il est arrivé le lundi matin et euh... euh on est allé aux urgences »*

3.2.3 Le travail :

D'autres acteurs dans le quotidien des patients peuvent intervenir dans le repérage du TUAL, notamment lorsque la consommation d'alcool a une répercussion au niveau du travail. Pour certains patients de notre étude, c'est dans ce contexte que la démarche de soins a pu se mettre en place. Les patients ont trouvé un interlocuteur auprès de leur chef ou de la médecine du travail, et ont ainsi pu recevoir des conseils de leur part. Un patient a notamment été orienté dans les soins addictologiques par la médecine du travail.

- E6 : « *pis j'en ai parlé avec mon, en premier avec mon chef de service ; parce qu'il me trouvait des moments où j'avais pô, j'étais inquiet, j'étais, bon bah je me suis pas euh dégonflé, on a pris rendez-vous pis on en a parlé. Il m'a dit qu'il connaissait quelqu'un dans sa famille qui a eu ce problème-là, il m'a dit euh... Parce que j'avais essayé plusieurs fois de le faire tout seul, mais ça a jamais marché. Il m'a dit « oh nan nan il*

faut que tu te fasses aider euh, parce que tu vas pas y arriver tout seul » puis c'est là qu'j'ai, j'ai décidé de... de m'en occuper. »

- E10 : *« Donc euh j'ai dit que, moi déjà je venais de moi-même et puis en même temps bon j'ai eu des soucis au travail donc euh la médecine préventive a préféré que... que j'me prenne en charge, que je me soigne, donc euh... c'est c'que j'ai fait. »*
« Et puis là bon bah on m'interdit de... de revenir au travail tout le temps que je me faisais pas soigner. »
- E15 : *« docteur (nom 1) m'a dirigé là elle m'dit « j'connais quelqu'un au C.H.R., et... et j'vais vous envoyer là-bô ». »*
« Euh c'est la médecine du travail du C.H.U. qui s'occupe des maladies professionnelles euh... »
- E16 : *« Bah parce que j'voyais qu'au travail ça commençait à... j'commençais à pus être euh aussi performante qu'avant. J'étais très stressée, très déprimée. »*

Il est intéressant également de voir que la coordination entre le médecin généraliste et le médecin du travail est rapportée par ce patient :

- E10 : *« donc mon médecin traitant lui il est en relation aussi avec euh le... médecin du travail aussi, ils s'mettent à s'envoyer des mails euh... bon quand y a des soucis 'fin quand y a eu des soucis, parce que maintenant y en a plus mais euh... mais ils arrivaient à dialoguer comme ça, ouais. »*

3.2.4 Les addictologues :

Avant cette hospitalisation, la majorité des patients avaient déjà bénéficié d'une prise en charge de leur TUAL que ce soit en ambulatoire ou au cours d'une hospitalisation. Pour quelques-uns le suivi avec un addictologue a été effectué sur le long terme.

- E5 : *« c'est un truc qui a été planifié euh... donc au CSAPA avec le le médecin. »*
« euh pour moi mon interlocuteur c'est le CSAPA puisque c'est des gens formés pour, euh voilà, et que y a un médecin chez eux quoi. »
- E9 : *« Euh, suite à ma deuxième grossesse en fait euh j'étais suivie au C.H.U. Et euh... et euh... il y avait eu consommation d'alcool en fait, et du coup bah j'ai, j'ai eu peur, j'en ai parlé voilà aux sages-femmes là-bas. Donc tout s'est enchainé en fait, avec un premier rendez-vous avec une sage-femme spécialisée en addicto et le docteur (nom 1). Et du coup en fait euh... ben on a mis en place un suivi avec le docteur (nom 1) après euh, après l'accouchement, et depuis. »*
- E17 : *« Et euh... j'ai commençais à voir des addictologues, des des psychiatres euh etc etc. »*

Étant donné que la majorité des patients de notre étude ont des antécédents de prise en charge de leur TUAL, certains auraient pu partager lors des entretiens des expériences de coordination entre le médecin généraliste et l'addictologue, mais cela n'a pas été le cas. Au contraire un patient a décrit un manque de communication entre son médecin généraliste et son addictologue.

- E5 : « *Euh... c'est possible qu'il soit pas au courant. Euh parce que euh... bon y a pas forcément de communication entre le CSAPA et le médecin traitant, c'est-à-dire euh... des gens qui se disent euh... « bon voilà le protocole c'est que euh... on intervient sur un patient qui est suivi par un médecin traitant donc euh... il y a communication quoi », j'ai pas l'impression que ce soit le cas quoi. »*

Ce manque de coordination peut être défavorable pour les patients. Certains d'entre eux évoquent le fait que le médecin généraliste pourrait intervenir en relai de l'addictologue, et ainsi permettre un suivi plus régulier.

- E9 : « *Bah j'pense qu'il peut intervenir en relai »
« et puis en suivi régulier parce que c'est vrai que... quand on est suivi en, enfin en ambulatoire ici euh, c'est quand même assez euh, 'fin les rendez-vous sont assez espacés. Donc en fait j'pense que le médecin traitant peut intervenir de manière plus ponctuelle et en cas de difficulté. Ouais... voilà un suivi on va dire euh... plus rapproché. »*
- E17 : « *il m'prescrit c'que... la suite de ce que me prescrit mon psychiatre »
« Donc il me fait une ordonnance et euh, si elle arrive à échéance parce que je peux pas le voir dans le laps de temps, c'est mon généraliste qui prend le relai SUR c'qu'a prescrit le... le psychiatre, vous voyez ? »*

Pour certains patients, le suivi par un addictologue est primordial dans la prise en charge de leur TUAL. Le médecin généraliste n'a pas forcément une place dans les soins addictologiques d'après eux, étant donné que c'est le travail des spécialistes.

- E1 : « *Hum, bah me proposer quoi ? Un traitement ? Ça je vais en avoir sûrement. »
« mais j'pense que qu'ils sont plus impliqués ici si on veut... en discuter ou euh un suivi, je pense qu'ils seront mieux placés ici je veux dire pour suivre une personne quoi, que le médecin généraliste. »
« j'pense que vaut mieux avoir à faire à des spécialistes euh... comme ici, qui sont vraiment pro là-d'dans quoi. »*
- E2 : « *Non parce que pour l'instant ici euh j'ai... j'ai plus de médicaments euh etc. Après euh... je me tournerai, bah si j'ai, si j'ai un p'tit problème, si je je sens que ça devient un peu dur euh... j'prendrai directement contact ici plutôt que, voilà que, on va dire, embêter mon médecin généraliste qui a p'têt autre chose à faire. »
« et puis euh, puis ici ils ont vraiment, bah ils connaissent... encore mieux le le... cette maladie quoi. »
« Donc c'est pas que je veuille pas, mais euh, voilà j'irai le voir plus pour un rhume que pour euh, que pour mon addiction quoi. »*

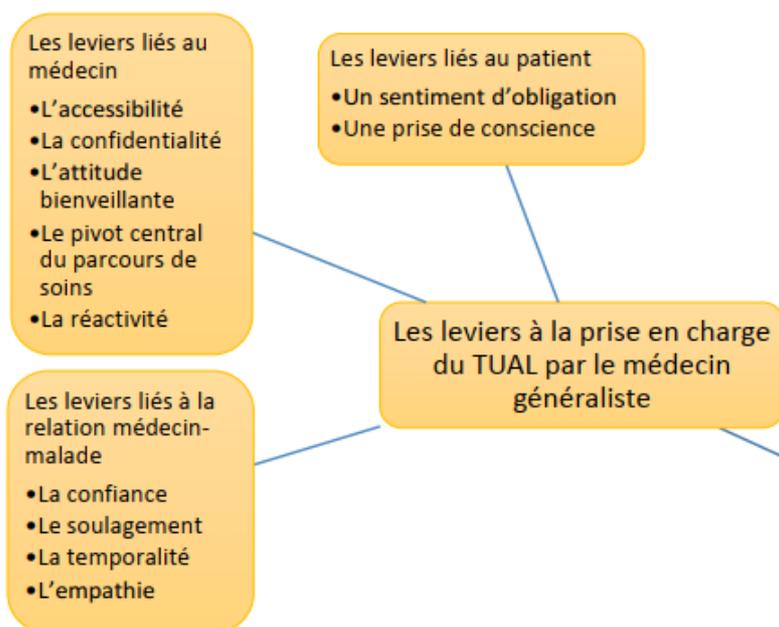
- E5 : « Euh non. Non, parce que euh... il se trouve qu'en plus qu'il est dans le même immeuble du CSAPA, si j'ai un problème euh je m'tourne vers ici ou vers le CSAPA quoi, voilà c'est... »
« Impliqué euh... j'vois pas comment il pourrait être impliqué quoi euh... »
- E11 : « Mais euh le médecin généraliste peut pas faire grand chose à part m'écouter. Qu'est-ce que vous voulez qu'il fasse ? Si j'ai vraiment peur de reboire j'sais que ici ils sont joignables 24h/24. Lui il peut pas faire grand chose hein. »

3.2.5 Les autres intervenants médicaux et paramédicaux :

D'autres intervenants médicaux et paramédicaux peuvent avoir un rôle important dans l'initiation d'une démarche de soins. Le repérage d'un TUAL peut concerner tous les intervenants au contact des patients, que ce soit un chirurgien, un infirmier ou une assistante sociale. Plusieurs patients de notre étude sont arrivés dans le service d'addictologie du CHU de CAEN après l'intervention d'un autre acteur de soins que le médecin généraliste, le médecin du travail ou l'addictologue.

- E1 : « Et puis euh, j'me suis fait opéré là, euh... euh le cinq, d'une hernie discale et donc j'me suis mis en contact avec euh ben le chirurgien et tout, pis euh... »
« Et donc euh la chirurgienne m'a dit m'a dit : « Vous avez vraiment des problèmes avec ça et tout ? », bah j'dis « quand même un peu quoi », euh... Elle m'dit « vous voulez des soins et tout ? », pis c'est là qu'j'ai dit « oui ». »
« Et c'est elle qu'a pris... qu'a fait la démarche de... d'appeler ici... »
« Et pis, mais sinon je l'aurai pas faite la démarche si... si le chirurgien n'avait rien fait, j'pense pas. »
- E2 : « Euh, et puis, euh, il y a un infirmier, euh... qui a vu mon état donc qui m'a emmené au... au C.H.U. et je suis venu directement ici après. »
- E11 : « il y avait une personne qui avait proposé à ma femme de m'aider de m'aider, qui travaillait dans le milieu psychiatrique. »
« j'me suis dit allez hop j'lui téléphone. Et cette personne-là m'a reçu à son bureau, elle m'a dit « faut... faut qu'je te fasse hospitaliser moi » ; »
- E12 : « Vu que c'est ma référente euh RSA santé. Bah elle a. » 1 : « Donc c'est elle qui vous l'a proposé ? » E12 : « Proposé... elle m'a dit « on t'oblige pas ». »

3.3 Les leviers à la prise en charge du TUAL en médecine générale :



Un troisième thème a été défini suite à l'analyse des entretiens. Nous avons dans nos objectifs l'idée de déterminer quels étaient les leviers à la prise en charge du TUAL en médecine générale. Les différents leviers identifiés ont été classés selon leur origine, c'est-à-dire s'ils étaient dûs au patient, au médecin généraliste ou encore à la relation médecin-malade.

3.3.1 *Les leviers liés au patient*

– Un sentiment d'obligation :

Pour que le médecin généraliste puisse prendre en charge le patient dans sa globalité, il est nécessaire qu'il soit au courant de tous les problèmes de santé du patient. Ainsi pour certains patients, parler de leur TUAL fait partie d'un devoir de transparence envers leur médecin généraliste. Ce sentiment d'obligation amenant le patient à évoquer sa consommation d'alcool, peut ainsi être un levier à la prise en charge du TUAL.

- E2 : « *Ouais, ouais, j'ai, ben, je lui ai rien caché donc euh, enfin j'avais un état dépressif, un passif alcoolique, euh, depuis longtemps. Non j'ai j'ai, ça était ça était naturel on va dire.* »
« *de toute façon moi je cache rien* »
- E5 : « *j pense que c'est une donnée nécessaire... pour qu'un, par exemple un nouveau médecin que j'avais voir pour qu'il ait voilà, qu'il ait les bonnes données quoi. Donc euh, j'avais évoqué euh, voilà j'lui racontais mon histoire par rapport à l'alcool et mes, et ma ma cure* »

- E7 : « Ça va parce que j'arrive quand même à lui dire les choses, donc ça va. Parce que j'me dis euh toute façon « si j'suis chez le médecin ça sert à rien que j'lui mente », vaut mieux qu'elle sache la vérité plutôt que... elle me soigne sans connaître euh... mes antécédents et tout ça quoi. Donc voilà j'arrive à lui dire les choses quand même. »
- E8 : « Au bout d'un moment oui, j'étais obligé. »
« Euh... bah quand ç'allait... ç'allait pas. Parce que j'ai mis une dépression en plus là-d'ssus, donc euh... plus l'alcool ben ça m'a... j'étais obligé de bien aller le voir quoi. »
« Bah par la force des choses oui, parc'que, vu que... j'me suis retrouvé hospitalisé euh... il a été au courant. »

– Une prise de conscience :

Un autre levier amenant à une prise en charge du TUAL est la prise de conscience du trouble et de ses conséquences négatives par le patient. Cette prise de conscience est une première étape. Ensuite cela peut demander du temps pour arriver à verbaliser le problème auprès du médecin généraliste.

- E2 : « Et... bah cette fois-ci j'ai complètement la petite différence, euh, vis-à-vis de ma santé, j'ai eu un peu des des petites peurs vis-à-vis de de mon foie 'fin c'est aussi, j'ai une coloscopie, 'fin une colostomie, pardon. Et... bah j'ai pris conscience qu'il fallait faire attention plus à ma santé. »
- E5 : « Euh, prendre conscience de mon ressenti et ensuite de savoir le communiquer »
- E10 : « mais en même temps ça me fait du bien parce que là j'ai pris conscience de ce qui s'est passé et de ce qui se passe. »
- E15 : « et pis ça m'a fait prendre conscience de tout ça, de tous les problèmes que ça apportait »
- E16 : « Donc voilà quand ça prend trop d'place il faut s'éveiller quoi. »
« Et puis j'attends toujours qu'ça soit trop tard pour appeler au secours. »
« j'me sentais vraiment mal et que... j'voyais qu'il fallait que je fasse quelque chose quoi. »

3.3.2 Les leviers liés au médecin

– L'accessibilité :

Nous pouvions penser qu'un frein à la prise en charge en médecine générale pouvait être lié à des difficultés d'accès aux soins. De ce fait les participants à l'étude ont été interrogés sur ce point. En dehors du patient de l'entretien n°12, qui n'a pas de médecin généraliste, pour la grande majorité des patients, il est facile de se rendre en consultation auprès de leur médecin généraliste.

- I : « *Est-ce que vous avez des difficultés à vous rendre en consultation ?* » E4 : « *Avec mon médecin ?* » I : « *Hum.* » E4 : « *Non du tout non.* » I : « *Pas du tout, vous y allez tous les mois sans problème ?* » E4 : « *Ouais, ouais.* »
- I : « *Vous n'avez pas de difficulté à accéder à ses consultations ?* » E6 : « *Ah non non, pas du tout. Non non non.* »
- I : « *Et est-ce que vous trouvez que c'est difficile de vous rendre en consultation avec votre nouveau médecin ?* » E7 : « *Non, non non, non.* » I : « *Pas de problèmes euh...* » E7 : « *Non.* » I : « *Vous avez besoin d'y aller vous y allez ?* » E7 : « *Oui.* »
- I : « *Est-ce que c'est difficile de se rendre en consultation avec votre médecin généraliste ?* » E11 : « *Non.* »
- I : « *Est-ce que c'est difficile de se rendre en consultation ?* » E14 : « *Non, non non.* »
- I : « *Est-ce que c'est difficile de se rendre en consultation ?* » E16 : « *Non.* »

Finalement l'accessibilité du médecin généraliste est plutôt un levier à la prise en charge du TUAL en médecine générale. Plusieurs patients ont exprimé le fait que leur médecin généraliste se rendait facilement disponible pour les recevoir en consultation. Parfois des consultations en urgence ou des visites à domicile ont été réalisées auprès des patients, rendant l'accès aux soins encore plus facile.

- E4 : « *Et pis s'il y a une urgence, je l'appelle direct et pis il me prend entre deux ou... voilà.* »
- E8 : « *Il a été très disponible quand même* »
- E9 : « *en plus j'arrive à obtenir des rendez-vous euh assez rapidement euh... non elle est assez disponible* »
- E14 : « *bah quand j'appelle il m'dit « y a pas d problème » je lui fixe une date et c'est lui qui m'dit « oui c'est bon ». Donc je sais que j'vais y aller lundi après-midi quoi.* »
- E17 : « *Et il m'a donné, j'avais son portable, j'avais tout hein euh...* »
« *Bah il passe à la maison.* »

Chez les patients dont le médecin généraliste était déjà impliqué dans la prise en charge du TUAL avant l'hospitalisation, plusieurs avaient un suivi régulier avec des consultations tous les mois. Cette disponibilité des médecins généralistes par rapport aux spécialistes peut favoriser le suivi du TUAL en médecine générale.

- E3 : « *Et donc on se voyait tous les mois et tout ça.* »
- I : « *Et vous le voyez souvent pour ça ? Pour discuter de l'alcool ?* » E4 : « *Oh tous les mois à peu près ouais.* » I : « *Depuis que vous êtes jeune ?* » E4 : « *Depuis que j'ai à peu près vingt-cinq ans.* »

- I : « *Vous aviez un suivi régulier avec votre médecin traitant ?* » E11 : « *Oh oui on peut dire que ouais ouais.* »
- E14 : « *Bah une fois par mois, à peu près. Et là bah euh... autrement avant c'était une fois par semaine quoi qui m'voyait quand même.* »
- E16 : « *Parce que j'la vois pourtant tous les mois, euh...* »

– **La confidentialité :**

La confidentialité est un autre levier à la prise en charge du TUAL en médecine générale. Quelques patients ont exprimé avoir apprécié le respect de la confidentialité lorsqu'ils ont évoqué leur problème d'alcool avec leur médecin généraliste. Cela permet au patient de se livrer plus facilement sans craindre que les propos ne soient répétés.

