



HAL
open science

Consultations spécialisées addictologiques et prise en charge de troubles liés à l'usage de l'alcool : exploration par entretiens semi-dirigés des attentes des patients sur la place de leur médecin généraliste dans le parcours de soin

Solange Darrot

► **To cite this version:**

Solange Darrot. Consultations spécialisées addictologiques et prise en charge de troubles liés à l'usage de l'alcool : exploration par entretiens semi-dirigés des attentes des patients sur la place de leur médecin généraliste dans le parcours de soin. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03339024

HAL Id: dumas-03339024

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03339024>

Submitted on 9 Sep 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 2021

THÈSE POUR L'OBTENTION
DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le : 9 juin 2021

par

Madame Solange DARROT

Née le 23 mai 1991 à MERU (*Oise*)

Consultations spécialisées addictologiques et prise en charge de troubles liés à l'usage de l'alcool : exploration par entretiens semi-dirigés des attentes des patients sur la place de leur médecin généraliste dans le parcours de soin

Président : Monsieur le Professeur DELAMILLIEURE Pascal

Membres : Monsieur le Docteur HUMBERT Xavier

Monsieur le Docteur SAINMONT Nicolas

Monsieur le Docteur BURRI Christophe

Monsieur le Docteur SOULIE Benoit « Directeur de thèse »

Année Universitaire 2020/2021**Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Asseseurs

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.	ALEXANDRE Joachim	Pharmacologie clinique
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.	BUI Thanh-huy Eric	Psychiatrie d'adultes
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
Mme	DOMPMARTIN-BLANCHÈRE Anne	Dermatologie
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.	GUÉNOLÉ Fabian	Pédopsychiatrie
Mme	GUITTET-BAUD Lydia	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	HAMON Martial	Cardiologie
Mme	HAMON Michèle	Radiologie et imagerie médicale
M.	HANOUS Jean-Luc	Anesthésie et réa. médecine péri-opératoire
M.	HITIER Martin	Anatomie –ORL Chirurgie Cervico-faciale
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.	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
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

Mme	BELLOT Anne	Pédiatrie
M.	DE LA SAYETTE Vincent	Neurologie
M.	GUILLAUME Cyril	Médecine palliative
M.	LE BAS François	Médecine Générale
M.	SABATIER Rémi	Cardiologie

PRCE

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

PROFESSEURS ÉMÉRITES

M.	DERLON Jean-Michel	Neurochirurgie
M.	GUILLOIS Bernard	Pédiatrie
M.	HABRAND Jean-Louis	Cancérologie option Radiothérapie
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.	RAVASSE Philippe	Chirurgie infantile
M.	TROUSSARD Xavier	Hématologie
M.	VIADER Fausto	Neurologie

Année Universitaire 2020/2021**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

Mme	BENHAÏM Annie	Biologie cellulaire
M.	BESNARD Stéphane	Physiologie
Mme	BONHOMME Julie	Parasitologie et mycologie
M.	BOUVIER Nicolas	Néphrologie
M.	BROSSIER David	Pédiatrie
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.	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.	MACREZ Richard	Médecine d'urgence
M.	MITTRE Hervé	Biologie cellulaire
M.	MOLIN Arnaud	Génétique
M.	SAINT-LORANT Guillaume	Pharmacie
M.	SESBOÛÉ Bruno	Physiologie
M.	TOUTIRAIS Olivier	Immunologie
M.	VEYSSIERE Alexis	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

M. HUBERT Xavier

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

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

MAITRES DE CONFERENCES ÉMÉRITES

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

Remerciements

A Monsieur le Professeur Pascal Delamillieure

Vous me faites l'honneur de présider ce jury, veuillez trouver ici l'expression de mes sentiments respectueux et ma sincère reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Humbert et à Monsieur le Docteur Sainmont

Vous me faites l'honneur de juger ce travail, veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur Christophe Burri

Merci pour votre soutien, ainsi qu'au CSAPA, dans la réalisation de ce travail. Merci également de m'avoir permis d'assister à des consultations et à des groupes de parole avec vous. Vous avez si gentiment et spontanément accepté de participer à mon jury de thèse. Vous me faites l'honneur de juger mon travail.

A Monsieur le Docteur Benoit Soulie sans qui ce travail n'aurait pas pu être mené à son terme. Merci d'avoir accepté de diriger ce travail, merci également pour ton soutien, ta disponibilité, ta patience et tes encouragements.

Aux médecins des différentes structures qui m'ont aidé à recruter les participants de mon étude.

Merci d'avoir accepté de prendre de votre temps pour m'aider à réaliser ce travail.

A tous les patients qui ont participé à ce travail

Merci d'avoir accepté de vous confier à moi et merci pour le temps que vous m'avez accordé.

A mon père

Merci de m'avoir encouragée et aidée à entreprendre un nouveau départ. Merci de me pousser à réaliser de nouvelles expériences.

A ma mère et ma sœur

Merci de m'avoir encouragée à faire des études de médecine lorsque tout le monde m'en pensait incapable, merci pour votre soutien et pour votre aide dans ces dernières relectures.

A ma famille de cœur

A Greg, mon frère de cœur, toujours présent dans les des bons comme les mauvais moments. Même à distance tu es toujours là. Merci pour ton aide précieuse.

A Darwen, avec qui j'ai partagé de très bons moments, on se souviendra longtemps de nos vacances en Bretagne !

A Colette, merci de m'avoir conseillée et rassurée dans la prise de décisions difficiles.

A Maxime et Ségolène

Mes amis du Ch'Nord avec qui j'ai passé un super externat à Amiens, nous avons passé tant de bons moments. Je suis très heureuse de vous voir vous épanouir. A très bientôt dans le Sud !

A Florian

Des épreuves on en a eues et on a su se soutenir, je suis heureuse d'avoir fait mon internat à tes côtés. Ces mauvais moments sont maintenant derrière nous. J'espère que tu trouveras le bonheur, que ce soit dans les îles ou en métropole, tu le mérites.

A Annette

Merci pour toutes ces petites discussions le matin avant d'aller à l'hôpital qui permettaient d'égailler un peu mes journées (et me mettaient régulièrement en retard). J'espère que tu viendras bientôt passer des vacances dans le Sud.

A Maïté

C'est récemment que je t'ai rencontrée, dans cette nouvelle vie et j'en suis ravie. Tu es une très belle personne. J'ai confiance en toi, je sais que tout va bien se passer. Les plages des Landes nous attendent !

Au Professeur Lamoine

Merci d'avoir pris de votre temps pour m'aider à combler quelques lacunes linguistiques.

A toutes mes nouvelles rencontres en Nouvelle-Aquitaine

Que ce soit sur le plan professionnel, amical, sportif, merci à vous tous de m'avoir accueillie avec autant de gentillesse et de bienveillance.

Une pensée particulière pour mes confrères et consœurs du cabinet de Parentis en Born et pour mon confrère du cabinet à Salles, chez qui j'ai pu débiter sereinement mes remplacements.