- E1 : « *Bah, euh, ouais aussi, pis il a l'secret professionnel de toute façon, normalement. Donc voilà on se dit, euh... qu'on peut discuter, y a pas de soucis* »
- E4 : « *Parce que je sais très bien que lui ne va pas répéter à n'importe qui ou à tout le monde quoi. Ça reste secret entre moi et lui quoi et on peut tout dire.* »
- E10 : « *Mais bon il était avec moi et pis euh bon, par rapport au travail, pour pas non plus euh, 'fin on pouvait pas marquer sur l'arrêt de travail alcoolique quoi, il marquait euh déprime sévère quoi.* »

Il arrive que ce soit des membres de l'entourage qui évoquent la consommation d'alcool au médecin généraliste du patient, sans que ce dernier ne soit demandeur de cette discussion. Dans cette situation le respect de la confidentialité est d'autant plus apprécié des patients. Une telle situation a été rapportée au cours des entretiens, il s'agit d'un patient dont l'épouse a évoqué sa consommation d'alcool avec son médecin généraliste. Ce dernier lui a proposé de reprendre un autre rendez-vous pour discuter de l'alcool de manière plus confidentielle.

- E11 : « *Non c'est ma femme qui m'avait pris au piège, elle était venue avec moi, pour lui expliquer que je buvais en cachette et tout.* »
« *et... il m'avait dit on r'prendra rendez-vous et on en discutera tous les deux.* »

– **L'attitude bienveillante :**

Les patients de notre étude qui avaient évoqué leur consommation d'alcool avec leur médecin généraliste, ont été questionnés sur l'attitude de ce dernier. Plusieurs patients ont décrit une attitude bienveillante de leur médecin généraliste. Certains médecins ont proposé une prise en charge du TUAL en respectant le rythme du patient. Pour certains patients ce qui a été important c'était de ne pas

se sentir juger par leur médecin généraliste. Cette attitude bienveillante du médecin généraliste est un levier permettant l'adhésion des patients aux soins.

- E2 : « euh, il m'a... il m'a dit que je pouvais passer, euh, si j'éprouvais, euh le besoin, quand je voulais euh etc. »
- E3 : « à chaque fois il me disait « bah... comment ça va ? » ; »
« il m'a pas bourré de cachet du tout, ça qu'était bien »
- E4 : « Bah euh... non, il a bien accepté, pis il a bien compris, pis il a tout fait en œuvre pour m'aider quoi. »
« Mais euh, rien que ses paroles déjà, parce qu'il connaît des choses, il connaît des... comment la façon de dire et waouh c'était... »
- E7 : « Oui, ouais, et... et du coup elle était euh... tolérable, elle m'a jamais jugée ou... Non elle elle communiquait à fond sur mon état de santé déjà et euh... non non elle était très bien hein, hum. »
- E11 : « J'sais pas s'il a été surpris mais... compréhensif »
- E13 : « euh sans jugement particulier euh... non j'ai trouvée très très professionnelle. »

Par ailleurs, le patient ayant eu un suivi par un médecin généraliste addictologue, a décrit un sentiment de réassurance lié à l'attitude bienveillante de celui-ci.

- E5 : « Bah j'pense qu'il m'a rassuré euh, 'fin oui il m'a rassuré, il a aussi rassuré mon entourage en... euh... par sa bienveillance quoi. Hum... »
« donc j'pense qu'son rôle c'était d'abord de, de m'rassurer, de de m'faire comprendre euh, de m'donner espoir euh... voilà, de façon assez simple. Euh... et puis euh... et puis euh... oui voilà, m'accompagner ensuite euh... bon, comment ça se passe euh... »

– Le pivot central du parcours de soins :

Certains patients ont des difficultés à aborder le sujet de l'alcool avec leur médecin généraliste, ceci est un frein à la prise en charge du TUAL en médecine générale qui sera détaillé par la suite. Mais le rôle du médecin généraliste de pivot central du parcours de soins fait qu'il peut être mis au courant des problèmes d'alcool de ses patients, notamment par des comptes-rendus de prise en charge. Ainsi cela peut faciliter l'abord du sujet de l'alcool avec le médecin généraliste et permettre une prise en charge du TUAL par celui-ci par la suite.

- E1 : « Bah là il va le savoir j'ai un rendez-vous ce soir avec lui. Il va recevoir un courrier d'ici je pense. »
- E2 : « Sûrement, oui, parce qu'il devait recevoir les... les rapports euh. »

- E3 : « *Mais il est au courant, il reçoit les comptes-rendus euh... »
« d'façon j'avais lui en parler, étant donné que d'ici ils lui donnent tous les comptes-rendus. »*
- E5 : « *Euh... alors, lui dans sa base de données euh, qu'il qu'il a hérité de... de son prédécesseur, il avait cette cette indication d'alcool puisque bon... euh... voilà c'est... bon bref c'était dans la base de données euh... »*
- E9 : « *'fin elle avait euh... forcément le compte-rendu de mon suivi en addictologie hein. »*

– La réactivité :

Un autre levier permettant une prise en charge du TUAL en médecine générale, est la réactivité du médecin généraliste à effectuer cette prise en charge. Certains patients ont besoin d'un médecin généraliste un peu plus directif dans la prise en charge. Nous pouvons voir que cela est notamment le cas en ce qui concerne le rythme du suivi.

- E5 : « *Euh et qui m'a... c'est lui qui m'a suivi euh... qui m'a reçu quand j'suis arrivé euh, voilà, comme euh... qu'a tout organisé euh... et qui m'a suivi ensuite après euh... avant et après euh... ma cure. »
« Euh... donc c'était lui qui guidait en fait, qui guidait euh... l'entretien. »*
- E9 : « *elle m'dit « vous avez un suivi, il faut absolument... absolument réussir à avoir l'addicto », »
« et elle m'dit « on se revoit dans huit jours », »*
- E10 : « *il avait dit « faut qu'on s'revoit fin septembre », »*
- I : « *Les rendez-vous du coup sont fixés à l'avance ?* » E14 : « *Oui. »*

La réactivité du médecin généraliste a été également rapportée dans deux situations où s'est effectuée une demande pressante de prise en charge du TUAL. Dans ces deux cas, il s'agissait de femmes, ce qui peut laisser à penser que les demandes des patientes ayant un TUAL sont différentes de celles des hommes, et qu'il convient également d'adapter la réponse à ces demandes en étant plus réactif au niveau de la prise en charge.

- E7 : « *Donc là j'ai été voir mon médecin j'lui ai dit « vous me trouvez une solution rapidement parce que là euh... ça va plus l'faire ». Elle a appelé en urgence ici et le lundi j'rentrais. »*
- E16 : « *ça a été très vite en fait »
« Bah en fait elle a pris les choses en main tout de suite et puis euh... »
« mais euh elle a vu l'urgence j'pense, que c'était maintenant qu'il fallait agir. »*

3.3.3 Les leviers liés à la relation médecin-malade

– La confiance :

Comme cela a été évoqué précédemment, l'abord du sujet de l'alcool peut être difficile pour les médecins généralistes et pour les patients. Nous avons exploré à travers notre étude la relation médecin-malade afin d'identifier les leviers permettant une prise en charge du TUAL en médecine générale. Le premier levier identifié à travers l'analyse des entretiens est la relation de confiance qui existe entre le patient et le médecin. Cette relation de confiance apparaît comme fondamentale pour aborder le sujet de l'alcool.

- E4 : « *Ah oui tout à fait, ouais. Déjà faut que... j'ai... pour en parler il faut que j'ai vraiment confiance en la personne. Si vous avez pas la confiance de... à l'un comme l'autre, ça peut pas marcher, il y a pas de chimie entre les personnes quoi, simplement.* »
- E13 : « *Puis même la la confiance qu'on peut avoir avec son médecin généraliste, à partir du moment où vous avez confiance en... en votre médecin, j pense que ça peut jouer.* »
- E16 : « *Très... très bonne, 'fin elle m'connait depuis longtemps, elle connait toute ma vie elle sait... elle sait à peu près tout c'qui m'est arrivé donc euh... non c'est un rapport de confiance, j'pense.* »

– Le soulagement :

Pour certains patients, aborder le sujet de l'alcool avec leur médecin généraliste a été à l'origine d'un soulagement. La relation médecin-malade est basée sur des échanges autour des différents problèmes de santé et avoir un médecin généraliste informé des problèmes d'alcool peut apporter un soulagement au patient. Ainsi l'importance des échanges entre médecin et patient peut être un levier à la prise en charge du TUAL en médecine générale.

- E9 : « *Je peux me sentir plus libre maintenant de lui parler... de tout et n'importe quoi.* »
« *Mais maintenant oui quelque part c'est un soulagement de me dire « bon bah elle est au courant voilà ».* »
- E15 : « *il a bien vu, on en parle, et ça fait du bien.* »

– La temporalité :

Comme évoqué précédemment, cela peut prendre du temps pour que le patient arrive à verbaliser ses problèmes d'alcool. Certains patients dont le médecin généraliste semblait au courant du problème, ont

rapporté que leurs médecins avaient attendu que ce soient eux qui évoquent le sujet en premier. Ce respect de la temporalité semble important dans la relation médecin-malade et peut être un levier à l'initiation d'une prise en charge du TUAL.

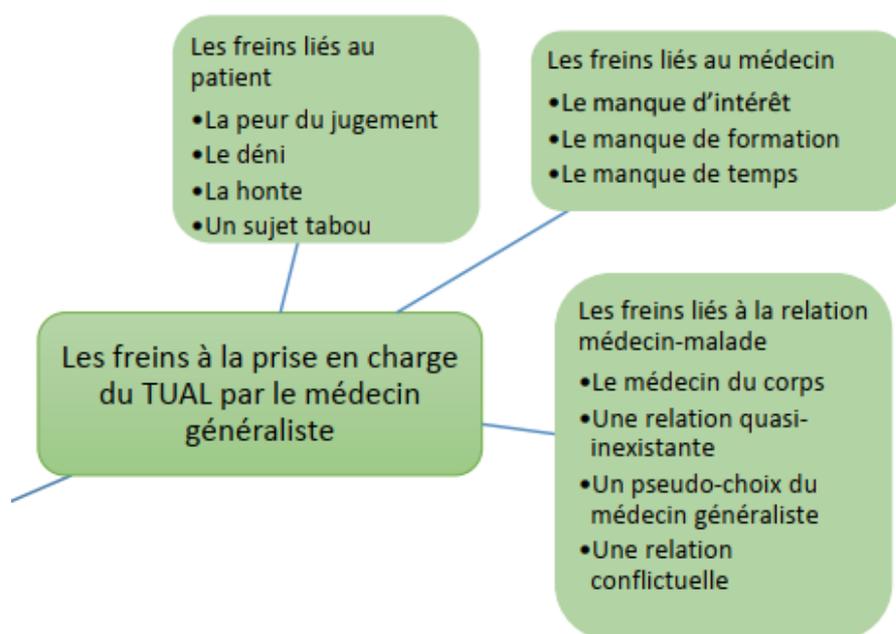
- E5 : « *Euh... j'crois qu'il attendait que je lui dise, alors qu'il le savait. »
« tout commence par ma parole en fait euh... il aurait, il aurait pu aussi me dire
« bon voilà monsieur (son nom) j'vois que euh... vous consommez et que... vos
problèmes sont liés à cette consommation » , »*
- E13 : « *Donc euh, donc le médecin m'a surtout laissé parler en premier. Elle m'a pas dit
« monsieur (nom) vous venez pour l'alcool ? ». J'lui ai dit « non, je viens parce que j'ai
un problème d'alcool » et j'lui ai dit que de toute façon mon rendez-vous était pris
euh... ici. Donc après on en a discuté euh... »*

– L'empathie :

Quelques patients dont le médecin généraliste est impliqué dans la prise en charge de leur TUAL, ont décrit des situations au cours desquelles il y a eu des partages d'émotions. Le médecin généraliste s'est parfois mis à la place du patient en comprenant les souffrances de celui-ci. L'empathie dans la relation médecin-malade peut améliorer l'adhésion des patients aux soins.

- E4 : « *Bah, « j'espère que ça va être la bonne, celle-là » (rires) « et j'te sens motivé
donc euh... bon bah j'ai confiance là » il m'dit. »*
- E7 : « *elle m'disait pour une femme c'est beaucoup plus compliqué que pour un
homme, on n'a pas le même organisme, donc du coup euh, elle était inquiète pour
mon foie, donc euh voilà. »
« parce qu'elle était quand même très très inquiète euh, de mon état de santé
général. »*
- E10 : « *Ben il euh... il comprend mon désarroi, il comprend euh... tout ça, donc il essaie
de son côté de de me donner ce qu'il faut euh... »
« il s'est mis à ma place quoi parce qu'il m'connaît bien. »*
- E14 : « *Bah son attitude j'l'ai vu sur lui il était déçu quoi quand j'ai repris... quand j'ai
repris l'alcool quoi. Il était très déçu parce qu'ils me l'ont dit au CHU « monsieur (nom)
est très déçu ». »*

3.4 Les freins à la prise en charge du TUAL en médecine générale :



Un quatrième thème a été défini suite à l'analyse des entretiens, il vient en miroir du précédent thème, il s'agit cette fois-ci d'explorer les freins à la prise en charge du TUAL en médecine générale. Les différents freins ont été classés selon leur origine, c'est-à-dire s'ils étaient dûs au patient, au médecin généraliste ou encore à la relation médecin-malade.

3.4.1 *Les freins liés au patient :*

– **La peur du jugement :**

Un témoignage d'une patiente a soulevé un élément intéressant pouvant expliquer les difficultés à l'abord du sujet de l'alcool avec le médecin généraliste. Pour cette patiente c'est la peur du jugement, la peur du regard de l'autre qui a freiné la discussion autour de l'alcool.

- E9 : « *et puis bon le fait que voilà qu'elle connaisse... ma situation, ma vie de, de, de mère enfin c'est vrai que c'était c'était un obstacle, le fait qu'elle m'ait vu plutôt dans le cadre du suivi pédiatrique de ma fille... euh c'était, c'était un petit peu un obstacle de me dire euh « bah oui 'fin voilà tu as deux petits enfants et tu vas aller raconter que que t'as des problèmes avec l'alcool » 'fin c'est, c'était... voilà pour moi c'était un obstacle. »*

L'importance de ce frein a été également mis en évidence par une autre patiente :

- E16 : « *de pas juger j'pense qu'il faut pas juger »*

– Le déni :

Le déni est un mécanisme de défense inconscient souvent présent chez les patients présentant un TUAL. Notre étude nous montre à quel point cela est répandu et freine la prise en charge du TUAL en médecine générale. Beaucoup de patient n'ont pas évoqué leur consommation d'alcool avec leur médecin généraliste du fait d'un déni.

- E1 : « Bah, parce que je le sentais pas nécessaire. »
- E6 : « c'est que j'voyais pô l'utilité »
- E7 : « Euh non, parce que j'en prenais pas, j'pensais que je... j'contrôlais la situation, que... j'avais pas de mômes, j'avais rien quoi euh. J'buvais quand j'avais envie de boire mais... c'était par plaisir hein. »
- E9 : « Pour moi c'était pas, 'fin j'le considérais pas tellement comme un problème dans la mesure où voilà j'étais pas... j'me sentais pas dépendante, tout du moins physiquement. »
« Voilà, j'pensais que ce s'rait, 'fin que si je voulais j'pouvais très bien m'arrêter donc j'percevais pas forcément ça comme un problème. J'avais l'impression juste de voilà de m'autoriser à quelques dérives on va dire, sans que ce soit forcément problématique. »
- E13 : « Bah non parce qu'à l'époque euh... non parce que y avait pas de soucis par rapport à ça, y avait pas de soucis particulier, j'étais pas dans l'excès, c'était raisonnable. »
« Non, non. Mais non parce que j'étais loin de... à cette époque-là, j'étais loin de savoir que j'allais, que j'allais ou qu'j'avais peut-être déjà un problème, mais j'pense qu'à des... je... c'était tout à fait normal, 'fin j'avais une consommation normale. »
- E16 : « puis on s'dit toujours que... on va réussir à s'contrôler qu'c'est juste une mauvaise passe et puis qu'ça va passer tout seul quoi. »
- E17 : « Bah d'abord je l'évoquais très peu car j'étais plus dans l'déni »
« puis en plus ça ne me gênait pas énormément, donc quand ils me disaient « vous consommez ? » « oui mais bon ». Comme me disait un actionnaire « je je je bois le soir ma bouteille de rosé je m'en fous en fait, ça me gêne pas euh... plus que ça », voilà. Donc c'était un peu ça euh... »

– La honte :

Une autre difficulté pour aborder le sujet de l'alcool avec le médecin généraliste est la honte. Cette émotion en lien avec les représentations sociales de la consommation excessive d'alcool, est retrouvée chez plusieurs participants à l'étude.

- E5 : « j'lui ai pas, j'lui ai pas parlé d'alcool euh... oui par euh... par honte tout simplement »

- I : « Ça vous lui avez pas dit ? » E8 : « Non. » I : « Pour quelle raison ? » E8 : « Par honte. »
- E10 : « Parce que je, j'en suis pas fier. J'en suis pas fier, et puis bon moi j'suis quelqu'un quand même de réservé euh... j'aime pas trop parler d'ça »
- E11 : « Bah on n'est jamais fier de ce genre de chose-là. »
« bon bah pour l'dire, on trouve ça honteux et tout, et c'est des choses qui sortent pas facilement. »
- E16 : « Bah j'pense qu'y a du déni, un peu de honte »
- E17 : « parce que je l'ai pas appelé, parce que j'étais un peu gêné aussi »

– Un sujet tabou :

En analysant les difficultés à évoquer les problèmes liés à l'alcool avec le médecin généraliste, nous pouvons constater que ce sujet est plutôt tabou. À un moment donné, certains patients n'envisageaient pas de parler de leur consommation avec leur médecin généraliste. Peut-être que cela vient du fait de la crainte du regard de l'autre, de la crainte d'un regard moralisateur, d'un sentiment de culpabilité ou d'un sentiment de honte. Un participant à l'étude explique que d'après son point de vue, le rôle du médecin généraliste n'est pas de s'insinuer dans la vie privée du patient.

- E5 : « j'crois que ça m'a jamais traversé l'esprit euh... de d'aller voir un médecin pour lui dire « j'ai un problème ». »
- E9 : « Et... bah parce que bon déjà j'ai, voilà j'ai toujours refusé d'en parler euh... 'fin refusé oui euh... bon je sais pas ça m'était jamais arrivée d'en parler à un professionnel de santé. »
- E11 : « Bah il, si si on lui en parle pas il peut pas le deviner. »
« À chaque fois il va pas... 'fin vous le saurez vous p'têt que vous le ferez, mais à chaque fois il va pas vous faire tendre les bras et... les doigts écartés pour voir si vous buvez. Quelque part c'est... un peu con c'que j'vais dire mais c'est un peu la vérité c'est d'intime. »
« L'affaire de la boisson c'est d'intime. Donc tout pendant qu'il patient ne va pas vers lui en... en disant qu'il boit... »
« Oui c'est pas à lui, c'est pas à lui d'aller chercher au fond euh... des choses que le patient... même si, j'vois ça comme ça après, si le patient veut pas en parler »
« Mais si le patient n'a pas envie de se livrer euh, c'est pas à lui de mettre les pieds d'dans hein. »
« le médecin il peut pas se permettre de mettre les pieds dans le plat carrément par rapport au patient. »
- E12 : « Ça va pas le regarder, ça l'regarde pas quoi, en fait. »

Certains patients questionnés par leur médecin généraliste ne révélaient pas la réalité de leur consommation d'alcool. Ils avaient tendance à ne pas donner toutes les informations à leur médecin généraliste. Ainsi les silences et les mensonges rapportés par certains patients montrent à quel point le TUAL peut être un sujet tabou freinant la prise en charge du TUAL.

- E1 : « *parce qu'en fait, euh, non je lui ai juste dit comme ça vite fait que je picolais un peu de trop* »
- E2 : « *'fin on a peut-être dû évoquer un peu, parce que je prenais du Seresta® etc donc euh.* »
- E8 : « *j'lui ai pas dit mais euh... au bout d'un moment j'ai mél, j'ai mélangé avec l'alcool avec ça euh...* »
- E10 : « *'fin j'ai dit j'y ai dit que j'ai des problèmes d'alcool mais j'ai pas dit les consommations que, que que moi je, je buvais quoi.* »
- E16 : « *Bah si elle me demandait mes consommations, mais j'lui disais pas la vérité.* »
« *Donc non non non j'avoue que j'lui ai pas dit euh... toute la vérité, hein ça c'est sûr.* »

3.4.2 Les freins liés au médecin :

– Le manque d'intérêt :

Certains patients ayant abordé le sujet de l'alcool avec leur médecin généraliste ont trouvé que celui-ci n'était pas réceptif et que sa réponse n'était pas adaptée. Ils ont ainsi perçu un manque d'intérêt de la part de leur médecin généraliste concernant les problèmes liés à l'alcool. Ainsi une démarche de soins en médecine générale peut être compromise.

- E1 : « *Non, j'en avais dû lui en parler une fois, quoi, mais euh... voilà, ça en est resté là, quoi.* »
« *voilà, pis il a pas cherché trop à comprendre non plus de trop, voilà quoi. Donc on n'en a jamais reparlé finalement* »
- E2 : « *ça dépend aussi d'la personnalité du du médecin, s'il a envie de s'impliquer ou... pas.* »
- E5 : « *Euh... donc oui j'ai regretté ce... de pas avoir plus d'écoute* »
« *Bah oui je l'sens pas euh, 'fin, sans prétention je, j'pense que j'l'ai cerné quoi. Donc euh voilà. Je, puis en même temps ça fait partie de la vie euh... tous les médecins sont pas des dieux quoi, ça reste des êtres humains euh, voilà pff.* »
- E15 : « *l'an dernier j'en a j'en avais parlé mais bon y avait rien de fait alors...* »

- E17 : « Il m'a dit, j'ai dit « docteur j crois que j'ai un problème d'alcool sérieux en ce moment » il m'a dit « oui je sais » c'est tout c'qu'il m'a dit. « Oui je sais » voilà ok.»
« Oui je sais » bon ben ok, donc c'est grosso modo euh... faut faut consulter les bonnes personnes « moi je peux pas vous aider plus que ça, si vous ne décidez pas de vous aider », mais il avait raison hein, j'dis pas, j'ai rien dit contre ça mais, mais euh... » I : « Donc ça c'est c'qu'il vous a dit ? » E17 : « Non c'est pas c'qu'il m'a dit mais c'est c'que ça sous-entendait très fortement. »
« Donc quand il me dit « oui je sais » c'est pareil c'est comme s'il me prescrivait du Doliprane[®] au final »

– Le manque de formation :

Les médecins généralistes ont souvent une formation initiale en addictologie mais ils ne peuvent pas perfectionner leur formation dans tous les domaines. Deux situations dans lesquelles les médecins généralistes confiaient ne pas se sentir suffisamment formés pour prendre en charge le TUAL, ont été rapportées par les patients.

- E7 : « Très bien, très bien, mais du coup euh... elle savait pas si le traitement était le bon euh, parce que... elle m'a dit « le problème c'est que..., est-ce que le traitement est vraiment bon, efficace pour vous ? » euh, elle était un peu perdue euh. »
- E9 : « parce qu'elle m'a dit « bon ben mais enfin moi c'est pas... c'est pas ma spécialité donc euh », »

Des patients ont exprimé que ce manque de formation était un frein à la prise en charge du TUAL en médecine générale. Le TUAL étant une pathologie compliquée cela nécessite pour eux une formation approfondie. Ainsi le suivi par des addictologues semble indispensable.

- E1 : « Bah disons que le médecin traitant connaît un peu toutes les pathologies, normalement, bah j'pense que c'est ça, après il connaît p'têt un peu mais p'têt pas assez pour euh... développer l'truc enfin, poursuivre la personne dans cet objectif-là. »
- E5 : « Son, voilà son rôle euh... c'est de, bah c'est s'occuper des pathologies qui euh, lui reviennent, euh, 'fin j'dirai entre guillemets le quotidien euh, voilà. »
« Dès que, on tombe sur des trucs un peu plus euh, compliqué il, il dirige sur euh quelqu'un d'autre, c'est voilà. »
- E17 : « Oui. Mais il est généraliste, il est pas addictologue. »
« C'est une maladie qu'est tellement grave, tellement addictogène, euh... qui nuit tellement euh sur tous les paramètres de la vie... que bah généraliste c'est c'est, rien que dans l'nom si vous voulez ça colle pas en fait, vous voyez ? »

Toutefois un patient a eu l'expérience d'une prise en charge de son TUAL en médecine générale par un médecin ayant une formation complémentaire en addictologie, ce qu'il a apprécié.

- E5 : « *Oui, oui j'avais un médecin traitant, euh... mais qui était alcoologue également, qui, qui euh... qui..., euh qui... tenait la permanence alcoologie à l'hôpital de Sées. »
« Lui il a vraiment joué le rôle euh... oui y a eu vraiment une prise en charge quoi. »*

– Le manque de temps :

Un autre frein lié au médecin généraliste est le manque de temps. Une consultation de suivi sur le plan addictologique demande du temps, souvent une trentaine de minutes alors qu'une consultation habituelle en médecine générale est plutôt de l'ordre de quinze à vingt minutes. Cependant la facilité d'accès au médecin généraliste peut permettre de multiplier les consultations et ainsi proposer au patient le temps nécessaire à une prise en charge optimale. Toutefois quelques patients ont rapporté la surcharge de travail des médecins généralistes pouvant freiner ainsi la prise en charge du TUAL.

- E3 : « *Bon, euh, là en ce moment il est surbooké d'chez surbooké, parce que y a un d'ses confrères qu'a pris sa r'traite et lui il a récupéré toute la clientèle, tous les patients de son confrère. Alors là, ça pff... Déjà avant c'était plein, mais alors là c'est surbooké quoi. »*
- I : « *Pourquoi vous n'avez pas de médecin généraliste ?* » E12 : « *Wha euh parce que là où j'suis à Evreux les médecins euh... ils prennent plus de... de surplus comme on va dire, dès qu'ils ont un taux, un... assez de de comment, de... de patient donc euh, ils prennent plus, 'fin j'sais pas, ils ont du mal. »*
- E13 : « *Parce qu'aujourd'hui euh ils ont beaucoup beaucoup de patients, des fois euh... ils refusent euh... des nouveaux patients. »*

Des patients ont trouvé que leur médecin généraliste ne prenait pas le temps nécessaire lors des consultations. Ainsi la discussion autour des problèmes liés à l'alcool se trouve limitée.

- E2 : « *J'trouve que c'était un peu, euh... on va dire euh, de l'abattage, quoi, donc euh ; on prend un patient, on prend ses... ses vingt-cinq euros, on prend un autre et on en fait quarante dans la journée. »*
- E3 : « *ça dépend du jour, des fois il est bougon parce qu'il est surbooké et puis faut qu'ça aille vite, pis on n'a pas le temps de discuter. Bon il prend la tension, des fois il est un peu, euh... un peu en dehors et puis il m'prend la tension deux fois, euh. »*
- E5 : « *par contre globalement euh... donc c'est quelqu'un qu'est... j'l'ai trouvé très technique euh, compétent euh... mais euh... pour moi j'le classe dans le type de médecin, 'fin de de personne, oui, oui de médecin ou de personnalité, euh... on sent que son entretien il l'a, il l'a calé sur dix minutes à peu près, euh... Il fait les gestes nécessaires, il pose les questions euh... selon le protocole etc euh, il fait ses, il fait son auscultation etc, euh... J'ai, il y a des, il y a des questions, il y a des paroles mais euh, voilà globalement on a quand même, j'ai eu le sentiment de quelqu'un qui euh, perd pas son temps à... à prendre le temps. »*

« Mais on n'est plus euh, on n'est pas ou on n'est plus je n'sais pas euh... dans le cadre du médecin euh euh qui prend son temps ; j'en ai eu euh... par le passé j'en ai connu euh, j'en ai connu un voilà lui c'était euh, l'entretien c'était le temps qu'il fallait quoi, même s'il y avait des gens qu'attendaient. »

- E15 : *« Mais bon euh chez lui euh c'est du rapide, des rendements rendements »*
« que lui c'est c'est... tout d'suite rentré et euh... tout juste il rouvre pô la porte aussitôt quoi. »
« qu'avant on n'avait pas l'temps d'dire euh tout c'qu'on avait à dire et... il nous r'présentait la porte euh pour repartir. »

3.4.3 Les freins liés à la relation médecin-malade :

– Le médecin du corps :

Certains patients ont la vision du médecin généraliste comme étant le médecin du corps. Pour eux le médecin généraliste prend en charge les problèmes de santé liés au physique sans qu'il ne puisse avoir un rôle dans les problèmes plutôt liés au psychique. Ainsi pour ces patients le médecin généraliste ne semble pas être l'interlocuteur de choix pour évoquer les problèmes liés à la consommation excessive d'alcool. Ce point de vue peut venir d'une représentation de la place du médecin généraliste véhiculée dans la société ou venir de l'image que le médecin renvoie dans sa relation avec son patient.

- E6 : *« Vraiment quand je suis malade, l'hiver si j'ai un coup de froid, une grippe ou un... ou un truc comme ça »*
« Non j'y vais uniquement vraiment, quand vraiment j'ai j'ai un soucis, comme j'vous dis soit un coup d'froid, une grippe ou mal à la tête ou... »
« Bah j'sais pô pour moi le médecin traitant c'est vraiment le médecin pour euh... pour vous consulter si vous avez des problèmes euh... personnels euh... une grippe ou un truc comme ça, mais pas spécialement pour des trucs bien précis. »
- E9 : *« Bah c'est vrai que oui avant je me faisais plutôt l'idée euh du médecin généraliste voilà qu'est là pour soigner un rhume ou, ou prescrire un traitement, enfin vraiment sur un plan... médical physique, on va dire. »*
« c'est vrai que j'pensais pas qu'elle pouvait m'accompagner dans... enfin qu'c'était pas son métier... de m'accompagner sur des questions de dépendance ou d'chose comme ça. Même des questions d'ordre psychologique »
- E17 : *« il est très bien pour soigner euh les gripes, vous voyez »*
« Donc il était très bon pour euh... il était très bon pour euh soigner euh... quand on a une, quand j'étais petit, quand j'avais une grippe, quand on... quand, au niveau des choses comme ça, quand je me faisais des bobos voilà. »
« qu'j'vais aller l'voir parce que de toute façon j'ai des plaques, faut qu'j'aille le voir, de démangeaisons euh c'est p'têt nerveux, m'enfin faut qu'j'aille le voir quand même. »

– Une relation quasi-inexistante :

Un autre point retrouvé dans les entretiens est que certains patients ont eu des périodes durant lesquelles ils n'avaient pas de médecin généraliste. Ainsi aucune relation médecin-malade ne peut s'établir et aucune occasion pour évoquer la consommation d'alcool ne peut avoir lieu. Même si le médecin généraliste est le pivot central dans le système de soins, certains patients ne sont pas forcément suivis en médecine générale.

- E5 : « *Non, j'suis resté des années sans aller voir un médecin, parce que voilà c'est... j'dirai c'est culturel quoi.* » I : « *C'est-à-dire ?* » E5 : « *'fin culturel p'têt pas euh... 'fin euh... bah parce que déjà euh... en fait euh... j'sais pas moi quand j'ai un rhume ou une grippe euh... bon bah j'me soigne tout seul quoi c'est euh... Et non en fait j'ai toute une période de ma vie où j'étais en bonne santé et j'avais pas l'occasion d'y aller quoi.* »
- I : « *Est-ce que vous avez un médecin traitant ?* » E12 : « *Non.* » I : « *Vous n'en avez pas du tout ?* » E12 : « *Non pas du tout.* » I : « *Depuis combien de temps ?* » E12 : « *Bah... pff... ça va faire trois ans à peu près.* »
- E13 : « *Euh... oui alors du coup euh... j'avais pas de... j'avais pas de médecin traitant, jusqu'à... y a quinze jours. J'vais rarement chez le médecin.* »

Dans d'autres situations, les patients ont un médecin généraliste mais ne le voient qu'occasionnellement. Ceci peut être un obstacle à la création d'une alliance thérapeutique entre le médecin et le malade, et par conséquent être un frein à la prise en charge du TUAL en médecine générale.

- E5 : « *Mais pareil à l'époque, j'allais rarement chez le médecin quoi.* »
- E6 : « *j'y vais rarement.* »
« *Une fois par an.* »
- E9 : « *Euh... bah en fait euh... j'la voyais pas très très souvent euh...* »
- E12 : « *Mais sinon spécialement les médecins c'est grand maxi une fois dans l'année, que j'vois un médecin. Bah oui (rires). C'est ça quoi.* »

– Un pseudo-choix du médecin généraliste :

Spontanément, sans que la question ne soit posée, plusieurs patients ont évoqué la façon dont ils avaient choisi leur médecin généraliste. La démographie médicale actuelle en France ne permet pas aux patients d'avoir un large choix de médecin généraliste à disposition. Le choix du médecin généraliste peut être difficilement dépendant de la qualité de la relation médecin-malade. Bien souvent les patients vont voir le successeur de leur ancien médecin généraliste, ou le médecin de la famille, ou encore ils choisissent un médecin du fait de sa localisation géographique afin d'avoir un médecin

proche de leur lieu d'habitation. Le manque de choix peut être un frein à la prise en charge du TUAL en médecine générale.

- E4 : « Bah déjà au début c'est mes parents qui l'avaient le médecin »
- E5 : « c'était aussi euh... donc Sées c'est une petite ville hein euh... c'était aussi le médecin traitant plus ou moins d'la famille quoi, voilà. C'est euh... »
« je l'ai choisi par hasard, c'est-à-dire euh... en fait c'est le remplaçant du de mon médecin précédent précédent euh, qui est parti à la retraite, donc voilà euh... »
- E6 : « alors j'ai dû prendre un, pis j'ai pris, j'ai pris un médecin de, d'où j'habitais hein ; j'ai pô été plus loin. »
- E7 : « Euh non, parce que j'ai emménagé au (quartier de Caen), j'avais gardé mon médecin d'avant et là ça fait quelques mois maintenant que j'ai repris un nouveau médecin »
- E9 : « 'fin pas très longtemps qu'elle me suit parce que euh... en fait on a emménagé là dans notre commune il y a trois ans maintenant. Euh... j'l'avais vu pour ma fille, dans un premier temps elle suivait ma petite fille qui a trois ans. Et puis j'ai fini par lui demander qu'elle devienne mon médecin traitant. »
- E13 : « Donc j'ai pris le, j'ai pris le même médecin que, que mes parents. »
- E17 : « Alors euh c'est un médecin qui a soigné euh... euh toute ma famille je... donc mes grands-parents, ma mère euh... donc il connaît un p'tit peu l'histoire familiale. »

Certains patients de l'étude envisagent de changer de médecin généraliste pour avoir un interlocuteur plus impliqué dans la prise en charge du TUAL. Ainsi le patient de l'entretien n°15 a déjà eu l'occasion de voir le confrère de son médecin généraliste avec lequel l'abord du sujet de l'alcool a pu se faire facilement. La relation médecin-malade étant plus propice à une prise en charge du TUAL, il prévoit être suivi dorénavant par ce dernier.

- E5 : « Donc euh peut-être que ça se fera à l'occasion euh... Oui c'est p'têt une chose aussi à entreprendre sans, sans raison précise hein, euh... simplement voilà
« Monsieur euh, je cherche un médecin traitant euh... qui puisse m'écouter euh par rapport à... à l'alcool etc » euh voilà. »
- E15 : « Alors bon euh, là maintenant j'vais voir son confrère qu'est à côté quoi, et ça se passe mieux, parce que il passe plus le temps d'ausculter et à demander c'qu'il va pô tout ça. »
« Alors euh... c'est ça qui a fait prendre conscience que... bon changer de médecin après quoi, j'vais toujours voir çui-là maintenant, le docteur (nom 3) et ça s'passe bien. »

Toutefois changer de médecin généraliste peut sembler difficile pour un patient. Cela implique de créer à nouveau une relation médecin-malade.