Abréviations

ACI : Accord Conventionnel Interprofessionnel

API : Alcoolisation Ponctuelle Importante

AUDIT : Alcool Use Disorder Test

CIM : Classification Internationale des Maladies

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

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

DETA : Diminuer Entourage Trop Alcool

DPC : Développement Personnel Continu

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder

ELSA : Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie

ESI : Education Solidarité Information

HAS : Haute Autorité de Santé

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

IPA : Infirmier en Pratique Avancée

OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ROSP : Rémunération sur Objectifs de Santé Publique

SFA : Société Française d'Alcoologie

SFMG : Société Française de Médecine Générale

SISA : Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires

INDEX Tableaux et figures

Tableau 1 : Caractéristique de la population	12
Figure 1 : Le cercle de Prochaska et Di Clemente	32

Sommaire

1. Introduction.....	1
1.1. L'homme et l'alcool	1
1.1.1. Du néolithique à la renaissance : brève histoire de l'alcool	1
1.1.2. Du XVIIIe au XIXe siècle : évolution de l'ambivalence	2
1.1.3. A partir du XIXe siècle : prise en charge et réglementation.....	2
1.2. Quelques chiffres sur la consommation en France.....	3
1.2.1. Epidémiologie.....	3
1.2.2. Conséquences.....	4
1.3. Définitions.....	5
1.3.1. Définition d'un verre standard	5
1.3.2. Les seuils	5
1.3.3. Les types de consommations	5
1.4. Organisation des soins en consultations spécialisées d'addictologie	6
1.4.1. Consultations en unités hospitalières.....	6
1.4.2. CSAPA	6
1.4.3. Consultations ELSA.....	7
1.5. Rôle du médecin traitant	7
1.5.1. Recommandations.....	7
1.5.2. Relation médecin-patient.....	8
1.5.3. La question de recherche	9
2. Matériel & Méthode.....	10
2.1. Type d'étude	10
2.2. Population de l'étude.....	10
2.3. Entretien semi-dirigé	10
3. Résultats	12
3.1. Caractéristiques de la population étudiée.....	12
3.2. Analyse.....	13
3.2.1. Aborder l'alcool avec son médecin traitant lorsque la problématique n'est pas encore connue ..	13
3.2.2. L'accompagnement d'un trouble lié à l'usage de l'alcool en soins de premier recours	15
3.2.3. La mise en lien avec le soin de second recours et la place du médecin traitant dans le cadre d'un suivi spécialisé addictologique	18
3.2.4. Les spécificités du médecin traitant dans la prise en charge de l'alcool au quotidien	21
4. Discussion	26
4.1. Force de l'étude	26
4.1.1. Type d'étude.....	26
4.1.2. Formation de l'investigatrice	26

4.2.	Limite de l'étude	26
4.2.1.	Limite d'investigation	26
4.2.2.	Limite d'interprétation	26
4.2.3.	Choix de l'approche	27
4.2.4.	Choix de la population étudiée.....	27
4.3.	Résultats.....	27
4.3.1.	Résultats principaux	27
4.3.2.	Comparaison avec les principaux résultats de la littérature.....	29
4.3.3.	Perspectives.....	41
5.	Conclusion.....	43
	Bibliographie.....	44
	Annexes	48

1. Introduction

1.1. L'homme et l'alcool

1.1.1. Du néolithique à la renaissance : brève histoire de l'alcool

On suppose que la découverte de l'alcool date du Néolithique à la suite d'une fermentation naturelle de produits alimentaires (1).

C'est cependant en 4000 avant J.C, que l'on retrouve les premières références à des produits alcoolisés en Mésopotamie. A cette époque apparaissent l'agriculture et la poterie permettant ainsi à l'homme de reproduire ces conditions de fermentation par l'obtention de moyens de stockage (peaux de bêtes et vases en céramique) (2).

L'alcool, à cette époque, est d'abord réservé aux pratiques religieuses, puis lors des festivités, des rites d'initiation, des cérémonies de mariage ou funéraires. L'alcool représente alors une valeur sacrée (1).

En Egypte, environ 3000 ans avant J.C, la bière est la boisson la plus consommée ; le repas type est principalement constitué de pain et de bière. Tout comme en Mésopotamie, l'alcool est utilisé pour la consommation et les rites religieux mais également à des fins médicinales (2).

On sait, par ailleurs, grâce aux hiéroglyphes, que la culture de la vigne est pratiquée depuis le début de la civilisation égyptienne.

Le vin semble néanmoins moins populaire que la bière, plutôt réservé aux classes fortunées et aux cultes divins.

Déjà à cette époque la culture de la vigne est contrôlée par l'Etat qui en tire un revenu.

L'Egypte ancienne semble être une des civilisation les plus avancées dans l'art des boissons alcoolisées (1).

Avec l'expansion de l'Empire romain et la propagation de la chrétienté, c'est le culte de la vigne qui va s'étendre.

Le vin devient aussi à cette époque une monnaie d'échange primordiale et c'est vers 600 avant J-C qu'une colonie grecque crée Massalia (Marseille) pour devenir un avant-poste du commerce viticole (2).

Durant l'Antiquité Romaine, le vin et l'ivresse sont très souvent représentés dans la littérature, la sculpture et la peinture (1).

Au Moyen Age, à la suite de la chute de l'Empire romain, la culture viticole continue de s'étendre grâce essentiellement aux évêques et aux moines.

Durant cette période, la France est parsemée d'évêchés et de monastères où chaque moine et chaque évêque cultive sa propre terre. Le vin a une place très forte dans le culte religieux.

Les seigneurs également commencent à planter leurs vignes.

Le vin sert aux fêtes, aux célébrations et à la réception d'hôtes mais également aux serviteurs. En effet, la tradition veut qu'un maître buvant du vin en fasse boire à ses serviteurs, raison pour laquelle chaque bourgeois possède non loin de son habitation, une vigne à exploiter.

L'ivresse commence à être reprochée par les autorités mais les bienfaits de la consommation de vin sont toujours vantés par des personnalités. Commence à se développer alors une certaine forme d'ambiguïté dans la consommation du vin (1).

Au cours des siècles, l'alcool a eu plusieurs noms. Au XIIe siècle, on l'appelle *spiritus* ou encore *aqua vitae* (l'eau de vie). Puis les Arabes utilisent le mot *Al Khol*, qui sera adopté au XVIe siècle dans son orthographe actuelle ALCOOL (1).

Durant la Renaissance, la tradition viticole se poursuit avec l'expansion du « vin plaisir ». C'est une période qui signe la qualité et la naissance des grands crus mais également la croissance du nombre de vigneron qui se mettent à cultiver des plants donnant un rendement important, mais le vin cultivé est de qualité inférieure. Ils en tirent alors un bénéfice important auprès des aubergistes et taverniers en devenant leurs principaux fournisseurs. Commence alors la lutte entre vigneron et bourgeois. C'est également une période où l'ivresse et les dérives se multiplient. Il semblerait que ce soit à cette époque qu'apparaît une ambivalence au sein du corps médical concernant la consommation d'alcool (1).

1.1.2. Du XVIIIe au XIXe siècle : évolution de l'ambivalence

Du XVIIIème au XIXème siècle on constate le développement des cabarets, bistrot et autres « assommoirs ». La vie de la population et notamment des ouvriers est rythmée par le travail et les repas dans les cabarets.

Mais c'est aussi dès le XVIII^e siècle que l'on retrouve des textes qui décrivent le « boire » comme consolateur, réponse au malheur social. Ou encore comme trouble social au XIX^e siècle.

En effet, avec le début de la révolution industrielle, les populations les plus précaires ont recours à l'alcool pour supporter leurs conditions de travail ou de vie pénibles (1). L'alcoolisme est alors considéré comme un vice des classes populaires (3).