- E17 : « *Mais repartir avec un nouveau médecin généraliste, je sais pas, je je j'en sais rien. Franchement j'suis j'suis pas persuadé qu'ce soit une bonne chose. Vous voyez j'suis un peu le dilemme, j'suis un peu perdu en fait. Voilà.* »

L'hospitalisation en addictologie a permis à un patient d'évoquer avec un autre patient le problème de la relation médecin-malade. Le patient envisage ainsi de changer de médecin généraliste en étant plus avisé dans son choix, et notamment en intégrant l'existence de son TUAL dans les paramètres de sa décision.

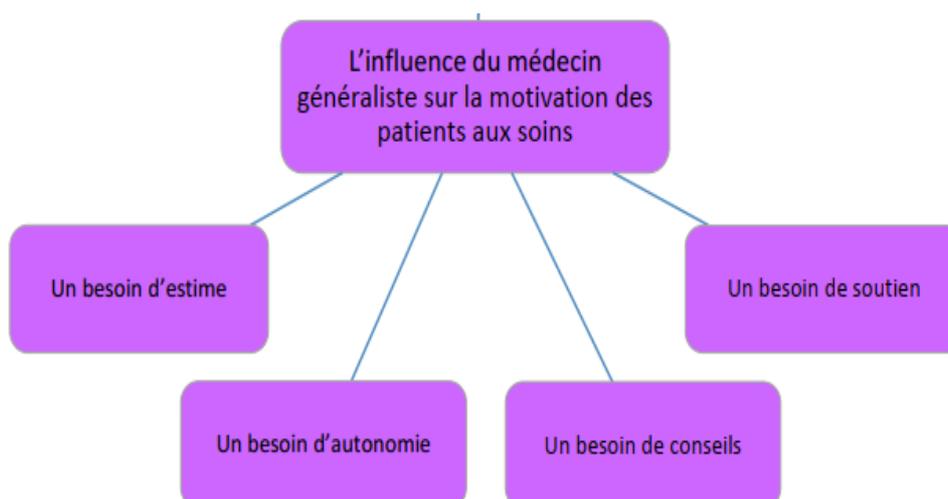
- E5 : « *J'me dis à l'occasion euh, justement ce matin j'en discutais avec euh, un de mes... collègues (rires), il me parlait de son médecin traitant qui était un mec bien tout ça bah voilà, j'lui ai dis « où est-ce qu'il est ? » quoi ; parce que euh effectivement j'me dis bah s'il convient pas bah j'en, j'en change c'est c'est voilà, c'est c'est normal quoi.* »

– Une relation conflictuelle :

Certains patients de notre étude ont eu une relation un peu conflictuelle avec un médecin généraliste. Cela pouvant être à l'origine d'un frein à la prise en charge du TUAL en médecine générale.

- E2 : « *J'ai un petit peu une dent contre les médecins généralistes.* »
« *Parce que j'ai une, euh... j'ai une stomie, une colos..., 'fin, une colostomie. Et... ils en sont un peu responsables, on va dire.* »
« *Ils m'ont rien diagnostiqué puisque, euh, ils ont pas regardé, voilà.* »
« *parce que c'est... c'est, on va dire c'est une erreur, euh, médicale, et et voilà, je ne suis pas allé loin pour lui prêter... les attaquer ni rien. Mais ils sont responsables quand même de mon état, euh...* »
- E12 : « *Non, bah j'suis pas médecin donc euh.* » (avec des grimaces signifiant qu'il n'apprécie pas les médecins)
- E17 : « *j'ai une relation avec lui un peu euh... un peu particulière dans le sens où il a fait des diagnostics qui étaient faux sur la santé de ma mère* »
« *j'trouvais ça un peu épais de la part de mon médecin généraliste, donc après les relations étaient un peu faussées si vous voulez.* »
« *mais j'vous dis c'est pas une relation euh... habituelle entre un patient et un professionnel de santé, donc euh.* »
« *on a une relation un peu gênante là, en ce moment.* »

3.5 L'influence du médecin généraliste sur la motivation des patients aux soins :



Durant notre travail de recherche, nous nous sommes interrogés sur l'impact que pouvait avoir le médecin généraliste dans la motivation des patients aux soins, que ce soit dans la motivation au changement ou dans la motivation à maintenir leur objectif envers la consommation d'alcool. La motivation au changement est un processus complexe, les patients vont passer par différents stades de motivation que nous avons pu retrouver dans nos entretiens.

La plupart des patients de notre étude ont déjà expérimenté l'abstinence et par conséquent la ou les rechutes qui les ont amenés à cette hospitalisation. Certains patients n'ayant jamais expérimenté l'abstinence semblent être encore dans le stade de la contemplation. Ils ont été dirigés vers le service d'addictologie pour la prise en charge de leur TUAL, mais leur motivation semble être essentiellement d'origine extrinsèque.

Dans la motivation des patients à effectuer un changement de comportement vis-à-vis de la consommation d'alcool, la place de l'autodétermination peut biaiser leur point de vue sur l'influence de leur médecin généraliste. Ainsi certains patients peuvent s'attribuer tous les mérites sans prendre conscience du rôle qu'a pu jouer le médecin généraliste.

Afin de mieux évaluer le ressenti des patients quant au rôle du médecin généraliste dans leur processus motivationnel, une question spécifique leur était posée. Certains patients ont attribué un rôle à leur médecin généraliste dans leur motivation au changement, que ce soit par une attitude plutôt paternaliste comme pour les patients des entretiens n°3 et n°10 ou par une attitude empathique comme pour les patients des entretiens n°4 et n°7. Pour d'autres patients leur détermination à entreprendre un changement vis-à-vis de leur consommation d'alcool semble tellement importante que les facteurs motivationnels sont difficiles à définir. Toutefois l'origine du changement de comportement se rattache à des besoins spécifiques auxquels le médecin généraliste peut contribuer, voici quelques exemples :

3.5.1 Un besoin d'estime :

Un patient a exprimé sa peur de décevoir son médecin généraliste s'il n'arrive pas à maintenir son objectif d'abstinence à l'alcool. Certains patients peuvent ainsi être dépendant du regard de leur médecin généraliste, cela peut refléter un manque d'estime de soi. Ils peuvent avoir besoin de la reconnaissance de leur réussite par leur médecin généraliste.

- E4 : « *J'ai hâte de l' revoir. » (rires)
« Je vais attendre une semaine ou deux pour voir comment ça se passe dehors vraiment, et... là j'veux être fier et puis lui annoncer quoi. »
« Ouais. Parce que si j'lui dis tout de suite après je m'foire quelque part pour une x ou... raison. Et retourner le voir j'vais lui dire « non en fait j'ai, j'ai merdé, j'ai foiré » j'vais le décevoir et pis j'vais être regretté et pis j'vais être encore pire qu'avant donc euh... »
« La fierté que... que je réussis, que je puisse réussir et voilà. Et parce qu'il a fait pour moi et ma famille je lui dois au moins ça au minimum. Il a au moins un geste de reconnaissance. »
« j'veux pas le décevoir. »
« De le décevoir ouais ça, ça m'embêterait encore plus quoi, donc euh. »
« C'est ouais. C'est peut-être nul mais bon c'est voilà quoi, il m'a donné tellement beaucoup de chose, beaucoup de chance et pis euh, j'veux pas le décevoir. »*
- E10 : « *Et puis bon c'est vrai il m'a tellement vu mal et pis bon maintenant me voir maintenant c'est vrai qu'c'est le jour et la nuit quoi. »*

3.5.2 Un besoin de conseils :

S'engager dans un changement de comportement n'est pas facile, les patients ont besoin d'informations notamment de conseils pour les guider dans ce processus. Certains patients ont besoin d'un médecin plutôt directif dans la façon de délivrer des conseils.

- E8 : « *Ben indirectement oui parce que euh... vu que j'l'ai vu en rendez-vous exprès pour ça... Le fait qu'il m'ait déjà conseillé de venir ici... donc oui. Oui il a un rôle de conseil, c'est clair. Hum. »*
- E10 : « *Je crois aussi oui, oui bien sûr, ouais ouais oui. Parce que euh... c'est vrai que il m'a dit « fais attention, ça fait quand même plusieurs fois qu'tu reviens m'voir euh, pis euh c'est un peu à cause du travail euh, tu j'sais pas, tu, tu devrais faire plus attention euh », il m'donnait un peu des... des directives quoi j'pourrais dire euh... « voilà faut... maintenant t'as un peu comme l'épée d'Damoclès sur la tête quoi ». Donc oui oui, motivé euh... ouais ouais surtout à arrêter ouais. »
« J'ai changé mes mes habitudes, mon attitude, oui oui non non, il m'a bien aidé ouais. »*

- E13 : « *Il peut jouer un rôle, j pense qu'il peut jouer un rôle. De part euh... de part ses explications euh... j pense que ouais ouais.* »

3.5.3 *Un besoin de soutien :*

Encourager le patient au changement est un outil motivationnel le valorisant, notamment lorsque sont mises en avant ses capacités à changer. Tout médecin généraliste impliqué dans le parcours de soins peut être ainsi un soutien pour le patient. Dans notre étude cela n'a été exprimé clairement que par 2 participantes, les besoins variant d'un individu à l'autre.

- E9 : « *mais elle a fait que m'encourager à le faire en fait* »
 « *Et euh c'est vrai qu'après elle a été plutôt encourageante, elle dit c'est, « moi j pense que c'est bien que vous le fassiez » euh... donc euh... ouais j pense qu'elle... hum hum. Euh oui y a un rôle de... de soutien, d'orientation on va dire.* »
 « *Voilà c'est surtout un sentiment d'encouragement de sa part... qui était euh... qui a été utile* »
- E16 : « *Ouais hum. Donc oui oui j pense qu'elle peut être euh... pas un moteur mais euh, ça peut être une une... une... bonne assistance, on va dire ça comme ça.* »

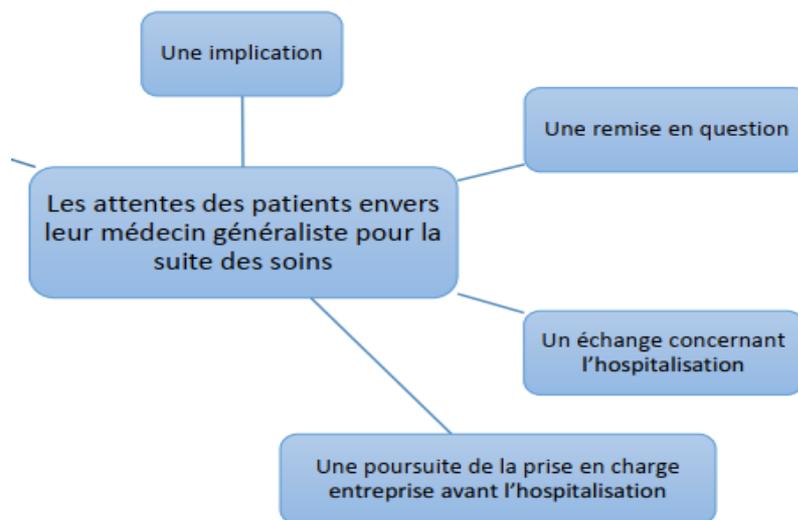
3.5.4 *Un besoin d'autonomie :*

Dans la motivation à maintenir l'objectif envers la consommation d'alcool, plusieurs patients ont exprimé un besoin d'autonomie, un besoin de reprendre le contrôle sur leur vie. Le rôle du médecin généraliste va être d'amener les patients vers cette autonomie.

- E8 : « *ne plus l'embêter euh, pour des bêtises que j'ai faites quoi, c'est clair.* »
 « *j'vais pas l'embêter avec ça, il en a déjà beaucoup fait. Hum.* »
 « *mais je préfère aller retourner le voir pour une grippe ou quekchose comme ça, quekchose de banal que...* »
 « *Pour trouver la normalité... d'une vie.* »
- E10 : « *maintenant c'est... c'est moi qui... qui va m'aider tout seul, j'ai plus besoin de lui là, ouais.* »
- E13 : « *euh elle va faire son travail et puis moi j'vais faire le mien* »
- E16 : « *Non parce que j'en ai marre, j'vous l'dit franchement si je pouvais arrêter d'aller chez le médecin tous les mois ça m'irait très très bien.* »
 « *j'aimerais bien reprendre ma vie en main quoi et donc euh ouais j'aimerais bien avoir moins besoin... de cette assistance justement ; mais euh pour l'instant c'est pas le... c'est pas le sujet quoi, j'me laisse un peu d'temps pour voir comment j'suis en sortant, comment je gère, comment...* »

soins :

3.6 Les attentes des patients envers leur médecin généraliste pour la suite des



Le dernier thème de notre étude correspond aux attentes des patients envers leur médecin généraliste pour la suite des soins. Ainsi nous avons exploré le rôle que pouvait avoir le médecin généraliste à la sortie d'hospitalisation des patients ayant eu une prise en charge spécialisée de leur TUAL.

3.6.1 *Une implication :*

Beaucoup de patients de notre étude souhaitent que leur médecin généraliste s'implique pour la suite de la prise en charge de leur TUAL. Cette implication peut s'effectuer à plusieurs niveaux, il peut s'agir :

d'un soutien, d'un conseil, d'un réconfort, d'une réassurance,

- E1 : « *ça peut être toujours une aide, hein. »* »
- E3 : « *Et bah du réconfort, éviter de r'tomber »* »
- E4 : « *Oh du soutien tout simplement. »* »
- E6 : « *Bah me conseiller, me dire euh pff... je sais pas euh »*
« *euh j'pense qu'il pourra m'aider à, p't'être à revenir là si jamais euh, malheureusement je... »* »
« *soit qu'il me ramènera ici, espérant que... ça n'arrivera pas, soit il m'conseillera »* »
- E9 : « *je sais pas, effectivement j'irai la voir si... si si j'me sens en difficulté »* »
« *parce que c'est, c'est garder un lien dans, dans le programme de soins finalement, donc euh, donc oui, ouais c'est... ouais ça peut être un... une béquille quelque part de... de se dire « bon bah voilà si vraiment ça va pas ou quoi, pourquoi j'irai pas voir le docteur »* »

- E13 : « *c'est assez rassurant d'avoir un médecin traitant qui vous suit quand même.* »

de l'écoute,

- E1 : « *en discutant déjà* »
« *bah en discuter déjà quoi...* »
- E5 : « *bon bah ça m'aurait fait un interlocuteur supplémentaire.* »
« *Donc oui, moi plus j'ai d'interlocuteur par rapport à l'alcool mieux c'est quoi, donc euh...* »
- E9 : « *d'être à l'écoute effectivement en cas de difficulté* »
- E11 : « *Bah de de m'écouter par exemple.* »
- E15 : « *d'être, d'être à l'écoute* »
- E17 : « *Ça reste une personne de plus, donc euh... je, dans les soins, donc oui, j'vais pas vous dire que non. Ça reste quand même un médecin, ça reste quand même quelqu'un à qui je peux parler* »

d'un suivi des objectifs fixés en terme de consommation d'alcool,

- E1 : « *parler de progression.* »
« *Si... Bah j'ai pas recraqué...* »
« *voir mon état p'tit à p'tit, quoi, si je tiens bon, si... si j'ai pas recraqué quoi.* »
- E7 : « *Euh... bah un suivi hein, parce que là le traitement que j'ai d'toute façon on m'a dit euh... « bon c'est juste pour calmer les envies, mais ça risque de durer qu'sur quelques mois quoi ». Donc euh... voilà.* »
« *D'toute façon je sais qu'elle me demandera toujours si ça va, si... si y a pas de consommation, si... voilà.* »
- E14 : « *Bah j'espère qu'il sera là pour m'aider quoi c'est...* »
« *Bah sur le problème d'alcool quoi, m'aider euh... que je reprenne pas l'alcool quoi.* »

d'une prescription d'un traitement médicamenteux,

- E9 : « *éventuellement me tourner vers mon médecin traitant si jamais euh... j'éprouvais des difficultés et qui pourrât elle être amenée à mettre en place un addictolytique pour euh pour m'aider.* »
- E15 : « *et pis euh... de donner c'qu'il faut euh... comme médicaments si y en a besoin quoi, sans en prendre de trop, parce que ça devient une drogue après quoi.* »

d'un suivi sur le plan somatique,

- E13 : « *on va s'revoir euh... fin de semaine prochaine avec mon bilan, donc on, j'pense qu'on va avoir une... une une bonne discussion, parce qu'il y a quand même des p'tites* »

choses qui sont qui sont à voir (regarde sa feuille avec son bilan sanguin) donc euh... j pense qu'on va approfondir le sujet là. »

« y a encore une suite euh, y a encore une suite par rapport à mes taux euh... à mes taux, à mon foie... euh aux vitamines donc euh y a pas mal de choses euh... »

« Bah après j'avais avoir une échographie du foie, par exemple, euh... éventuellement euh... il va falloir que je voie au niveau de la thyroïde. Donc suivant euh... suivant les résultats euh... forcément qu'un médecin généraliste va avoir un rôle euh... va avoir un rôle euh important par rapport à ça. »

- E15 : *« pis euh... mettre un suivi euh... 'fin admettons tous les deux ou trois mois, aller l'voir pour euh faire des bilans quoi. La santé et pis si ça va mieux »*

ou d'un rôle plutôt administratif.

- E1 : *« Bah pour prolonger mon arrêt de travail, déjà. »*
- E10 : *« Oui, oui oui, parce que bon j pense que il va p'têt essayer de me faire un appui. Parce que moi ce que je recherche en sortant c'est euh... c'est euh, surtout euh... avoir un arrangement euh de... éventuellement qui me détache deux jours par semaine pour que j'puisse continuer mes ateliers donc le mardi et le vendredi, avec la neurologue. »*
- E14 : *« Bah pour ma reprise du travail. Je suis obligé de passer par le médecin pour reprendre le travail. »*

3.6.2 Une remise en question :

Un patient ayant récemment une relation plutôt conflictuelle avec son médecin généraliste, attend de lui une remise en question de sa prise en charge avant l'hospitalisation. C'est peu fréquent d'avoir le témoignage d'un patient évoquant la possibilité que son médecin généraliste remette en question ses pratiques professionnels.