Dans le roman *l'Assommoir* d'Emile Zola, cette condition ouvrière et cette misère sociale conduisant à l'alcoolisme, est représentée par la décadence du couple Coupeau (4).

C'est aussi à cette période que l'on accuse les cabarets d'être responsables de tous les méfaits dûs à une consommation excessive en alcool (perte du sens moral, vol, crime) (3).

Au XIX^e siècle, la bourgeoisie invente la gastronomie et l'œnologie, en favorisant le bon vin, les eaux de vie, les produits du terroir qui représentent un signe de culture. Ils adhèrent cependant massivement au mouvement antialcoolique. Ce phénomène renforce l'ambivalence déjà présente.

Pour les bourgeois, l'alcoolisme est un fléau grossier, prolétaire, en lien avec la production de mauvais alcools industriels.

A cette époque, les boissons coutent cher, et on retrouve deux modes de consommation qui s'opposent. Les maîtres et leurs valets d'une part qui ont une alcoolisation régulière et le peuple d'autre part qui s'alcoolise les jours chômés.

Avant 1850, les travaux médicaux concernant la maladie alcoolique sont rares. La plupart des médecins ne voient d'ailleurs pas l'alcool comme une substance à éviter, ils lui reconnaissent, au contraire, une vertu thérapeutique.

C'est en 1849 que Magnus Huss (médecin Suédois) utilise pour la première fois le terme « alcoolisme ». Il est un des premiers à considérer l'ivrognerie comme une maladie qu'il classe dans les intoxications.

En effet, après avoir découvert des lésions viscérales (hépatique, cardiaque, neurologique) et des troubles du comportement chez des patients hospitalisés à Stockholm présentant une consommation excessive en alcool, il estime que cette intoxication mérite un nom et un statut nosologique propre (1) (2) (3).

1.1.3. A partir du XIXe siècle : prise en charge et réglementation

Au XIX^e siècle, les campagnes antialcooliques se multiplient et c'est en 1872 que naît l'« Association contre l'abus des boissons alcooliques » qui devient en 1873 « la société de la tempérance ». Parmi les membres fondateurs, on retrouvera Magnus Huss, Georges Eugène Haussmann ou encore Louis Pasteur (1) (3).

L'émergence des politiques de lutte contre l'alcoolisme survient au XX^e siècle.

Vers 1900, on se retrouve à l'apogée des mouvements antialcoolisme et, avec la multiplication des ligues contre l'abus d'alcool, un florilège d'études et de publications sur le domaine surgissent.

En 1905, « La société de tempérance » s'associe à l'« Union antialcoolique » pour créer la « Ligue nationale contre l'alcoolisme » (3).

L'Etat décide de prendre en compte ces mouvements antialcool en rédigeant des manuels anti-alcools destinés aux écoles et en promulguant différentes lois.

Cependant, de nombreux médecins continuent de vanter les mérites des boissons fermentées dites « hygiéniques » telles que le vin, la bière et le cidre, en accusant les boissons « spiritueuses » de provoquer l'alcoolisme (3).

A partir de 1954, sous l'impulsion du gouvernement de Pierre Mendès France, l'action publique contre l'alcool prend des formes multiples :

- réduction de l'offre à partir de 1954, notamment via la réglementation des points de vente,
- promulgation d'une circulaire adoptée par le ministère de l'Education Nationale en 1956, interdisant de servir toute boisson alcoolisée dans les écoles aux enfants de moins de 14 ans,
- développement de la prévention routière et scolaire,
- organisation de campagnes publicitaires antialcool.

Puis la prévention s'accélère avec de nouvelles réglementations :

- à partir de 1978, la conduite en état d'ivresse réprimée à partir de 0,8g/l,
- des campagnes publicitaires plus importantes,
- enseignement de l'alcoologie en 1971 pour les étudiants en médecine,
- promulgation de la loi Evin en 1991, qui encadre les publicités sur les boissons alcoolisées.

Le premier médicament spécifique apparaît en 1948 : le disulfiram. Puis apparaîtront l'acamprosate en 1987, la naltrexone en 1996.

Dans les années 1960, Pierre Fouquet devient le père fondateur de l'alcoologie moderne. Il mène de nombreuses réflexions sur le concept et définit l'alcoologie comme une « science au carrefour de la médecine, de la psychologie, de la psychiatrie et de la sociologie ». Il aboutira à cette réflexion : « la dépendance est la perte de la liberté de s'abstenir ».

En 1978, est créée la Société Française d'Alcoologie (SFA) avec comme cofondateur, Pierre Fouquet.

En 1999, l'alcool prend place parmi les substances psycho-actives considérées comme dangereuses, du fait de leurs effets potentiellement sévères.

Malgré ces évolutions au cours de l'histoire, il persiste une grande ambivalence autour de l'alcool. Actuellement, l'alcool garde une place très importante dans la société française. Il conserve sa valeur symbolique dans un pays comme la France où le vin a une place économique et culturelle très importante.

1.2. Quelques chiffres sur la consommation en France

1.2.1. Epidémiologie

La consommation d'alcool diminue régulièrement en France depuis une quarantaine d'années : elle a été divisée par deux entre 1960 et 2009 (5).

D'après les derniers chiffres de l'OFDT, on retrouve actuellement 47 millions d'expérimentateurs dont 43 millions d'usagers dans l'année, 9 millions qualifiés de réguliers (au moins 3 consommations d'alcool dans la semaine pour les adultes, au moins 10 par mois pour les adolescents) et 5 millions considérés comme usagers quotidiens, en France métropolitaine parmi les 11-75 ans.

En 2017, près de 24% des 18-75 ans, soit 10,6 millions de personnes, dépassent les seuils de consommation à moindre risque fixés par les experts sanitaires et les pouvoirs publics (ne pas consommer plus de 10 verres standards par semaine et pas plus de 2 verres standards par jour ; respecter des jours dans la semaine sans consommation) (6).

Plus précisément, le Baromètre de Santé publique France 2017 montre que 87% des 18-75 ans ont consommé de l'alcool au moins une fois dans l'année ; 21% déclaraient avoir connu une ivresse dans l'année, 10% étaient des consommateurs quotidiens et 5% consommaient six verres ou plus en une même occasion toutes les semaines. La consommation d'alcool apparaît de plus en plus masculine à mesure que la fréquence de consommation augmente. Elle évolue avec l'avancée en âge, avec une diminution du nombre de verres consommés associée à une augmentation du nombre de jours de consommation (7).

La consommation débute le plus souvent à l'adolescence, période durant laquelle la bière et les prémix (boissons alcoolisées, sucrées et aromatisées) sont les boissons les plus populaires. L'âge moyen de la première ivresse est de 15,2 ans. En 2017, 85,7% des adolescents âgés de 17 ans déclaraient avoir déjà bu de l'alcool au cours de leur vie, près d'un sur dix (8,4%) buvait régulièrement (au moins 10 fois dans le mois) et 44% avaient connu un épisode d'alcoolisation ponctuelle important au cours du mois écoulé (enquête ESCAPAD) (5).

Il s'agit chez ces jeunes essentiellement d'alcoolisations ponctuelles importantes. En 2017, 16% des 18-75 ans ont déclaré avoir bu au moins 6 verres en une seule occasion au cours du mois écoulé, ce qui est stable par rapport à 2014. On observe cependant une baisse du pourcentage de jeunes de 17 ans déclarant des API (Alcoolisation Ponctuelle Importante) répétées (au moins 3 au cours du mois) en effet, on passe de 22% à 16%.

La France est le deuxième producteur mondial de vin, qui est toujours la première boisson alcoolisée vendue et consommée en France suivie de la bière (21%) et des alcools forts (16%) (8).

La consommation en alcool diffère beaucoup en fonction de l'âge, de la culture, et de la représentation que les patients en ont. Tous ces paramètres peuvent rendre difficile le repérage de mésusage par le médecin généraliste.

1.2.2. Conséquences

Les addictions posent, en France comme à l'échelle européenne et dans le reste du monde, un problème de santé publique majeur, dont les impacts sont multiples, sanitaires, médicaux et sociaux.

- Concernant les dommages pour la santé :

La consommation d'alcool représente un enjeu de taille en France, où elle était à l'origine de 41000 décès en 2015 d'après la dernière estimation disponible (Bonaldi et Hill, 2019). Il en est de même en Europe, où elle est responsable de plus de 7% des maladies et décès prématurés (9).

Il s'agit de la deuxième cause de mortalité prématurée en France. Il s'agit surtout de cancers (16000 décès), de maladies cardio-vasculaires (9900 décès), de maladies digestives (6800 morts dues à des cirrhoses) et d'accidents et suicides (5400 morts). Les autres décès relèvent d'autres maladies dont des troubles mentaux liés à l'alcool (5).

Le tabac et l'alcool sont les 2 premières causes de mortalité évitable par cancer : plus d'1/3 des décès par cancer sont liés au tabac (45000) et à l'alcool (15000).

Le syndrome d'alcoolisation fœtale concerne 1% des naissances soit 8000 nouveaux nés par an. 25% des femmes enceintes reconnaissent avoir consommé de l'alcool pendant la grossesse malgré la recommandation actuelle « 0 alcool pendant la grossesse ».

Les séjours hospitaliers liés à l'alcool sont une des toutes premières causes d'hospitalisation en France.

Des études ont évalué qu'en 2012, la consommation d'alcool aurait induit plus de 580000 hospitalisations en services de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, 2700000 journées en psychiatrie (10,4% du total des journées et 3,7% des actes ambulatoires) et 2000000 de journées en soins de suite et réadaptation (SSR) (5,6% du total) (10).

- Concernant les dommages sociaux :

L'alcool est présent dans 30% des condamnations pour violences, 40% des violences familiales, 30% des viols et agressions.

Un Français sur cinq se dit très affecté par les dommages subis liés à l'alcoolisation de tiers.

Un taux d'alcool supérieur au seuil de 0,5g/l est présent dans 29% des accidents mortels de la route soit 819 décès en 2016 (conducteurs alcoolisés et victimes).

En 2013, 111550 condamnations pour conduite en état alcoolique ont été inscrites au Casier judiciaire national, soit une condamnation sur cinq pour délit en France.

Ce coût social de l'alcool s'élève à environ 120 milliards d'euros par an (11).

1.3. Définitions

Devant cette consommation généralisée et les risques encourus, de nombreuses définitions ont été établies afin d'aider les médecins généralistes à repérer et à prendre en charge les patients en fonction de leur niveau de consommation.

1.3.1. Définition d'un verre standard

Un verre standard correspond à la quantité d'alcool contenue dans un verre d'alcool tel qu'il est servi dans un bar soit 10 grammes d'alcool pur.

1.3.2. Les seuils

Selon l'OMS, les seuils retenus pour un adulte sont les suivants :

- ne pas dépasser 3 unités d'alcool par jour pour un homme (soit 21 verres standards par semaine),
- ne pas dépasser plus de 2 unités pour une femme (soit 14 verres pour une femme),
- ne pas dépasser 4 unités d'alcool par occasion,
- au moins un jour par semaine sans consommation.

En France, ces seuils ont été modifiés :

- ne pas dépasser 2 unités d'alcool maximum par jour (quel que soit le sexe),
- au moins deux jours dans la semaine sans consommation,
- ne pas dépasser 4 unités d'alcool par occasion.

1.3.3. Les types de consommations

On distingue cinq catégories d'usage de l'alcool selon la SFA :

- le non usage : encore appelé abstinence, qui correspond à une absence de consommation de toute boisson alcoolisée,
- l'usage simple : faible risque individuel. L'usage simple peut être occasionnel, intermittent ou continu. Il est inférieur aux seuils recommandés en France.

Le mésusage comprend trois catégories :

- l'usage à risque : il s'agit d'une consommation supérieure aux repères de l'usage à faible risque recommandé en France, non encore associée à un quelconque dommage médical, psychologique ou social et/ou à une dépendance mais susceptible d'en induire à court, moyen ou long terme. Il s'agit de consommateurs à risque,
- l'usage nocif : se caractérise par l'existence d'au moins un dommage d'ordre médical, psychologique ou social induit par l'alcool, sans dépendance. Il s'agit de consommateurs à problèmes,
- l'usage avec dépendance : est caractérisé par une perte de maîtrise de la consommation. Elle peut s'accompagner de dépendance physique, se traduisant par l'apparition d'un « syndrome de sevrage alcoolique », qui est l'expression variable des troubles physiques apparaissant lors de la suspension de la consommation d'alcool. Il s'agit de consommateurs alcoolodépendants.

Ces deux dernières catégories entrent dans les troubles liés à l'usage de l'alcool.

Ces 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.

La CIM-10 propose deux diagnostics hiérarchisés : l'usage nocif et la dépendance [Annexe 1].

Le DSM-5 propose, quant à lui, un diagnostic à 11 critères définissant le trouble de l'usage de l'alcool avec trois niveaux de sévérité : faible, modéré et sévère [Annexe 2] (12).

1.4. Organisation des soins en consultations spécialisées d'addictologie

1.4.1. Consultations en unités hospitalières

La filière hospitalière de soins addictologiques a pour objectif de permettre à chaque personne ayant une conduite addictive d'accéder à une prise en charge globale, de proximité et, si nécessaire, d'avoir recours à un plateau technique spécialisé.

Au sein de la filière, la personne ayant une conduite addictive bénéficie d'une prise en charge complète, assurée :

- en consultation,
- en hospitalisation de jour,
- en hospitalisation complète programmée ou non programmée, y compris en services de soins de suite et de réadaptation (13).

Les prises en charge ambulatoires dans des structures hospitalières proposent à minima, des consultations externes, du type de ce que peuvent proposer les CSAPA. Un sevrage ambulatoire peut être mis en place dans ce cadre. Un suivi pluridisciplinaire est souvent possible et recommandé (psychologique, social et médical) et une hospitalisation de courte durée au moment du sevrage pourra être envisagée selon les cas.

1.4.2. CSAPA

Les Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie en ambulatoire (CSAPA) sont des structures résultant du regroupement des lieux d'accueil spécialisés pour l'alcool (Centre de Cure en Ambulatoire en Alcoolologie) et les drogues illicites (Centre de Soins Spécialisés aux Toxicomanes), ayant été prévu par le plan gouvernemental 2007-2011, avec pour finalité la prise en charge et la prévention des addictions.