- E17 : *« Bah j pense que ça apporte surtout à mon médecin généraliste une prise de conscience de la situation. Vous voyez ? Dans le sens où peut-être qu'il s'est dit « tiens il y a quand même euh... Clémenceau », c'est la première fois hein qu'ça s'est produit, « y a Clémenceau qui m'appelle euh... bon euh... ». Peut-être qu'il s'est dit, j'en sais rien c'qu'il s'est dit, mais je pense qu'il a dû s'dire « mince j'ai p'têt pas été assez présent cet été ou les derniers mois sur c'qu'il s'est produit ». »*

3.6.3 Une poursuite de la prise en charge entreprise avant l'hospitalisation :

Certains patients étaient satisfaits de la prise en charge qu'ils ont eu avec leur médecin généraliste avant leur hospitalisation, et désirent tout simplement une poursuite de cette prise en charge.

- E14 : « Bah j'ai des attentes que ça continue comme ça, comme j'avais le voir en principe demain, non, lundi quoi euh... Ouais qu'il lui dise ça et que... que ça s'suive et tout ça c'est... bah je verrai ça avec lui. »
- I : « Est-ce que vous avez des attentes envers votre médecin généraliste ? » E16 : « Bah pas plus que... y a déjà là. » I : « Qu'elle continue à s'impliquer... ? » E16 : « Ouais ouais, qu'elle... je... ouais. » I : « Comment elle pourrait vous aider ? » E16 : « Bah plus que là maintenant j'vois pas quoi. J'pense que c'est déjà bien comme ça. Hum. »

3.6.4 Un échange concernant l'hospitalisation :

Plusieurs patients souhaitent mettre au courant leur médecin généraliste de cette hospitalisation. Cette nécessité d'un échange peut refléter un devoir de transparence envers le médecin généraliste.

- E2 : « De toute façon j'ai prévu d'aller le voir, euh, à ma sortie, donc euh, 'fin lundi ou mardi ; pour lui expliquer quand même. Parce que c'est... qu'il y ait quand même un... un contact, un rapport, un échange, quoi. Qu'il soit au courant aussi, euh, de ma situation, euh, voir que j'avais pas trop mal (rire). Et, euh... voilà. »
- E3 : « Bah oui, d'façon j'avais lui en parler, étant donné que d'ici ils lui donnent tous les compte-rendus. Donc euh la prochaine fois qu'j'avais aller le voir euh... ; bon j'prends plus le Xanax[®], le Deroxat[®], machin ; mais j'avais aller l'voir pour euh... en discuter simplement, pis euh voilà ; j'avais voir c'qu'il va m'dire. »
- E9 : « Mais euh... après j'pense que je vais certainement y retourner là, à la suite de mon hospitalisation quand même, pour faire le point avec elle, bah quand même ne serait-ce que pour lui donner des nouvelles, lui faire un compte-rendu euh... 'fin oui elle va recevoir le compte-rendu médical, mais pour lui expliquer mon compte-rendu de mon point de vue quoi. »
- E10 : « non mais j'avais aller le revoir de toute manière pour me donner euh, voilà mes ressentis que j'ai eu pendant la cure et puis lui dire euh voilà où j'en suis maintenant quoi. »
 « mais je r'prendrais rendez-vous pour euh, pour lui dire où j'en suis parce que bon il m'a toujours suivi donc euh... oui non j'y retournerai quand même, mais euh... oui pour euh... pour lui dire voilà où j'en suis quoi, j'me répète mais euh voilà c'est ça. »
 « Bah euh... déjà euh, le fait que... j'l'ai pas oublié parce que mon, il m'a tellement bien suivi que. Non je peux que lui donner des conclusions de de ce qui s'est passé. »
- E11 : « Un peu ouais parce que j'ai demandé si mon dossier médical d'Esquirol et d'ici allait suivre, puis on m'a dit qu'oui, et donc je, j'suis content... qu'il soit au courant. »
 « Ah bah je pense que quand j'avais ressortir j'avais prendre un rendez-vous avec lui ouais, ouais ouais tout à fait, oui qu'il soit au courant, ouais. »
- E15 : « euh j'pense qui... il va être au courant de tout ça, et on va l'mettre au courant »

IV. Discussion :

1. Impressions générales de l'investigatrice :

C'est avec beaucoup d'intérêt et de plaisir que nous avons mené cette étude.

Recueillir le vécu et le ressenti des patients était très enrichissant. La plupart des patients se sont montrés enthousiastes à la participation de l'étude.

Les profils des 17 participants à l'étude étaient très variés avec des perceptions très différentes de la prise en charge de leur TUAL par les médecins généralistes.

En relisant les transcriptions des entretiens, l'investigatrice s'est rendue compte qu'elle aurait pu approfondir certains points avec les participants à l'étude. Elle a parfois pu se sentir mal à l'aise, ce qui s'explique en grande partie par le fait qu'il s'agissait d'une première expérience dans la réalisation d'entretien pour une thèse. C'est au fur et à mesure des entretiens et de leur analyse qu'elle a pu s'améliorer.

2. Discussion sur la méthodologie :

2.1 Les avantages de la méthode de recherche qualitative :

Le but de la méthode de recherche qualitative est de comprendre les expériences personnelles et d'expliquer certains phénomènes sociaux.

La méthode de recherche qualitative permet aux participants de s'exprimer librement grâce à des questions ouvertes. Ainsi cette méthode permet de faire émerger des informations auxquelles l'investigatrice n'avait pas pensé.

Le point fort de ce travail de thèse est le fait de donner la parole aux patients, ce que ne permet pas la recherche quantitative.

2.2 Les limites de l'étude :

Si le recrutement hospitalier a permis un accès facilité aux patients présentant un TUAL, celui-ci constitue un biais de sélection. Les patients de notre étude ne sont pas représentatifs de la population en médecine générale. Leur prise en charge est globalement plus lourde, puisqu'ils présentent souvent

des complications somatiques et/ou psychiatriques, une polyconsommation ou encore un isolement social. De plus ils se sont habitués à parler de leur consommation d'alcool avec le personnel soignant et ils ne représentent qu'une partie des patients ayant un TUAL, c'est-à-dire ceux sevrés récemment.

Un biais de mémorisation peut également être présent dans cette étude. Certains patients présentaient en effet des troubles cognitifs liés à l'alcool légers. Il peut donc exister une altération de la perception du message médical ainsi qu'une altération de la restitution des informations.

L'investigatrice est la personne qui a réalisé à la fois les entretiens et leur analyse. Elle a par ailleurs effectué l'analyse des verbatims sans aide de logiciel. Son manque d'expérience dans la recherche qualitative a pu conduire à un biais d'interprétation. Celui-ci a pu être limité par le retour des transcriptions à 12 participants de l'étude.

L'investigatrice craignait que son statut de médecin généraliste freine l'expression du ressenti des patients, mais globalement cela n'a pas été le cas.

3. Discussion des résultats :

3.1 Les caractéristiques des participants à l'étude :

Nous pouvons remarquer dans un premier temps que les participants à l'étude sont majoritairement des hommes, 82 % versus 18 % de femmes. Cette majorité d'hommes est conforme aux données de la littérature, en effet le dernier bilan RECAP¹ 2017 montrait que les personnes suivies en CSAPA pour une prise en charge d'un TUAL étaient à 76 % des hommes. Par ailleurs l'âge moyen dans ce récent bilan était de 45 ans ce qui se rapproche de l'âge moyen des patients de notre étude, 49,9 ans (37).

Même si la méthodologie de notre étude ne permet pas d'établir de différence entre le genre des participants et leur expérience du TUAL, nous avons toutefois pu constater que les notions de peur du jugement et de besoin de soutien ont été évoquées uniquement par des femmes. Des études se sont penchées sur le lien entre le genre et la motivation au changement et ne retrouvaient pas de différences significatives. Toutefois, les femmes présentent une vulnérabilité accrue aux effets sociaux, physiologiques et psychologiques de la consommation d'alcool, avec des difficultés pour reconnaître leur TUAL (38).

¹ RECAP : Recueil commun sur les addictions et les prises en charge, mis en place en 2005 par l'OFDT

Concernant les médecins généralistes des patients de notre étude, les données recueillies provenaient des informations transmises par les patients. Pour 10 médecins sur 16, l'estimation de leur âge se situait entre 45 et 60 ans, or on peut voir dans la Figure 11 ci-dessous qu'une grande partie des médecins généralistes en France en 2018 faisaient partie de la tranche d'âge 60-64 ans alors que cela ne concerne qu'un seul médecin dans notre étude (39).

Par ailleurs les médecins de genre féminin sont sous-représentées dans notre étude, puisqu'elles ne sont que 25 % versus 47 % au niveau national.

Il apparaît donc dans notre étude que les patients hospitalisés dans le service d'addictologie ont pour la plupart un médecin généraliste de genre masculin plus jeune que la moyenne des médecins généralistes en France. Cela peut être expliqué par une difficulté à estimer l'âge de son médecin généraliste et par le fait que la plupart des participants à l'étude sont des hommes ayant pour médecin généraliste un homme. D'ailleurs dans notre étude, nous avons 3 participants de genre féminin qui ont toutes une femme comme médecin généraliste.

Afin de déterminer si le genre avait une influence sur le choix du médecin généraliste, une étude quantitative a été réalisée en 2013 portant sur 6923 patients. Cette étude a mis en évidence que par rapport aux hommes, les femmes consultent plus fréquemment un médecin généraliste de genre féminin délibérément par choix (40).

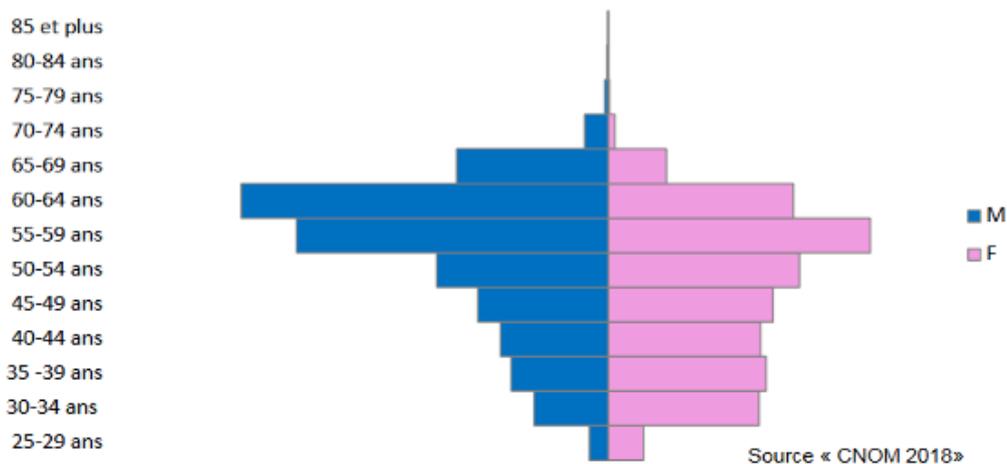


Figure 11 : Pyramide des âges des médecins généralistes en activité en France en 2018

3.2 Le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge du TUAL :

L'objectif principal de notre étude était de recueillir le point de vue des patients présentant un TUAL sur la place du médecin généraliste dans les soins addictologiques. La richesse des échanges avec les patients nous montre que le rôle du médecin généraliste est primordial pour la majorité d'entre eux.

Évidemment l'importance du rôle du médecin généraliste dans ce domaine est dépendante de son attrait pour cette discipline particulière qu'est l'addictologie, mais également de la relation médecin-malade et de nombreux autres facteurs, tels que l'expérience ou la disponibilité.

Dans un premier temps, nous revenons sur les compétences du médecin généraliste mises en avant par les patients. À travers les différents entretiens nous pouvons constater que la capacité d'écoute du médecin généraliste est l'élément qui revient le plus souvent. Pourtant l'apprentissage de l'écoute fait défaut lors du cursus universitaire, c'est surtout l'expérience, l'instinct et la personnalité du médecin qui vont guider sa capacité d'écoute. Cette compétence essentielle n'est pas spécifique à la prise en charge du TUAL, mais elle est particulièrement importante dans l'approche globale des patients présentant des pathologies chroniques.

Illustrant l'importance de l'écoute de la part du médecin généraliste, une enquête de l'Académie nationale de médecine publiée en 2020 et interrogeant 1530 personnes a montré que pour 77 % d'entre eux le rôle du médecin était d'être à l'écoute des souffrances de la société (41). Les résultats du sondage sont représentés dans la Figure 12 ci-dessous.

Q. Etes-vous d'accord ou pas d'accord avec l'affirmation suivante : Le rôle du médecin n'est pas seulement de guérir les maladies, mais également d'être à l'écoute des souffrances de la société ?

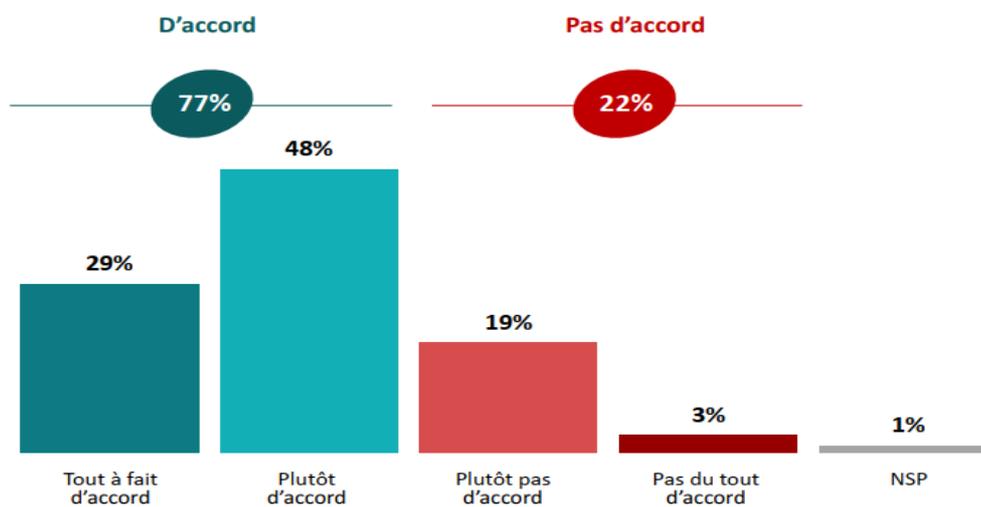


Figure 12 : Perception du rôle du médecin, Sondage OpinionWay pour l'Académie de Médecine

Dans notre étude, le repérage du TUAL par le médecin généraliste n'a quasiment jamais eu lieu. L'abord de la discussion sur le sujet de l'alcool est très rarement à l'initiative du médecin généraliste. Cela peut être dû à un biais de mémorisation ou à un besoin de s'approprier le fait d'être à l'initiative de la discussion autour de l'alcool. Cela peut aussi refléter une réalité qu'il est difficile pour les médecins généralistes d'aborder le sujet de la consommation d'alcool auprès de leur patient.

Une étude réalisée en 2017 auprès de 40 médecins généralistes montre que 80 % d'entre eux craignent d'indigner leur patient en abordant des questions sur leur consommation d'alcool (35). Il paraît important de lever cette crainte afin que le sujet de l'alcool ne soit plus un sujet tabou.

Fin 2019, la Fédération Addiction a publié des vidéos montrant comment le repérage précoce des conduites addictives peut être mené dans le cadre d'une consultation de médecine générale (42).

Par ailleurs, une étude réalisée en 2017 auprès de 125 médecins généralistes montre que 91,13 % d'entre eux n'utilisent jamais de questionnaire pour le repérage d'un TUAL (43). Aucun patient de notre étude n'a fait référence à l'usage de questionnaire par le médecin généraliste. On peut émettre l'hypothèse que ces questionnaires sont chronophages et que leur utilisation peut perturber la dynamique de l'échange autour de l'alcool. Repérer la consommation d'alcool avec des questions simples et adaptées à chaque patient est déjà primordial.

L'idéal est de ne pas attendre d'avoir des signes d'appel pour penser à questionner le patient sur sa consommation d'alcool. Cela devrait faire partie de l'examen de routine comme cela peut l'être avec le tabac.

Outre le fait de repérer les consommations d'alcool, il convient ensuite de réaliser une intervention brève. La délivrance de conseils par le médecin généraliste a été largement évoquée par les patients de notre étude.

Les patients de notre étude ont mis en avant l'orientation vers les structures spécialisées comme étant le rôle du médecin généraliste. Pour se faire, le médecin généraliste a besoin de connaître l'offre de soins en addictologie de sa région. Un des objectifs du *Plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022* élaboré par la MILDECA est justement de structurer les parcours de santé en addictologie (5). Il semble important que les médecins généralistes aient des structures de référence où orienter les patients, cela pourrait notamment les inciter à dépister de plus en plus le TUAL.

Le patient de l'entretien n°5 nous a parlé du manque de communication entre le CSAPA et le médecin généraliste. Or ce manque de communication avec les CSAPA ne permet pas de faire connaître le dispositif aux médecins généralistes et peut ainsi être un frein à l'orientation vers ces structures.

En 2018, la HAS faisait également le constat d'un manque de coordination dans le domaine de la santé mentale (44). Elle préconisait une meilleure identification des ressources disponibles, une meilleure régularité dans les échanges d'informations entre les médecins généralistes et les spécialistes avec

l'accord des patients et dans le respect du secret professionnel, enfin elle recommandait également une amélioration de l'accessibilité aux spécialistes pour les médecins généralistes souhaitant des conseils. La pratique dans le service d'addictologie du CHU de CAEN est de demander au patient s'il souhaite qu'un compte-rendu des consultations soit envoyé au médecin généraliste. Il est estimé que la moitié des patients donnent leur accord.

Mettre en place un traitement est un des rôles du médecin généraliste, mais celui-ci ne semble pas avoir une place importante dans la prise en charge du TUAL pour les patients de notre étude. Les médecins généralistes ne prescrivent pas beaucoup de traitement spécifique dans le TUAL, ce constat est retrouvé dans une revue systématique de la littérature de 2015 (45).