Ce sont des centres médico-sociaux, qui peuvent être gérés par des établissements publics de santé (hôpitaux) ou par des associations régies par la loi du 1er juillet 1901, sous condition de l'obtention d'un conventionnement du ministère de la santé.

En tant qu'établissements médico-sociaux, les CSAPA répondent à différentes missions :

- l'accueil, l'information, l'évaluation médicale, psychologique et sociale et l'orientation de la personne concernée ou de son entourage,
- la réduction des risques liés à la consommation ou au comportement en cause,
- la prise en charge médicale (bilan de santé, sevrage) et psychologique (soutien, psychothérapie individuelle ou familiale, groupes de parole),
- la prescription et le suivi de traitements médicamenteux, dont les traitements de substitution aux opiacés,
- la prise en charge sociale et éducative, qui comprend l'accès aux droits sociaux et l'aide à l'insertion ou à la réinsertion (14).

Les CSAPA fonctionnent soit en ambulatoire, soit avec un hébergement. Ce dernier dans le cadre du CSAPA peut être individuel ou collectif (centres thérapeutiques résidentiels, structures d'hébergement d'urgence ou de transition, communautés thérapeutiques) (13).

Il existe également les consultations jeunes consommateurs, qui se déroulent en général dans les CSAPA et qui visent des jeunes en moyenne de 12 à 25 ans.

L'objectif de ces consultations est d'accueillir des jeunes consommateurs en questionnement sur leur consommation, ainsi que leur entourage.

Toutes les problématiques d'addictions peuvent être abordées dans ces lieux : l'usage d'alcool, de cannabis, la pratique de jeux vidéo ou de l'utilisation d'Internet.

1.4.3. Consultations ELSA

Les ELSA (Equipes de Liaison et de Soins en Addictologie) ont été créées en 1996 et ont vu leur cadre de fonctionnement et leurs missions définis par la circulaire du 8 septembre 2000. Ces équipes font désormais partie des acteurs clés de la prise en charge des personnes souffrant d'addictions.

Les équipes de liaison sont des équipes pluridisciplinaires dont les missions principales consistent en :

- former, assister et conseiller les soignants des différents services ou structures de soins non addictologiques sur les questions du dépistage, de diagnostic, de prise en charge et d'orientation des patients,
- intervenir auprès des patients aux urgences et pendant l'hospitalisation en appui et en soutien des équipes soignantes,
- développer des liens avec les différents acteurs intra- et extra- hospitaliers pour améliorer la prise en charge des patients et de leur suivi (15).

1.5. Rôle du médecin traitant

1.5.1. Recommandations

En 2014, des recommandations ont été écrites par la SFA, avec la participation de médecins généralistes, pour palier à ce problème de santé publique. Ces dernières donnent au médecin généraliste une place « cruciale ».

Le médecin généraliste doit être considéré comme « pivot » du parcours de soins. Il permet un accompagnement de longue durée et apparaît comme la première personne-ressource pour le patient et son entourage.

Dans la mise à jour de ces recommandations, on peut noter plusieurs points :

- tout médecin généraliste doit avoir reçu une formation sur le repérage du mésusage et l'intervention brève,
- certaines interventions thérapeutiques plus complexes peuvent s'envisager au cabinet telles que l'intervention psychosociale (renforcement de la motivation, soutien de l'entourage, surveillance de l'observance du traitement), la mise en place de traitements permettant de réduire la consommation, la prévention du syndrome de sevrage, la mise en place de traitements pour le maintien de l'abstinence,
- repérer les interventions thérapeutiques non réalisables au cabinet de médecine générale, et savoir adresser le patient à des équipes plus expérimentées,
- ne pas hésiter à recourir à une intervention spécialisée s'il y a un manque de formation de la part du médecin généraliste ou s'il ne se sent pas en mesure d'offrir ces interventions,
- connaître les spécificités territoriales en matière de dispositifs de soins conditionne le parcours de soin du patient (12).

Le repérage du « mésusage » de l'alcool devrait être en priorité la mission des médecins généralistes. Ces recommandations proposent une formation à ce repérage (avec l'aide de l'outil Audit-C [Annexe 3]) et à la réalisation d'une intervention brève. Elles mettent également en avant l'importance d'un suivi coordonné (12).

L'HAS propose des outils d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève pour répondre aux objectifs de la SFA (16).

La SFA rappelle que l'objectif thérapeutique est maintenant fixé en accord avec les préférences du patient. L'acceptation du soignant à la simple réduction de la consommation d'alcool permet aux patients dépendants, n'ayant pas pour objectif l'abstinence, de s'engager dans une démarche de soins. Cela permet d'élargir le suivi à plus de patients, en permettant un accompagnement adapté en fonction du patient et de ses souhaits et de réduire les risques liés à la consommation (12).

L'objectif de la SFA avec la publication de ces recommandations était donc de faire des professionnels de premier recours, en premier lieu les médecins généralistes, des acteurs pivot du repérage et la porte d'entrée des parcours de santé (11).

1.5.2. Relation médecin-patient

La relation médecin-malade, en particulier en médecine générale, ne repose pas uniquement sur la résolution d'un problème biomédical. La maladie s'intègre dans un contexte psychosocial plus large. Les patients ont une certaine représentation du soin et du rôle du médecin généraliste dans la société, et c'est à travers ces représentations que sont déterminées leurs propres attentes.

De façon générale, concernant les attentes des patients vis-à-vis de leur médecin traitant, on retrouve dans la littérature les notions suivantes :

- la notion de performance diagnostique,
- la notion de performance thérapeutique,
- la notion de rapport qualité-temps (certains patients conçoivent la performance comme la capacité à traiter (écoute, examen, diagnostic...) et régler (explications, thérapeutique) les problèmes du patient en un minimum de temps) (17).

La notion de savoir-être du médecin semble aussi être essentielle : respect, humilité, disponibilité, absence de jugement de valeur, empathie (18). Une place primordiale est donnée à la communication (19).

Mais dans le cadre des addictions, ces notions prennent une dimension toute autre et la plupart des travaux qui abordent la relation médecin patient dans le cadre d'un trouble lié à l'usage de l'alcool montrent l'importance que la place de cette relation occupe dans le dépistage et la prise en charge (20).

1.5.3. La question de recherche

La prévalence du risque et des maladies liés à l'alcool dans la patientèle du généraliste a été évaluée à environ un patient sur cinq, soit environ 20%.

Mais l'étude menée par la SFMG au sein de son observatoire de la médecine générale montre que les consultations « alcool » ne représentent finalement que 1% des consultations (21).

Plusieurs écrits ont permis de connaître les difficultés éprouvées par les médecins généralistes pour prendre en charge les patients présentant un trouble lié à l'usage de l'alcool.

En effet, alors que les recommandations de la SFA demandent aux médecins généralistes de repérer le mésusage et de réaliser une intervention brève, il est toujours difficile pour eux d'aborder le sujet (22) (23) (24) (25).

Les médecins mettent en avant un manque de formation en addictologie. La formation initiale lors des études de médecine étant considérée comme peu formatrice pour beaucoup de médecins interrogés (20) (22) (26) (27).

La complexité de ce trouble rend les médecins généralistes réticents à les prendre en charge. Ils l'expriment dans différents écrits en faisant part, en plus de leur manque de connaissance, d'un manque de temps pour considérer ces problématiques associées et d'une rémunération non valorisée (20) (22) (23) (24) (26) (25).