Enfin les témoignages des patients nous ont montré l'importance qu'un appel ou qu'un arrêt de travail pouvait avoir dans la prise en charge globale d'un TUAL.

3.3 Le médecin généraliste et la motivation au changement :

Peu de médecins généralistes ont une formation en addictologie et encore moins sont formés à la pratique de l'entretien motivationnel. Les médecins généralistes ne peuvent pas se former à tout et cela est bien compris par les patients de notre étude. À aucun moment au cours des entretiens les patients n'ont évoqué une nécessité de formation en addictologie de la part du médecin généraliste. Cela peut s'expliquer en grande partie par l'existence de structures spécialisées dans la prise en charge des addictions. Pour autant l'implication du médecin généraliste dans les soins addictologiques reste cruciale. Notre étude s'intéressait aux patients ayant entrepris une démarche de soins et donc dans un stade motivationnel précis, or l'influence du médecin généraliste peut varier selon les différents stades motivationnels du patient. Cette étude ne permet donc pas de définir réellement le rôle du médecin généraliste dans la motivation au changement, qui est en soi un concept complexe à l'origine de multiples théories. Nous développerons dans cette partie de la discussion quelques principes motivationnels selon 4 axes : l'écoute, le regard, le temps et l'entourage.

3.3.1 L'écoute

Écouter le patient peut paraître facile mais c'est un savoir-faire qui s'apprend. La qualité de l'écoute est un élément déterminant dans le processus motivationnel. Dans notre étude, l'écoute ressort comme étant la principale compétence des médecins généralistes dans la prise en charge du TUAL.

Afin de mieux accompagner le patient dans son processus de changement vis-à-vis de ses objectifs de consommation d'alcool, le médecin généraliste peut réaliser des entretiens motivationnels.

Un élément-clé de l'entretien motivationnel est d'identifier des éléments de **discours-changement**. Les patients peuvent exprimer leur **désir** de changer, les **raisons** de le faire, leur **capacité** ou encore leur **besoin** de changer. Ce sont ces mécanismes du changement qu'il faut arriver à entendre et à favoriser dans le discours du patient afin de l'amener à faire les premiers pas vers le changement (46).

Un apprentissage de l'écoute est proposé dans les formations à l'entretien motivationnel. La technique enseignée est celle de l'**écoute réflexive** qui découle du concept de l'**approche centrée sur la personne** de Carl Rogers (47). Ainsi en reformulant et en reflétant les propos du patient, le médecin peut l'amener à trouver ses propres ressources pour changer son comportement vis-à-vis de sa consommation d'alcool.

Par ailleurs une écoute peut également être apportée par les groupes d'entraide comme l'association des Alcooliques Anonymes dont 4 lieux d'accueil existent dans le Calvados (48). Il est également possible de joindre Alcool info service au 0980980930 pour bénéficier d'une écoute, d'informations et d'orientation vers des professionnels formés à l'alcoologie (49). Cela n'a pas été évoqué durant les entretiens.

3.3.2 *Le regard*

La consommation d'alcool est très présente dans la société et est souvent perçue comme un facteur favorisant le lien social. Cependant dès que le consommateur est perçu comme étant un consommateur excessif d'alcool, ces liens sociaux ont plutôt tendance à disparaître. Le regard de l'autre change et la personne se trouve isolée, qualifiée d'ivrogne, d'alcoolique, de poivrot ou encore de soûlard. Mais cet isolement social peut également provenir d'un mécanisme d'auto-exclusion (50). L'alcool ayant des répercussions cognitives, l'interprétation du regard de l'autre peut ainsi être erronée et renforcer l'isolement du patient. De manière générale le regard social sur les personnes présentant un TUAL est négatif. On peut retrouver cette vision également chez les professionnels de santé. Pourtant un **regard bienveillant** du médecin généraliste peut être un levier à la prise en charge du TUAL comme cela a pu être rapporté par les patients de notre étude.

Ce regard du médecin va dépendre notamment des représentations qu'il se fait des patients présentant un TUAL. Le risque est de présenter un **réflexe correcteur** envers un patient ambivalent. Ainsi le médecin va tenter de persuader, de convaincre, d'argumenter en faveur du changement amenant finalement le patient à opposer des arguments contre (51). Ce réflexe correcteur vient du désir du médecin de trouver une solution à une situation qu'il juge néfaste sur le plan psycho-médico-social.

Dans une approche motivationnelle, il convient d'éviter ce réflexe correcteur et plutôt accompagner le patient à élaborer de lui-même les arguments en faveur du changement.

3.3.3 *Le temps*

Le changement de comportement vis-à-vis de la consommation d'alcool est un processus qui peut être plus ou moins long. Il convient d'évoluer au rythme du patient. Parfois le patient peut être perçu comme résistant au changement et ainsi mettre en difficulté le médecin. Pourtant c'est la façon de mener l'entretien motivationnel qui va jouer sur cette résistance (52). Un médecin disponible et attentif à ce que ressent le patient pourra influencer la motivation au changement.

Selon le stade motivationnel du patient, différents styles de communication peuvent être utiles. En l'écoutant et en prenant le temps de comprendre ce que le patient ressent, le médecin lui donne l'occasion de formuler et de clarifier ses désirs de changement. Ainsi une première approche de communication peut être de **suivre** tout simplement le cheminement du patient. Une deuxième façon de communiquer est de **diriger** l'entretien, en disant au patient ce qu'il doit faire. Dans notre étude, ce style directif semble avoir aidé certains patients dans leur changement de comportement vis-à-vis de leur consommation d'alcool. Mais l'approche utilisée dans l'esprit de l'entretien motivationnel est plutôt de **guider** le patient, de valoriser son autonomie en plaçant le patient comme principal acteur du changement (53). Ce besoin d'autonomie a d'ailleurs été exprimé par les patients de notre étude.

Accompagner le patient vers le changement peut prendre du temps. Mais en médecine générale il est possible d'étaler ce temps sur plusieurs consultations.

Cette prise en charge du TUAL dans le temps va aussi être l'accompagnement du patient dans le maintien de son objectif vis-à-vis de la consommation d'alcool, la réduction ou l'abstinence. La rechute est fréquente et ne doit pas être perçue comme un échec mais plutôt comme un stade motivationnel dans ce processus complexe qu'est le changement de comportement. Certaines situations vont être à risque de rechute. Si le patient gère efficacement ces situations cela permettra un renforcement du **sentiment d'efficacité personnelle** et réduira ainsi le risque de rechute par la suite (54). Le médecin généraliste peut aider le patient en anticipant et en acceptant ces situations où l'envie de consommer revient. Ils peuvent ensemble élaborer des stratégies pour gérer ces situations. Il peut même être envisagé de faire participer l'entourage à cette élaboration.

3.3.4 L'entourage

L'alcool devient parfois l'organisateur principal de la vie familiale. Une étude menée en 2013 en France auprès de 7813 personnes montrait que 13 % d'entre eux déclaraient avoir dans leur entourage proche une personne ayant une consommation d'alcool problématique. Pour 20 % de l'entourage cela constitue un véritable fardeau avec des conséquences psychologiques (55). Ceci représente un coût indirect alourdissant le coût social du TUAL.

Par ailleurs la souffrance de l'entourage peut être un révélateur du TUAL. Ainsi les médecins peuvent être confrontés à une demande pressante de prise en charge émanant de l'entourage du patient. Cette situation délicate invite à réfléchir à la prise en charge de l'entourage des patients présentant un TUAL, et notamment à la façon d'impliquer cet entourage afin qu'il devienne un levier motivationnel. Nous pouvons noter l'existence de groupes d'entraide pour l'entourage, comme l'association Al-Anon (56).

4. Perspectives :

L'importance du médecin généraliste dans la prise en charge du TUAL est indéniable. Ainsi il faut continuer à le sensibiliser sur l'intérêt d'aborder le sujet avec les patients. Il faut poursuivre la diffusion du RPIB, favoriser l'accessibilité aux réseaux addictologiques, s'interroger sur la prise en charge de l'entourage du patient. L'idéal serait de se former à la pratique de l'entretien motivationnel dès le cursus universitaire, ce qui pourrait être utile dans toutes les pathologies chroniques.

Pour ceux qui souhaitent en apprendre davantage sur l'entretien motivationnel, Rollnick, Miller et Butler ont publié en 2008 l'incontournable *Pratique de l'entretien motivationnel, Communiquer avec le patient en consultation*, traduit par InterÉditions.

Il serait intéressant de comparer le suivi des objectifs des patients en matière de consommation d'alcool en fonction de la formation à l'entretien motivationnel du médecin généraliste.

V. Conclusion :

L'alcool est souvent perçu comme source de convivialité, de renforcement des liens sociaux et pourtant lorsque sa consommation devient excessive, cela devient un véritable fléau, que ce soit pour le consommateur ou son entourage, avec un important retentissement psycho-médico-social. Le TUAL est une maladie qui dès son origine se complaît dans le silence. En tant que médecin, nous souhaitons préserver la santé de nos patients mais nous continuons trop souvent à ignorer des sujets qui pourraient sans aucun doute leur améliorer la vie. Ce sont les peurs, les hontes, les principes moraux qui imposent ce silence tandis que l'alcool prend la vie de plus de 40000 personnes chaque année en France. Écouter le patient, l'accompagner dans une démarche de soins tout en prenant en compte sa globalité sont les principaux rôles du médecin généraliste.

Cette étude a permis une remise en question des propres pratiques de l'investigatrice, celle-ci a bénéficié d'une formation initiale en addictologie lors de son externat. Puis elle a ensuite eu l'occasion de prendre en charge des patients ayant un TUAL lors de différents stages d'internat. Ces prises en charge l'ont passionnée, avec de bons retours sur sa qualité d'écoute. Par la suite, lors de remplacements en médecine générale, elle a été confrontée aux résistances des patients, lorsque notamment elle effectuait des repérages de consommation d'alcool. Elle s'est parfois montrée insistante sur les effets néfastes de la consommation d'alcool auprès de patients qui n'étaient pas prêts à recevoir ses informations. Il lui est arrivé de perdre espoir, de se sentir inefficace. Revoir les principes de l'entretien motivationnel l'a aidée en lui redonnant l'envie de s'investir auprès des patients présentant un TUAL.

Malgré le fait que la plupart des médecins utilisent les bases de l'entretien motivationnel de façon plutôt intuitive, une formation spécifique permettrait un enrichissement indéniable pour la pratique professionnelle. Cela pourrait permettre une amélioration de la relation médecin-malade, un renforcement de la motivation du patient face à son objectif et une augmentation de l'adhésion thérapeutique.

VI. Bibliographie :

1. Durouchoux L. Les associations de prévention en France. Apres-Demain. 2009;N ° 10, NF(2):42-5.
2. LOI no 91-32 du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme. 91-32 janv 10, 1991.
3. Notre histoire [Internet]. Disponible sur: <https://www.anpaa.asso.fr/lanpaa/qui-sommes-nous/histoire>
4. rapport-politique-lutte-consommations-nocives-alcool [Internet]. Disponible sur: <https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/20160613-rapport-politique-lutte-consommations-nocives-alcool.pdf>
5. plan_mildeca_2018-2022 [Internet]. Disponible sur: https://www.drogues.gouv.fr/sites/drogues.gouv.fr/files/atoms/files/plan_mildeca_2018-2022_def_190212_web.pdf
6. Alcool et santé : améliorer les connaissances et réduire les risques [Internet]. Disponible sur: </presse/2019/alcool-et-sante-ameliorer-les-connaissances-et-reduire-les-risques>
7. outil_delaboration_reperage_alcool_cannabis_tabac_-_rapport_delaboration [Internet]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-12/outil_delaboration_reperage_alcool_cannabis_tabac_-_rapport_delaboration.pdf
8. RBP2014-SFA-Mesusage-AA.pdf [Internet]. Disponible sur: <https://www.sfalcoologie.asso.fr/download/RBP2014-SFA-Mesusage-AA.pdf>
9. Convention 2016 - Nouvelle ROSP [Internet]. Disponible sur: <https://convention2016.ameli.fr/valoriser-lactivite/nouvelle-rosp/#1476981307131-c13f62d0-a720>
10. Article - Bulletin épidémiologique hebdomadaire : La consommation d'alcool chez les adultes en France en 2017 [Internet]. Disponible sur: http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/5-6/2019_5-6_1.html
11. Hache.P. Alcool et travail. Réf En Santé Au Trav INRS. déc 2015;144.
12. Palle C. Les évolutions de la consommation d'alcool en France et ses conséquences 2000-2018. : 18.
13. Alcool : où en sont les Français ? [Internet]. Disponible sur: </presse/2020/alcool-ou-en-sont-les-francais>
14. Bonaldi C, Hill C. La mortalité attribuable à l'alcool en France en 2015 [Internet]. ResearchGate. Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/331198713_La_mortalite_attribuable_a_l'alcool_en_France_en_2015
15. Paille F. L'alcool, une des toutes premières causes d'hospitalisation en France. :10.
16. Etude nationale relative aux morts violentes au sein du couple. <http://www.interieur.gouv.fr/fr/Actualites/Communiques/Etude-nationale-relative-aux-morts-violentes-au-sein-du-couple>.

17. Kopp P. Le coût social des drogues en France. :10.
18. Carriau P, Fize C. Contacts presse de la Caisse nationale de l'Assurance Maladie. 2018;21.
19. Avis d'experts relatif à l'évolution du discours public en matière de consommation d'alcool en France organisé par Santé publique France et l'Institut national du cancer [Internet]. Disponible sur: /liste-des-actualites/avis-d-experts-relatif-a-l-evolution-du-discours-public-en-matiere-de-consommation-d-alcool-en-france-organise-par-sante-publique-france-et-l-insti
20. Allen DJ, Heyrman PJ. préparé par la WONCA EUROPE (Société Européenne de médecine générale - médecine de famille) 2002.
21. Haute Autorité de santé Patient et professionnels de santé : décider ensemble. 2013;76.
22. Friedrichs A, Silkens A, Reimer J, Kraus L, Scherbaum N, Piontek D, et al. Role preferences of patients with alcohol use disorders. *Addict Behav.* sept 2018;84:248-54.
23. Moreau A. L'efficacité thérapeutique de « l'effet médecin » en soins primaires [Internet]. Disponible sur: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01471217/document>
24. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (France), Gautier A. Baromètre santé médecins généralistes 2009. Saint-Denis: INPES éd.; 2011.
25. Malichier E. Rôle et place du MG dans l'accompagnement / la PEC des problèmes d'alcool.
26. Michaud P. Alcool, tabac, drogue : le public fait confiance aux médecins. Résultats d'un sondage téléphonique en population générale. 2003. 605-608 p.
27. Mouchet O. Place du médecin traitant dans la prise en charge du mésusage de l'alcool. Point de vue de 81 patients suivis en CSAPA. :68.
28. Fond G, Ducasse D, Attal J, Larue A, Macgregor A, Brittner M, et al. Appliquer quelques concepts simples de l'entretien motivationnel dans la pratique psychiatrique au quotidien. *PSN.* 2012;Volume 10(1):51-62.
29. Berre A-P, Vabret F, Cauvin C, Pinon K, Allain P, Pitel A-L, et al. Cognitive Barriers to Readiness to Change in Alcohol-Dependent Patients. *Alcohol Clin Exp Res.* sept 2012;36(9):1542-9.
30. Dubar J. Devenir des patients 1 an après sevrage [Internet]. Disponible sur: <https://pepitedepot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/a83d9fcf-492f-402e-b1f3-822e9fd4e5e9>
31. Mirabel-Sarron C, Vera L. Leçon 6. Les entretiens de motivation. *Ateliers Prat.* 2014;4e éd.:78-90.
32. Intérêt personnel pour le médecin généraliste à la formation et à la pratique de l'entretien motivationnel [Internet]. AFDEM. 2013. Disponible sur: <https://afdem.org/em-medecine-generale/>
33. Evaluation du ressenti des médecins généralistes dans la prise en charge des problèmes d'alcool. : 87.
34. Michel M. Étude qualitative sur le vécu des médecins généralistes de l'Hérault face au sevrage en alcool. 2016;180.
35. Collard J. Enquête sur le ressenti et les attentes des médecins généralistes dans la prise en charge des patients en souffrance avec l'alcool. [Internet]. Disponible sur: <https://nuxeo.u-bourgogne.fr/nuxeo/site/esupversions/09eb0e72-dea7-488f-9b4b-8aeca6298947>

36. Rioufreyt PT. La transcription d'entretiens en sciences sociales. :45.
37. BilanRECAP2017.pdf [Internet]. Disponible sur:
<https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/BilanRECAP2017.pdf>
38. Small J, Ounpraseuth S, Curran GM, Booth BM. Motivation to Change as a Mediator for the Longitudinal Relationships of Gender and Alcohol Severity With One-Year Drinking Outcome. *J Stud Alcohol Drugs*. mai 2012;73(3):504-13.
39. cnom_atlas_2018_0.pdf [Internet]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/hb1htw/cnom_atlas_2018_0.pdf
40. BRISPOT L. Les patients choisissent-ils leur médecin traitant femme en raison de son genre ? [Internet]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/253/1/2013TOU31097.pdf>
41. Micheau F. Enquête de l'Académie de médecine sur la perception et l'image de la médecine et des médecins. [Internet]. Disponible sur: <https://www.opinion-way.com/fr/component/edocman/opinionway-pour-l-academie-nationale-de-medecine-fevrier-2020/viewdocument.html?Itemid=0>
42. Médecine générale et repérage précoce : Consultation pour un changement de contraception [Internet]. intervenir-addictions.fr, le portail des acteurs de santé. Disponible sur: <https://intervenir-addictions.fr/video/medecine-generale-reperage-precoce-consultation-changement-de-contraception/>
43. Le Roy G. Les troubles de l'usage d'alcool en médecine générale : obstacles au repérage et représentations des médecins généralistes de la Somme. [Internet]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01908606/document>
44. Améliorer la coordination des soins dans le domaine de la santé mentale [Internet]. Haute Autorité de Santé. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2876753/en/ameliorer-la-coordination-des-soins-dans-le-domaine-de-la-sante-mentale
45. Himpens J. Prise en charge du patient alcoolodépendant en médecine générale : synthèse des outils de dépistage et des traitements basée sur une revue systématique de la littérature. [Internet]. Disponible sur: <https://pepите-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/cb6646b1-cffc-48e4-8f70-cc8d30940ef5>
46. Vers une définition consensuelle du discours-changement [Internet]. AFDEM. 2007. Disponible sur: <https://afdem.org/discourschangement/>
47. Csillik A, Paillot C. L'écoute réflexive : un nouvel usage en psychothérapie, spécificités de l'entretien motivationnel. *J Thérapie Comport Cogn*. 1 déc 2013;23(4):181-7.
48. Recherche de réunion - Alcooliques Anonymes - Tel 09 69 39 40 20 [Internet]. Disponible sur: <https://www.alcooliques-anonymes.fr/recherche-de-reunion/>
49. Par téléphone [Internet]. Alcool Info Service. Disponible sur: <https://www.alcool-info-service.fr/Alcool/etre-rappelle-par-un-conseiller>
50. Timary P de, Maurage P. Chapitre 10. Sortir l'alcoolique de son isolement ? Comment inverser la spirale ? Synthèse des différentes dimensions impliquées séquentiellement [Internet]. Sortir l'alcoolique de son isolement. De Boeck Supérieur; 2014. Disponible sur: <https://www.cairn.info/sortir-l-alcoolique-de-son-isolement--9782804163853-page-223.htm>