Il existe donc bien une contradiction entre des recommandations qui mettent le médecin généraliste au centre de la prise en charge et la réalité de terrain où des médecins de premier recours se questionnent sur leur propre place dans la prise en charge.

Mais que pensent les patients du rôle de leur médecin traitant ? Le ressenti des patients est-il le même que celui des médecins ? Les recommandations se rapprochent-elles réellement des attentes des patients ?

En effet, si les médecins peinent parfois à soigner leurs patients présentant des troubles liés à l'usage de l'alcool, ces patients de leur côté ont certainement eux aussi des difficultés à rapporter ou à expliciter leurs problématiques.

Peu de travaux abordent le ressenti des patients souffrant d'un trouble lié à l'usage de l'alcool, que ce soit sur l'aspect général de leur suivi ou sur leur prise en charge par leur médecin traitant.

La plupart des études portent surtout sur la perception du médecin généraliste et sur sa pratique par rapport aux recommandations officielles.

L'objectif premier de ce travail a donc été d'explorer le ressenti des patients présentant un trouble lié à l'usage de l'alcool concernant la relation qu'ils avaient tissé avec leur médecin généraliste, et de connaître dans un second temps leurs attentes concernant le parcours de soins.

2. Matériel & Méthode

2.1. Type d'étude

Pour répondre à cette question, nous avons réalisé une étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de patients suivis dans le Calvados. Il s'agissait ici d'une approche inductive générale par thématisation avec un objectif descriptif. Le choix de cette méthode de recherche s'est fait sur la base de l'objectif posé par la question de recherche, à savoir l'exploration du ressenti des patients suivis en CSAPA. Le mode de recrutement était donc, pour correspondre au choix de la méthode, raisonné, en variation maximale, sur des critères pouvant faire varier l'hétérogénéité de la population étudiée.

2.2. Population de l'étude

Nous avons recruté onze patients dans différentes structures spécialisées : au CSAPA Rive Gauche de Caen, à la Fondation Bon Sauveur de Saint Lô, dans le service d'addictologie du Centre hospitalier Aunay Bayeux (ELSA) et à la Maison des addictions de Lisieux.

Le recrutement de ces patients s'est fait à partir de médecins recruteurs au sein de ces différentes structures. Il a été expliqué aux patients qu'il s'agissait d'un entretien dans le cadre de la réalisation d'une thèse sur le thème de l'addictologie, sans donner plus de détails.

Les patients étaient présélectionnés par les addictologues des structures en fonction des critères d'inclusion et d'exclusion.

Puis une seconde sélection a été réalisée par l'investigatrice pour maximiser l'hétérogénéité des participants et favoriser la variation maximale. Pour cela il m'était nécessaire de recueillir différentes données auprès des patients et de leur médecin généraliste, permettant d'obtenir une population hétérogène.

Les critères d'inclusion étaient d'être suivi régulièrement en consultations spécialisées depuis plus d'un an, avec ou sans poly-consommation, et avec pour demande principale un trouble lié à l'usage de l'alcool.

Ont été exclus les patients mineurs, ceux présentant des troubles cognitifs, des troubles psychiatriques décompensés rendant l'entretien non contributif et les patients n'ayant pas déclaré un médecin traitant.

Les critères permettant un recrutement raisonné en variation maximale étaient : le sexe, l'âge du patient, sa profession, la durée de son suivi avec son médecin traitant, la durée d'installation du médecin traitant et le milieu d'exercice du médecin traitant.

Les entretiens ont été réalisés jusqu'à saturation des données, leur nombre n'était donc pas prédéfini.

2.3. Entretien semi-dirigé

Les quatre premiers entretiens ont eu lieu dans les différentes structures citées précédemment mais la situation sanitaire en lien avec la Covid 19 ne m'a pas permis de poursuivre ces entretiens en présentiel. Les entretiens suivants ont donc été réalisés en visioconférence ou par téléphone en fonction des moyens de communication des patients.

Chaque entretien a été enregistré intégralement.

Un guide d'entretien a été élaboré au préalable [Annexe 4].

Pour commencer l'entretien, certaines informations ont été demandées aux patients : l'âge, la profession, la durée du suivi avec le médecin traitant.

Le guide d'entretien comportait cinq thématiques :

- aborder l'alcool avec son médecin traitant
- la relation avec le médecin traitant (communication et savoir être)
- les connaissances cliniques (compétences et savoir-faire)
- la disponibilité du médecin traitant
- l'évocation de pistes de réflexion pour améliorer la relation

Les entretiens ont été enregistrés, après consentement écrit du patient, permettant ensuite une retranscription intégrale du verbatim sans correction des erreurs de syntaxe [Annexe 5].

Tous les documents écrits ont été anonymisés et les enregistrements détruits à la fin de l'étude.

Ces enregistrements ont eu lieu entre le 19 février 2020 et le 14 octobre 2020.

3. Résultats

3.1. Caractéristiques de la population étudiée

La population étudiée comportait six hommes et cinq femmes, âgés de 27 à 69 ans. L'âge médian de la population était de 41 ans.

La durée des entretiens était en moyenne de 37 minutes, le plus court ayant duré 25 minutes et le plus long 60 minutes.

Tableau 1 : Caractéristiques de la population

E	Sexe	Age	Profession	Durée de suivi par son médecin traitant	Durée d'installation du médecin traitant	Milieu d'exercice	Lieu de suivi	Durée (min)
E1	H	69	Retraité (BTP)	3 ans	3 ans	Urbain	CSAPA Caen	26
E2	F	39	Sans emploi	10 ans	15 ans	Urbain	CSAPA Caen	40
E3	H	41	Enseignant	13 ans	20 ans	Urbain	ESI 14 Lisieux	28
E4	F	47	Aide médico-psychologique	15 ans	30 ans	Semi-Rural	CSAPA Caen	60
E5	F	41	Peintre en bâtiment	11 ans	15 ans	Rural	ELSA Bayeux	50
E6	H	36	Aide-soignant (en reconversion)	8 ans	31 ans	Urbain	ELSA Bayeux	42
E7	F	48	Assistante maternelle (en invalidité)	19 ans	32 ans	Semi-Rural	ELSA Bayeux	26
E8	F	58	Aide à la personne	1 an	3 ans	Rural	Saint-Sauveur Saint Lo	44
E9	H	48	Tuyauteur	1 an	27 ans	Rural	Saint-Sauveur Saint Lo	25
E10	H	37	Commercial	5 ans	17 ans	Semi-Rural	CSAPA Caen	36
E11	H	27	Sans emploi	6 ans	35 ans	Semi-Rural	CSAPA Caen	27

E = Entretien, H = Homme, F = Femme

3.2. Analyse

3.2.1. Aborder l'alcool avec son médecin traitant lorsque la problématique n'est pas encore connue

Le médecin traitant comme premier intervenant

Chez un peu plus de la moitié des patients interrogés, le premier intervenant était le médecin traitant. Dans les autres cas, il s'agissait de personnels spécialisés en addictologie ou d'associations :

E2- 4 à 5 : « Et bien en fait, c'était avec mon généraliste parce que... c'était une époque où... où ma consommation d'alcool avait énormément augmentée »

E3- 5 à 6 : « Je suis allé voir mon médecin traitant qui m'a orienté vers le... je sais plus comment ça s'appelle... ESI 14, c'est ça ? »