51. Fond G, Ducasse D, Attal J, Larue A, Macgregor A, Brittner M, et al. Appliquer quelques concepts simples de l'entretien motivationnel dans la pratique psychiatrique au quotidien. PSN. 2012;Volume 10(1):51-62.
52. Réflexions sur la résistance [Internet]. AFDEM. 2006. Disponible sur: <https://afdem.org/resistance/>
53. Un nouveau regard sur l'entretien motivationnel | AFDEM [Internet]. Disponible sur: <https://afdem.org/nouveaugardem/>
54. Kostogianni N, Varescon I. I. Approche motivationnelle et prévention de la rechute en addictologie [Internet]. Psychologie de la santé. Presses Universitaires de France; 2012 Disponible sur: <https://www.cairn.info/psychologie-de-la-sante--9782130593157-page-151.htm>
55. Hoertel N, Crochard A, Limosin F, Rouillon F. La consommation excessive d'alcool : un lourd fardeau pour l'entourage. L'Encéphale. 1 avr 2014;40:S1-10.
56. Al-Anon France - Aide à l'entourage du malade alcoolique - [Internet]. Al-Anon France - Aide à l'entourage du malade alcoolique. Disponible sur: <http://al-anon-alateen.fr/>

VII. Annexes :

Annexe 1 : Définition des usages d'alcool selon la SFA en 2014

Annexe 2 : Les questionnaires AUDIT et FACE

Annexe 3 : MoCA test et test de BEARNI

Annexe 4 : Guide d'entretien

Annexe 5 : Note d'information

Annexe 6 : Fiche de consentement

Annexe 7 : Avis du CLERS

Annexe 1 : Définition des usages d'alcool selon la SFA en 2015 et classification des troubles de l'usage d'alcool selon le DSM-IV-TR et la CIM-10 (8)

Il existe, chez les consommateurs d'alcool, un continuum entre l'usage dit « simple » de l'alcool, associé à un niveau de risque faible, et les formes les plus sévères de troubles liés à l'usage de l'alcool, dans lesquelles les répercussions de la consommation sont majeures. On peut distinguer, par niveau de risque croissant : le non-usage, les formes d'usage asymptomatiques (usage simple et usage à risque) pour lesquelles il n'existe pas ou pas encore de conséquences manifestes de l'usage, et enfin les troubles liés à l'usage de l'alcool qui correspondent aux formes symptomatiques de l'usage, c'est-à-dire qui se traduisent par des conséquences visibles sur le plan social, psychologique ou médical.

Non-usage :

Le non-usage, encore appelé « abstinence », est défini par l'absence de consommation.

Il peut être :

- primaire, quand il s'agit d'un non-usage initial (enfants, pré-adolescents) ou d'un choix durable, voire définitif (préférences personnelles et/ou culturelles chez l'adulte) ;
- secondaire, quand il advient après une période de mésusage.

Usage simple :

L'usage simple, ou usage à faible risque, est défini par une consommation à la fois : asymptomatique, et inférieure aux seuils recommandés en France.

Mésusage :

Le mésusage rassemble les types d'usage qui entraînent des conséquences négatives et ceux qui sont à risque d'en entraîner. Par définition, le mésusage de l'alcool comprend l'usage à risque et les troubles liés à l'usage de l'alcool.

Usage à risque :

L'usage à risque est la forme la moins sévère du mésusage, il est asymptomatique, mais est susceptible d'entraîner à plus ou moins long terme des dommages. La notion d'usage à risque ne se retrouve pas dans les systèmes de classification psychiatrique du DSM ou de la CIM, mais a été proposée par l'OMS. En France, la consommation à risque est définie par une consommation susceptible d'entraîner à plus ou moins long terme des dommages.

Il convient de représenter le risque de deux manières :

- Tout d'abord un risque différé et cumulatif : il a été considéré en France que la morbidité et la mortalité augmentent au-delà de 21 verres par semaine chez l'homme et de 14 verres par semaine chez la femme. (Un verre-standard est défini par une quantité d'alcool pur de 10 grammes)
- Mais aussi un risque immédiat, puisque la consommation peut devenir nocive dans certaines circonstances :
 - en cas de conduite à risque :
 - . conduite de véhicule ;
 - . poste de sécurité ;
 - en cas de risque individuel :
 - . consommation rapide ou associée à d'autres substances psychoactives ;
 - . pathologies organiques ou psychiatriques associées ;
 - . modification de la tolérance ;
 - . situations physiologiques particulières (grossesse, dette de sommeil...).

Troubles liés à l'usage de l'alcool :

Les troubles liés à l'usage de l'alcool sont définis par l'existence de symptômes, et non par un niveau de consommation spécifique. La caractéristique essentielle des troubles liés à l'usage de l'alcool est un ensemble de symptômes cognitifs, comportementaux et physiologiques, indiquant que le sujet continue à consommer de l'alcool malgré des problèmes significatifs liés à cette consommation. On peut retrouver, selon le type de classification (CIM-10, DSM-IV ou DSM-5), des complications physiques, psychiques ou sociales de la consommation, un désir (souvent puissant, parfois compulsif) de consommer, une perte de contrôle de la consommation, ou la poursuite de la consommation dans des situations dangereuses. Les principaux systèmes de classification diagnostique reconnaissent au moins deux niveaux de sévérité des troubles liés à l'usage de l'alcool.

Le **DSM-IV-TR** propose deux diagnostics hiérarchisés : l'**abus** et la **dépendance**.

La **CIM-10** propose également deux diagnostics hiérarchisés : l'**utilisation nocive pour la santé** et le **syndrome de dépendance**.

Dans les deux systèmes, un diagnostic de dépendance rend impossible le diagnostic d'abus (DSM-IV-TR) ou d'usage nocif (CIM-10). En ce sens, la dépendance est considérée comme une forme plus sévère des troubles liés à l'usage de l'alcool.

DSM-IV-TR :

Critères de l'**abus** d'une substance :

A. Mode d'utilisation inadéquat d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative, caractérisé par la présence d'au moins une des manifestations suivantes au cours d'une période de 12 mois :

(1) utilisation répétée d'une substance conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école, ou à la maison (par exemple, absences répétées ou mauvaises performances au travail du fait de l'utilisation de la substance, absences, exclusions temporaires ou définitives de l'école, négligence des enfants ou des tâches ménagères) ;

(2) utilisation répétée d'une substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux (par exemple, lors de la conduite d'une voiture ou en faisant fonctionner une machine alors qu'on est sous l'influence d'une substance) ;

(3) problèmes judiciaires répétés liés à l'utilisation d'une substance (par exemple, arrestations pour comportement anormal en rapport avec l'utilisation de la substance) ;

(4) utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance (par exemple disputes avec le conjoint à propos des conséquences de l'intoxication, bagarres).

B. Les symptômes n'ont jamais atteint, pour cette classe de substance, les critères de la dépendance à une substance.

Critères de **dépendance** à une substance :

Mode d'utilisation inadéquat d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance, cliniquement significative, caractérisé par la présence de trois (ou plus) des manifestations suivantes, à un moment quelconque d'une période continue de 12 mois :

(1) tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :

(a) besoin de quantités notablement plus fortes de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré ;

(b) effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité de la substance ;

(2) sevrage caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :

(a) syndrome de sevrage caractéristique de la substance ;

(b) la même substance (ou une substance très proche) est prise pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage ;

(3) la substance est souvent prise en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu ;

- (4) il y a un désir persistant, ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'utilisation de la substance ;
- (5) beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir la substance (par exemple déplacement sur de longues distances), à utiliser le produit ou à récupérer de ses effets ;
- (6) des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation de la substance ;
- (7) l'utilisation de la substance est poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par la substance (par exemple poursuite de la prise de boissons alcoolisées bien que le sujet reconnaisse l'aggravation d'un ulcère du fait de la consommation d'alcool).

CIM-10 :

Utilisation nocive pour la santé :

Mode de consommation d'une substance psychoactive qui est préjudiciable à la santé. Les complications peuvent être physiques (par exemple hépatite consécutive à des injections de substances psychoactives par le sujet lui-même) ou psychiques (par exemple épisodes dépressifs secondaires à une forte consommation d'alcool). Le patient ne répond pas aux critères de la dépendance.

Syndrome de dépendance :

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 :

- a) Désir puissant ou compulsif d'utiliser une substance psychoactive.
- b) Difficultés à contrôler l'utilisation de la substance (début ou interruption de la consommation ou niveaux d'utilisation).
- c) 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.
- d) 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 (certains sujets dépendants de l'alcool peuvent consommer des doses quotidiennes qui seraient létales ou incapacitantes chez les sujets non dépendants).
- e) 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.
- f) Poursuite de la consommation de la substance malgré la survenue de conséquences manifestement nocives (par exemple atteinte hépatique due à des excès alcooliques, épisode dépressif après une période de consommation importante ou altération du fonctionnement cognitif liée à la consommation d'une substance), on doit s'efforcer de préciser que le sujet était au courant, ou qu'il aurait dû être au courant, de la nature et de la gravité des conséquences nocives.

Annexe 2 : Les questionnaires AUDIT et FACE

Questionnaire AUDIT :

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

2. 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

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

4. Au cours de l'année écoulée, à quelle fréquence avez-vous constaté que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire une fois que vous aviez commencé ?
Jamais = 0 Moins de 1 fois par mois = 1 1 fois par mois = 2
1 fois par semaine = 3 Tous les jours ou presque = 4

5. Au cours de l'année écoulée, à quelle fréquence le fait d'avoir bu de l'alcool vous a-t-il empêché de faire ce qui était normalement attendu de vous ?
Jamais = 0 Moins de 1 fois par mois = 1 1 fois par mois = 2
1 fois par semaine = 3 Tous les jours ou presque = 4

6. Au cours de l'année écoulée, à quelle fréquence, après une période de forte consommation, avez-vous dû boire de l'alcool dès le matin pour vous sentir en forme ?
Jamais = 0 Moins de 1 fois par mois = 1 1 fois par mois = 2
1 fois par semaine = 3 Tous les jours ou presque = 4

7. Au cours de l'année écoulée, à quelle fréquence avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou de regret après avoir bu ?
Jamais = 0 Moins de 1 fois par mois = 1 1 fois par mois = 2
1 fois par semaine = 3 Tous les jours ou presque = 4

8. Au cours de l'année écoulée, à quelle fréquence avez-vous été incapable de vous souvenir de ce qui s'était passé la nuit précédente parce que vous aviez bu ?
Jamais = 0 Moins de 1 fois par mois = 1 1 fois par mois = 2
1 fois par semaine = 3 Tous les jours ou presque = 4

9. Vous êtes-vous blessé ou avez-vous blessé quelqu'un parce que vous aviez bu ?
Non = 0 Oui mais pas au cours de l'année écoulée = 2 Oui, au cours de l'année = 4

10. Est-ce qu'un ami ou un médecin ou un autre professionnel de santé s'est déjà préoccupé de votre consommation d'alcool et vous a conseillé de la diminuer ?
Non = 0 Oui mais pas au cours de l'année écoulée = 2 Oui, au cours de l'année = 4

Mésusage probable de l'alcool si score total ≥ 6 chez la femme ou ≥ 7 chez l'homme.

Un score supérieur à 12 chez l'homme et chez la femme serait en faveur d'une dépendance à l'alcool.

Questionnaire FACE :

1. À quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?
Jamais = 0 1 fois par mois ou moins = 1 2 à 4 fois par mois = 2
2 à 3 fois par semaine = 3 4 fois ou plus par semaine = 4
2. 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
3. Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation d'alcool ?
Non = 0 Oui = 4
4. Avez-vous déjà eu besoin d'alcool le matin pour vous sentir en forme ?
Non = 0 Oui = 4
5. Vous arrive-t-il de boire et de ne plus vous souvenir ensuite de ce que vous avez pu dire ou faire ?
Non = 0 Oui = 4

Mésusage probable d'alcool si score total ≥ 4 chez la femme ou ≥ 5 chez l'homme.

Annexe 3 : MoCA test et test de BEARNI

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA)
Version 7.1 **FRANÇAIS**

NOM :
Scolarité :
Sexe :

Date de naissance :
DATE :

VISUOSPATIAL / EXÉCUTIF		Copier le cube		Dessiner HORLOGE (11 h 10 min) (3 points)		POINTS ___/5	
				<input type="checkbox"/> Contour <input type="checkbox"/> Chiffres <input type="checkbox"/> Aiguilles			
DÉNOMINATION							
						___/3	
MÉMOIRE	Lire la liste de mots, le patient doit répéter. Faire 2 essais même si le 1er essai est réussi. Faire un rappel 5 min après.	VISAGE 1 ^{er} essai 2 ^{ème} essai	VELOURS	ÉGLISE	MARGUERITE	ROUGE Pas de point	
ATTENTION	Lire la série de chiffres (1 chiffre/ sec.). Le patient doit la répéter. <input type="checkbox"/> 2 1 8 5 4 Le patient doit la répéter à l'envers. <input type="checkbox"/> 7 4 2	___/2					
	Lire la série de lettres. Le patient doit taper de la main à chaque lettre A. Pas de point si 2 erreurs <input type="checkbox"/> FBACMNAAJKLBAFAKDEAAAJAMOF AAB	___/1					
	Soustraire série de 7 à partir de 100. <input type="checkbox"/> 93 <input type="checkbox"/> 86 <input type="checkbox"/> 79 <input type="checkbox"/> 72 <input type="checkbox"/> 65 4 ou 5 soustractions correctes : 3 pts, 2 ou 3 correctes : 2 pts, 1 correcte : 1 pt, 0 correcte : 0 pt	___/3					
LANGAGE	Répéter : Le colibri a déposé ses œufs sur le sable. <input type="checkbox"/> L'argument de l'avocat les a convaincus. <input type="checkbox"/>	___/2					
	Fluidité de langage. Nommer un maximum de mots commençant par la lettre «F» en 1 min <input type="checkbox"/> ___ (N ≥ 11 mots)	___/1					
ABSTRACTION	Similitude entre ex : banane - orange = fruit <input type="checkbox"/> train - bicyclette <input type="checkbox"/> montre - règle					___/2	
RAPPEL	Doit se souvenir des mots SANS INDICES	VISAGE <input type="checkbox"/>	VELOURS <input type="checkbox"/>	ÉGLISE <input type="checkbox"/>	MARGUERITE <input type="checkbox"/>	ROUGE <input type="checkbox"/>	Points pour rappel SANS INDICES seulement
Optionnel	Indice de catégorie Indice choix multiples						
ORIENTATION	<input type="checkbox"/> Date <input type="checkbox"/> Mois <input type="checkbox"/> Année <input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Endroit <input type="checkbox"/> Ville					___/6	
© Z.Nasreddine MD www.mocatest.org Normal ≥ 26 / 30		TOTAL		___/30			
Administré par : _____		Ajouter 1 point si scolarité ≤ 12 ans					

Si score < 26 nécessité d'une évaluation neuropsychologique

Test de BEARNI créé à CAEN :

NOM :

Prénom :

Date de naissance (âge) :

Années de scolarité :

Date de l'examen :

I - MÉMOIRE VERBALE

Consigne

1^{er} rappel : Je vais vous lire une liste de mots que vous aurez à retenir. Écoutez attentivement et quand j'aurais terminé, je veux que vous me redonniez le plus de mots possible dont vous vous rappelez, et dans l'ordre que vous voulez.

2^{ème} rappel : maintenant je vais vous relire la même liste de mots. Essayez de vous rappeler du plus grand nombre de mots possible y compris ceux que vous avez déjà énoncés.

(Choisir la liste parallèle si BEARNI a déjà été proposé au patient dans les 6 derniers mois. Temps maximum pour chaque rappel : **1 minute**. Relire la liste complète avant chaque rappel. Au dernier rappel, ne pas préciser au patient que la liste lui sera à nouveau demandée à la fin du test)

Cotation

Score total : pas de points

MÉMOIRE VERBALE				
	Liste de mots	Liste parallèle	Rappel libre 1	Rappel libre 2
1.	Plage	Forêt		
2.	Tenaille	Truelle		
3.	Blouson	Chaussettes		
4.	Fleuve	Rivière		
5.	Pioche	Enclume		
6.	Jupe	Casquette		
7.	Râteau	Maillet		
8.	Montagne	Désert		
9.	Chapeau	Chemise		
10.	Bêche	Étau		
11.	Jungle	Verger		
12.	Ceinture	Gants		
				Pas de points

II- ATAXIE EN ÉQUILIBRE

Consigne

Maintenant nous allons tester votre équilibre sur une jambe. Je vais vous demander d'enlever vos chaussures. Dans un premier temps, aidez-vous du mur si besoin. Ensuite, croisez les bras sur le torse et levez la jambe comme ceci (à hauteur du genou), sans vous appuyer sur votre genou. Si à un moment vous sentez que vous risquez de tomber, posez votre pied par terre et appuyez-vous contre le mur.