Amorce d'entretiens « alcool » avec le médecin traitant

Il s'agissait majoritairement d'une demande d'aide du patient à la suite d'une prise de conscience d'une consommation pathologique. Pour deux patients, en revanche, le sujet a été abordé à la suite d'une perturbation du bilan biologique et pour deux autres patients à la demande des proches :

E6- 19 à 22 : « Et bien je commençais à avoir des sérieux problèmes dans ma vie professionnelle, dans ma vie de... bah pour travailler, euh... dans ma vie personnelle aussi et euh... et une prise de conscience moi-même qu'il y avait un souci à ce niveau-là, que ça devenait une vraie dépendance. Et l'envie que ça change. »

E8- 20 à 21 : « Bah je lui ai expliqué que, en fin de compte, j'avais tendance à consommer de l'alcool et j'ai demandé comment je pouvais faire pour m'en sortir avoir de l'aide et tout ça. »

Le premier pas : parfois le patient, parfois le médecin traitant

Parmi les six patients pour lesquels le premier intervenant était le médecin traitant, le sujet a été abordé par le médecin traitant pour deux patients et cela concernait les perturbations du bilan biologique. Dans les autres cas, c'est le patient qui avait abordé directement le sujet :

E1- 11 à 12 : « Non parce que dans les analyses qu'il me faisait il y avait l'alcool, les gamma ça montait trop haut. Voilà. »

E2- 16 à 19 : « Donc, j'ai fait l'analyse de sang et... qui a bien vu que mes gamma étaient... houlà... et mes transaminases... houlà... à un taux, j'avais ouais j'avais quasi... ouais j'avais cinq fois plus que la limite voilà... à ce moment-là. Et donc, à ce moment-là il a parlé de mes problèmes d'alcool et voilà... »

Une patiente a émis le regret que son médecin traitant n'ait pas abordé le sujet avec elle :

E5- 235 à 241 : « Parce que, sincèrement entre nous, moi je suis tombée dans la dépression sans le voir, je me suis mise à boire sans le voir, et j'aurais bien voulu que quelqu'un me le dise : « T'as un problème, réagit, fait quelque chose, je te donne pas d'ordre mais essaye de réfléchir à ce que tu fais ». Et ça, le médecin traitant, pour moi, c'est quand même le médecin de famille, qui nous suit depuis des années, et je considère que c'est son travail de nous avertir qu'il y a un problème. »

Un non-dit de la consommation en consultation de premier recours

Pour certains participants, le médecin traitant avait notion de cette consommation pathologique mais n'abordait pas le sujet pour ne pas risquer de bloquer le patient ou encore par manque d'intérêt d'après un des patients interrogés :

E4- 105 à 109 : « Elle m'a pas dit du tout « pourquoi vous me l'avez jamais dit », ah oui elle m'a dit « Mais je me doutais de quelque chose », alors je lui ai dit « ah bon mais de quelle... », elle m'a dit « ah oui je pensais bien à de la conso mais plus du shit ou de l'herbe », elle se doutait de quelque chose. »

E10- 118 à 120 : « Après, je sais pas comment il peut amener le sujet auprès de son patient, sans le froisser. Parce que, de toute façon, quelqu'un qui boit, ça se voit, donc le médecin il sait déjà. Je pense que vous devez le savoir quand quelqu'un abuse un peu, quoi. »

Une absence d'appréhension dans l'abord de la problématique avec le médecin traitant

La majorité des patients avait exprimé ne pas avoir de crainte sur le fait d'aborder le sujet avec leur médecin traitant :

E6- 28 à 32 : « Euh.. bah des craintes non, parce que je suis assez en confiance avec mon médecin traitant donc euh... bah non j'avais pas spécialement de crainte d'être jugé, d'être euh... ouais et puis au niveau de la confidentialité euh... je sais que ma compagne et moi on a le même médecin traitant mais euh... voilà si il... je le voyais pas aborder le sujet avec elle en parallèle quoi donc non non pas plus de crainte que ça. »

E7- 49 à 50 : « Euh... alors des craintes... disons que c'est ma fierté qui en a pris un coup (Rires) quand il a fallu aborder le sujet quoi. Mais sinon des craintes euh non. »

En parler au médecin traitant après l'initiation du suivi

Certains patients ont évoqué un souci d'honnêteté et une facilité à en parler après avoir effectué le sevrage avec la structure spécialisée :

E5 – 25 à 27 : « Oui, j'ai revu mon médecin, là par contre bon bah...enfin, j'ai vu aussi le Dr M. avant et ce qui m'a permis de pouvoir en parler à mon médecin traitant directement. Vraiment soulagée de... parce que bon je me suis rendue compte que c'était une maladie. »

E10- 50 à 52 : « Après oui. Parce que j'avais dû m'y rendre pour je ne sais plus quelle raison, et puis on en avait discuté ouais. Et donc le médecin traitant m'avait dit « tant mieux d'avoir été directement là-bas, c'est une bonne structure » ».

Difficultés à se livrer

Selon deux patients, l'approche pouvait être plus compliquée en fonction du milieu dans lequel ils se trouvaient :

E3- 84 à 86 : « peut-être aussi, que... dans un bassin de vie où... je pense pas que beaucoup de gens soient dans la démarche, dans ma démarche d'aller voir son médecin et de dire « voilà j'ai un problème » donc peut être ça vient de ça aussi. »

E4- 154 à 160 : « puis quand on habite un village c'est pas facile. Enfin, moi au début, il aurait été hors de question que je lui dise quoi que ce soit, j'aurais eu l'impression que tout le village allait le savoir. Même si je sais que c'est pas possible, que ça n'aurait pas été le cas. Je trouve que c'est encore plus difficile. J'aurais eu moins de mal à le dire à un médecin que j'aurais vu dans une grande ville de temps en temps, parce que la figure du médecin de village, ça reste euh.. je sais pas... quelque chose de plus intime »

Durée de la relation

D'après certains patients, l'approche pouvait être facilitée par la durée de la relation :

E6- 274 à 277 : « Parce qu'il me connaît depuis plus longtemps, parce que le Dr M. euh quelqu'un que j'apprécie, c'est un docteur addictologue mais c'est pas mon médecin traitant, elle s'est chargée de... c'est différent, on a pas la même relation. »

E7- 122 à 123 : « Bah disons que je pense que plus la personne connaît son médecin, plus elle a confiance et plus il doit être facile de lui en parler. »

Ressentis des patients concernant la réaction du médecin traitant

Les patients ont perçu surtout des réactions de soutien, des encouragements et l'accès à une prise en charge immédiate :

E3- 21 à 24 : « Elle a été très à l'écoute et je me souviens bah je lui ai dit « oui bah voilà, je bois trop etc. » et elle m'a dit « on va pas vous laisser comme ça, rassurez-vous » et elle m'a orienté, voilà ça me revient, vers les organismes. »

E1- 26 « Donc vous voyez il est venu à mon aide »

Soulagement suite à l'entretien avec le médecin traitant

Majoritairement, les patients ont éprouvé le sentiment d'avoir trouvé de l'aide, et le sentiment d'avoir été accompagné dans leur prise de conscience. Est apparu ensuite le soulagement d'avoir pu en parler :

E1- 30 à 31 : « on a discuté, il a vu que mon état était pas tellement bien donc il fallait que je me soigne.»