Durée maximum : 30 secondes par essai. Indiquer le temps pendant lequel le sujet réussit à maintenir la position.

Préciser si le sujet réussit dès le premier essai ou au second.

Cotation

2 points par condition si le sujet réussit dès le premier essai à tenir en équilibre pendant 30 secondes.

1 point par condition si le sujet ne réussit qu'au second essai à tenir en équilibre pendant 30 secondes.

0 point en cas d'échec aux deux essais.

Score total : maximum 8 points

ATAXIE EN ÉQUILIBRE	
Yeux ouverts	
Jambe droite au sol	Jambe gauche au sol
Essai 1	Essai 1
Essai 2	Essai 2
Yeux fermés	
Jambe droite au sol	Jambe gauche au sol
Essai 1	Essai 1
Essai 2	Essai 2
Score total (score max 8) :	

III- FLUENCES ALTERNÉES

Consigne

Je vous demande de me donner le plus de noms que vous connaissez dans les catégories des couleurs et des noms de ville communes ou village, pendant 2 minutes sans vous répéter. Vous devrez alterner les deux catégories, vous me donnerez d'abord une couleur, puis un nom de ville, une couleur, un nom de ville, etc... Je ne vous demande pas de faire un lien entre les villes et les couleurs.

(Noter toutes les réponses du sujet, y compris celles qui ont déjà été données et les erreurs).

Arrêt de l'épreuve au bout de deux minutes.

Cotation

0 point si entre 0 et 4 mots (alternance et catégorie respectées)

1 point si entre 5 et 9

2 points si entre 10 et 14

3 points si entre 15 et 19

4 points si entre 20 et 24

5 points si entre 25 et 29

6 points si ≥ 30

Score total : maximum 6 points

les déclinaisons de couleurs sont autorisées. Exemple: bleu turquoise, bleu marine,... Les erreurs de catégorie correspondent à tous les mots fournis n'étant ni des couleurs, ni des noms de villes. Les erreurs d'alternance correspondent à la production de deux mots dans la même catégorie (lorsque le sujet fournit deux noms de villes ou deux couleurs à la suite).

Exemple de cotation : si le patient fournit les mots « Paris ; vert ; Angers ; Caen ; bleu ; Rouen ; orange », 7 mots sont fournis mais il y a une erreur d'alternance (deux noms de ville à la suite : Angers ; Caen). Ainsi, 6 mots corrects sont fournis car Caen ; bleu sont considérés comme des mots correctement fournis car catégorie et alternance respectée.

FLUENCES ALTERNÉES

Maximum de mots en alternant catégories des « couleurs » et « noms de ville » en 2 minutes

Score total (score max 6):

IV- ORDINATION ALPHABÉTIQUE

Consigne

Je vais vous lire des séries de lettres et je vous demanderai de me les rappeler dans l'ordre alphabétique. Par exemple si je vous donne « C-B », vous devrez me dire « B-C » car la lettre B se situe avant la lettre C dans l'alphabet.

(Les séries de lettres ne doivent être lues qu'une seule fois. Arrêter l'épreuve si le patient échoue aux deux essais d'un même item. Les deux essais d'une même longueur doivent être administrés, même si le premier essai est correctement réussi.)

Cotation

0,5 point par essai correctement rappelé

Score total : maximum 5 points

ORDINATION ALPHABÉTIQUE	
Items/essai (Bonnes réponses)	Note
1/ Essai 1 : V-K (K-V) Essai 2 : U-T (T-U)	
2/ Essai 1 : R-H-L (H-L-R) Essai 2 : I-F-B (B-F-I)	
3/ Essai 1 : A-X-T-H (A-H-T-X) Essai 2 : L-G-R-U (G-L-R-U)	
4/ Essai 1 : P-N-I-G-V (G-I-N-P-V) Essai 2 : Q-O-J-D-E (D-E-J-O-Q)	
5/ Essai 1 : C-T-H-E-V-S (C-E-H-S-T-V) Essai 2 : L-T-A-D-R-I (A-D-I-L-R-T)	
Score total (score max 5) :	

V- CAPACITÉS VISUO-SPATIALES

Consigne

À l'intérieur de chacune des figures complexes sont cachées deux figures simples. Je vous demande d'essayer de retrouver, parmi les 5 figures de droite, quelles sont les deux figures cachées. (*Préciser au sujet que les formes à découvrir sont de même taille et de même forme/orientation*)

(*Montrer un exemple avec la figure d'exemple.*) Vous voyez ici par exemple dans cette figure, on peut retrouver celle-ci (1^{ère} figure) ici et celle-ci ici (2^{ème} figure).

Durée maximum : 1 minute par figure.

Pour chacune des figures, l'épreuve s'arrête après 1 minute même si le patient n'a pas retrouvé les deux éléments de la figure complexe.

Cotation

1 point si le sujet trouve les deux figures cachées.

0 point si le sujet ne trouve qu'une figure ou aucune sur les deux.

Score total : maximum 5 points

Bonnes réponses :

Figure complexe 1 : figures 1 et 3

Figure complexe 2 : figures 1 et 4

Figure complexe 3 : figures 1 et 3

Figure complexe 4 : figures 2 et 4

Figure complexe 5 : figures 3 et 4

CAPACITÉS VISUO-SPATIALES

Score total (score max 5):

Figure d'exemple

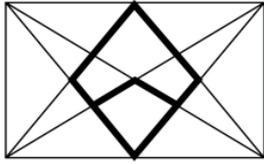


Figure 1

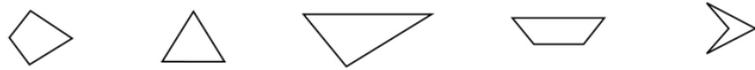
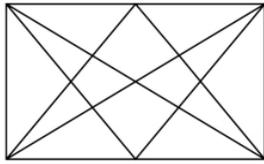


Figure 2

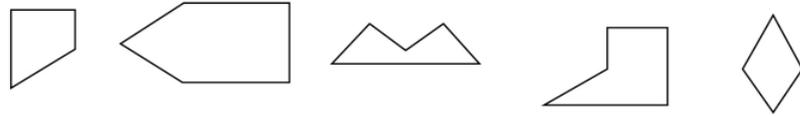
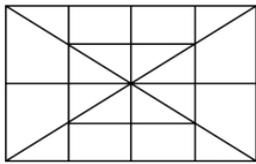


Figure 3

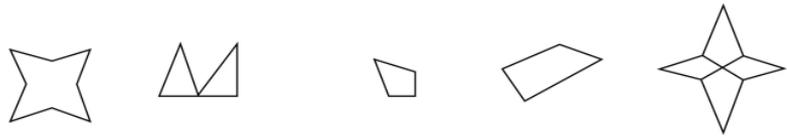
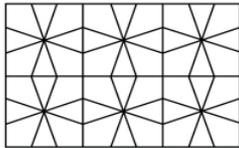


Figure 4

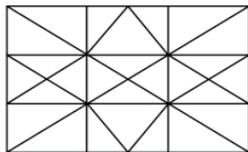
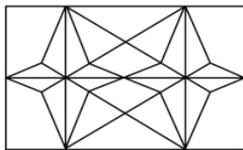


Figure 5



VI- MÉMOIRE VERBALE DIFFÉRÉE

Consigne

Au début du test, vous avez appris une liste de mots. Je vous demande à présent de me redonner le plus possible de mots dont vous vous souvenez, dans l'ordre que vous voulez.

Ne pas relire la liste de mots au participant. (*rappel : 1 minute*)

Cotation

Nombre de réponse correcte	0,5 point par réponse correcte
Nombre d'erreur (intrusion)	Retirer 0,5 point par erreur
Total	Réponses correctes - erreurs

Score total : maximum 6 points

Les erreurs d'intrusions correspondent à tous les mots produits qui n'étaient pas dans la liste de mots. Par exemple : manteau, outils, robe...

Les répétitions ne sont pas considérées comme des erreurs.

MÉMOIRE VERBALE DIFFÉRÉE			
	Liste de mots	Liste parallèle	Rappel différé
1.	Plage	Forêt	
2.	Tenaille	Truelle	
3.	Blouson	Chaussettes	
4.	Fleuve	Rivière	
5.	Pioche	Enclume	
6.	Jupe	Casquette	
7.	Râteau	Maillet	
8.	Montagne	Désert	
9.	Chapeau	Chemise	
10.	Bèche	Étau	
11.	Jungle	Verger	
12.	Ceinture	Gants	
Score total (score max 6) :			

Etant donné que les scores totaux du BEARNI sont influencés par le nombre d'années de scolarité, les cut-offs ont été adaptés :

		SCORE TOTAL
≤ baccalauréat	Trouble léger	≤ 19
	Trouble modéré	≤ 16
> baccalauréat	Trouble léger	≤ 21
	Trouble modéré	≤ 17

Annexe 4 : Guide d'entretien

1) Introduction : Comment allez-vous ?

Vous êtes ici depuis combien de temps ?
Comment êtes-vous arrivés ici ?

2) Vécu et facteurs motivationnels : Pouvez-vous me parler de votre parcours ?

Depuis quand avez-vous des problèmes d'alcool ?
Pourquoi avez-vous décidé de faire un sevrage ?
Qu'est-ce qui vous a motivé à faire ce sevrage ?

3) Pouvez-vous me parler de votre relation avec votre médecin généraliste ?

Avez-vous un médecin généraliste ?
Depuis combien de temps ?
Quel âge a-t-il ?
Où exerce t-il ?
Quelle relation avez-vous avec votre médecin généraliste ?
Est-ce difficile de se rendre en consultation avec votre médecin généraliste ?

4) Que pensez-vous du rôle du médecin généraliste auprès des patients ayant des problèmes d'alcool ?

Avez-vous parlé de votre problème d'alcool ?
Oui : Qui a commencé à en parler ? Quelle a été son attitude ?
Non : Pourquoi ? Y avait vous songé ?
Quel est le rôle du médecin généraliste auprès des patients ayant des problèmes d'alcool ?
Est-ce que votre médecin généraliste a/aurait pu joué un rôle dans votre motivation au sevrage ?

5) Les attentes envers le médecin généraliste pour la suite des soins : Comment voyez-vous la suite ?

Quel est votre objectif ?
Avez-vous des attentes envers votre médecin généraliste ?
Comment votre médecin généraliste pourrait vous aider ?
Souhaitez-vous qu'il s'implique ?
Oui : Qu'est-ce qu'il peut vous apporter ?
Non : Pourquoi ?
Est-ce que votre médecin généraliste peut jouer un rôle dans votre motivation à maintenir l'abstinence ?

6) Conclusion de l'entretien : Est-ce qu'il y a des choses que vous souhaitez ajouter ?

Annexe 5 : Note d'information

Note d'information

Madame, Monsieur,

Je m'appelle Maud LE MASLE.

Je finis mes études de médecine, je fais actuellement une thèse au sujet de l'alcool.

J'aimerais vous recevoir en entretien pour discuter de votre vécu et de vos sentiments sur la médecine générale, cela dure de 15 à 30 minutes, c'est variable, on peut arrêter l'entretien à tout moment.

Avec votre accord, l'entretien est enregistré sur un dictaphone pour me permettre ensuite de retranscrire tout ce qu'on s'est dit. Cet entretien est **anonyme**, vos nom et prénom ne seront pas retranscrits.

Il me paraît important également de vous préciser que notre entretien n'aura aucune conséquence sur la suite de votre prise en charge, notamment cela ne changera rien à votre sortie aujourd'hui, aucune information ne sera transmise au service ni à votre médecin généraliste.

Nous nous verrons dans le bureau du Docteur VAN DER SCHUEREN, la porte sera ouverte, sinon c'est que je suis en entretien et je reviendrai alors vers vous.

Par ailleurs je vous remets une fiche de consentement pour l'enregistrement audio à signer.

Merci beaucoup, votre participation me sera très utile dans le cadre de mes études.

Maud LE MASLE

Annexe 6 : Fiche de consentement

Demande d'autorisation pour l'enregistrement audio

Madame, Monsieur,

Dans le cadre d'une recherche sur le thème de l'alcool, vous avez accepté de participer à un entretien avec enregistrement audio.

Cet entretien est réalisé par Maud LE MASLE sous la direction du Docteur EUDE Claire et du Docteur VICENTE Angel.

Cette recherche n'est possible qu'avec votre consentement, nous vous demandons par conséquent votre autorisation à procéder à l'enregistrement audio et à l'exploitation des données enregistrées.

Je soussigné(e) _____,

- autorise, par la présente, Maud LE MASLE à enregistrer en audio
- autorise l'utilisation des données, sous forme enregistrée aussi bien que sous leur forme transcrite, à des fins de recherche scientifique
- prends acte que pour toutes ces utilisations scientifiques, les données ainsi enregistrées seront anonymisées, ceci signifie que les transcriptions remplaceront toute information pouvant porter à l'identification des participants.

Lieu et date _____

Signature :

Si vous souhaitez recevoir la retranscription de notre entretien, merci de me laisser votre adresse mail : _____

Annexe 7 : Avis du CLERS



C.L.E.R.S

Comité Local d'Ethique de la Recherche en Santé

CHU de CAEN Normandie – Université de CAEN Normandie



Caen, le 18 Décembre 2019

Objet : Avis favorable

Adresse pour toute
correspondance :

clers@unicaen.fr

Président :

Pr Grégoire MOUTEL

Vice-Président :

Pr Achille AOUBA

Membres

Nathalie Brielle
Aurore Catherine
Claude Françoise
Véronique Gauthier
François Girault
Guillaume Grandazzi
Sonia Guillouet
Xavier Humbert
Rémy Morello
Philippe Ravasse
Fanny Rogue
Bertille Suzat

Chère collègue,

Vous trouverez ci-dessous l'avis favorable du CLERS suite à votre demande.

Réponse du questionnaire	
ID de la réponse	913
Avis du CLERS	FAVORABLE
Demandeur [Nom]	LE MASLE
Demandeur [Prénom]	MAUD
Demandeur [e-mail]	
Titre de l'étude	Perception des patients ayant un trouble de l'usage d'alcool sur la place du médecin généraliste dans les soins addictologiques : étude qualitative au sein du service d'addictologie du CHU de Caen

Cordialement

Le Président du CLERS

Rappels : Nous vous rappelons que votre traitement de données doit être en conformité avec le Règlement Européen du 27 avril 2016 (UE-2016/679) relatif à la protection des données des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel. Les participants doivent avoir été informé et pouvoir s'opposer à l'utilisation de leurs données de santé pour ce travail de recherche.

En aucun cas vous n'êtes autorisé à sortir du CHU des données médicales nominatives, que ce soit par mail, via un circuit non sécurisé ou par transfert sur une clé USB. Le traitement et l'utilisation de ces données engagent votre responsabilité.

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

VU, le Président de Thèse

VU, le Doyen de l'UFR Santé

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

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

Le Doyen de l'UFR de Santé

ANNÉE DE SOUTENANCE : 2020

NOM ET PRÉNOM DE L'AUTEUR : LE MASLE Maud

TITRE DE LA THÈSE EN FRANÇAIS :

Perception des patients présentant un trouble de l'usage d'alcool sur la place du médecin généraliste dans les soins addictologiques : étude qualitative au sein du service d'addictologie du CHU de CAEN.

RÉSUMÉ DE LA THÈSE EN FRANÇAIS :

Introduction : En 2020, le trouble de l'usage d'alcool (TUAL) reste un problème de santé publique majeur. Les recommandations placent le médecin généraliste comme pivot central dans la prise en charge du TUAL. L'objectif de cette étude était de recueillir le point de vue des patients présentant un TUAL sur le rôle du médecin généraliste dans cette prise en charge et notamment son influence sur la motivation au changement. **Méthode :** Il s'agit d'une étude qualitative par entretiens semi-directifs menés de septembre à novembre 2019 auprès de patients présentant un TUAL et sortant du service d'addictologie du CHU de CAEN. **Résultats :** 17 patients ont été interrogés, parmi eux 16 avaient un médecin généraliste au moment de l'étude. Lors des entretiens, la majorité des patients déclaraient avoir abordé le sujet de l'alcool avec leur médecin généraliste. Même si les patients de l'étude étaient suivis en addictologie, la plupart d'entre eux rapportaient l'importance de l'implication de leur médecin généraliste dans la prise en charge globale du TUAL. Ainsi la capacité d'écoute du médecin généraliste a souvent été mise en avant, ainsi que sa disponibilité et ses conseils. Ceci était d'autant plus perceptible que la relation médecin-malade est de qualité. **Conclusion :** Cette étude met en avant l'importance de l'écoute et du soutien du médecin généraliste dans l'accompagnement des patients présentant un TUAL. Une formation à l'entretien motivationnel pourrait permettre un nouvel élan positif à l'implication des médecins généralistes dans la prise en charge du TUAL.

MOTS-CLÉS : alcool, médecine générale, motivation au changement, trouble de l'usage d'alcool

TITRE DE LA THÈSE EN ANGLAIS :

Perception of patients with alcohol use disorder on the place of the general practitioner in addictological care: qualitative study within the addiction service of the CHU de CAEN.

RÉSUMÉ DE LA THÈSE EN ANGLAIS :

Introduction : In 2020, alcohol use disorder (AUD) remains a major public health problem. The recommendations place the general practitioner as the central pivot in the medical care of AUD. The objective of this study was to collect the point of view of patients with AUD on the role of the general practitioner in this medical care and in particular its influence on motivation for change. **Method :** This is a qualitative study by semi-structured interviews conducted from september to november 2019 with patients suffering from AUD and leaving the addiction service of the CHU de CAEN. **Results :** 17 patients were interviewed, among them 16 had a general practitioner at the time of the study. During the interviews, the majority of patients declared that they had raised the subject of alcohol with their general practitioner. Although patients in the study were followed in addictology, most of them reported the importance of the involvement of their general practitioner in the overall medical care of AUD. Thus the listening capacity of the general practitioner has often been put forward, as well as his availability and his advice. This was all the more noticeable since the doctor-patient relationship was of quality. **Conclusion :** This study highlights the importance of listening and supporting from the general practitioner in caring patients with AUD. A motivational interviewing training could provide a new positive impetus to the involvement of general practitioners in the medical care of AUD.

KEY WORDS : alcohol, general practice, motivation for change, alcohol use disorder