E2- 86 à 87 : « Bah qu'il fallait... que j'avais effectivement un problème d'alcool et qu'il fallait prendre ça en compte et voilà »

Et pour une patiente la sensation que son médecin traitant était incapable de répondre à sa demande :

E8- 57 : « Bah j'ai retenu que un médecin traitant... pouvait pas vous aider de ce côté là »

3.2.2. L'accompagnement d'un trouble lié à l'usage de l'alcool en soins de premier recours

Mots pour décrire le médecin traitant lorsqu'il est question d'alcool

Lors des entretiens, j'ai demandé aux patients de donner un mot pour décrire leur médecin traitant lorsqu'il était question d'alcool. On a retrouvé des termes très variables. On a retrouvé surtout un manque de communication, une sensation de « blocage » dans l'abord de la problématique :

E5- 200 à 202 : « Euh... (silence). Comment je pourrais dire ? Un peu un blocage. (Silence). Blocage... bah qui n'ose pas aborder vraiment le sujet. Si ça peut vous aider, je vois pas d'autre mot. »

E9- 99 à 100 : « mais je pense que c'est... on a l'impression que c'est plutôt à nous d'en parler plutôt que de lui nous en parler quoi... »

Mais également des qualificatifs de type « compréhensifs », « attentifs » :

E6- 61à 66 : « Euh bah... quand il est question... Compréhensif, attentif. Ça fait deux. Mais euh... oui compréhensif ouais. Il... j'ai vu d'autres médecins pour ce sujet-là bien avant et, et... et le sujet était abordé plus froidement on va dire. C'était plus... c'était moins chaleureux... mais c'étaient des médecins que je connaissais pas, que je choisissais un peu au moment où je pouvais avoir un rendez-vous et puis voilà. Mais lui, nan lui comme je dis, il m'a laissé parler, il a pas été dans le jugement. »

Qualification de la relation avec le médecin traitant

Manque d'intérêt :

E11- 79 à 81 : alors après je sais pas vraiment, enfin quelle est sa vision de la chose mais j'ai l'impression en fait, que ce sujet-là, l'embête un petit peu et du coup ça doit être pour ça qu'il est pas assez à l'écoute par exemple.

Manque de contact et de suivi :

E11- 71 à 72 : « Alors euh... personnellement moi, je le vois quasiment pas, le médecin traitant on est... nan, nan, on est quand même... on se connaît pas plus que ça finalement. »

Confiance :

E4- 171 à 173 : « Bah c'est... je sais qu'elle est là en cas de problème, elle est à l'écoute quand même. Donc c'est une relation plutôt de confiance je dirais. Voilà »

E10- 55 à 58 : « Mon médecin traitant... bah j'ai pas vraiment de relation avec lui. Je lui fais confiance quand j'ai besoin mais j'y vais tellement peu souvent. Je... voilà quoi. Si j'ai besoin, j'y vais et ça se passe très bien mais bon on peut pas parler de relation quoi. Une relation de confiance mais une relation très épisodique. »

Vision sociétale et rapport avec le médecin traitant

Certains patients ont confié leur interprétation de la vision de la société sur la maladie alcoolique :

E3- 186 à 194 : « Culturellement, c'est vachement culpabilisant, euh... et du coup, y a... enfin c'est un sacré pas, si y a quelques années on m'avait dit tu vas venir parler de ton histoire tout ça, j'aurais dit « non jamais ». Et du coup, je pense qu'il y a aussi beaucoup d'incompréhension de la société et du coup c'est difficile de dire « bon bah voilà moi j'ai un problème avec l'alcool ». C'est plus culpabilisant que de dire « j'ai un cancer ». Parce que si vous dites j'ai un cancer ou j'ai un bras cassé, on va vous dire « oh mon pauvre ». Si tu dis « j'ai pas le moral » on va te dire « secoues toi un peu », et puis si tu dis « et ben là je suis en dépression et puis je consomme trop d'alcool » on va te dire « arrêtes », problème résolu. »

Les patients pouvaient ressentir un jugement de la part de leur médecin traitant :

E2- 51 à 52 : « Je ne vais pas voir mon médecin traitant parce que euh... voilà je me sens jugée par mon médecin traitant. »

Pour certains, le médecin paraissait imprégné de cette vision sociétale stigmatisante, peut-être plus marqué chez une « femme » présentant une maladie alcoolique :

E2 – 54 à 58 : « J'ai l'impression que j'entends à travers sa bouche tout, en haut-parleur, tout ce que dit la société sur une femme qui a des problèmes d'alcool, qui est mère de famille et qui devrait donc être responsable et donc voilà... penser à sa progéniture, ne pas voilà... et ça me... et je ne supporte pas d'entendre ça parce que... et je le sais, voilà j'ai l'impression qu'on me fait la morale. »

Réaction du médecin traitant

Au cours de la relation avec le médecin traitant, les patients ont majoritairement décrit leur médecin traitant comme un médecin à l'écoute, qui encourage... :

E1- 241 : « il vous met en confiance »

E6- 34 : « Bah il a été à l'écoute, il m'a pas mal laissé parler... »

Mais il persistait un manque de communication :

E5- 230 à 232 : « il aurait pu me poser des questions aussi. Savoir si je continue à le voir, comment ça se passait, ce qu'il en dit. Enfin voilà, être un peu plus curieux sur sa patiente »

E9- 63 à 64 : « Oh bah plutôt bien, mais à part dire qu'il faut se soigner, voilà quoi. C'est pas... je vois bien qu'il s'étale pas trop sur le sujet quoi. »

Renforcement positif

Parmi les patients interrogés, trois d'entre eux ont parlé de renforcement positif, d'encouragements dans leur prise en charge. Pour une autre, à l'inverse, il manquait justement ce renforcement :

E1- 232 à 233 : « Souvent, je le dis, je dis « merci docteur » et il me dit « c'est vous, parce que c'est vous qui faites un effort ». »

E10- 89 à 90 : « Ah bah je pense qu'il le comprend, la seule fois où on l'a évoqué il m'a encouragé, il m'a dit « bah c'est bien, vous avez fait ce qu'il fallait ». »

Informations / Conseils

Quatre patients ont eu l'impression d'avoir reçu des informations satisfaisantes sur la pathologie, les complications, la prise en charge et des conseils de qualité :

E1- 81 à 83 : « c'est-à-dire qu'il me conseille, parce qu'il me conseille avec mon âge. Je peux attraper des cirrhoses, des choses qui peuvent aggraver ma situation et qui peuvent même aller jusqu'au décès. »

E6- 176 à 177 : « Après, c'est vrai qu'il m'a assez vite, entre guillemets, quand on a abordé le sujet, alerté sur toutes les défaillances qui pouvaient venir avec »

Deux autres participants ont mis en avant un manque de conseils qu'ils auraient alors aimé recevoir :

E8- 252 : « Il conseille mal, ouais il conseille pas »

E10- 65 : « Bah il soutient les démarches, ouais... mais autrement il donne pas vraiment de conseils. »

Attentes vis-à-vis du patient concernant la relation de soins

Concernant les patients n'ayant pas d'attentes, il s'agissait des patients qui ont mis leur médecin traitant de côté pendant leur suivi en addictologie :

E4- 342 : « Non franchement rien de spécial. »

E11- 71 : « Alors euh... personnellement moi, je le vois quasiment pas »

Ensuite, on retrouvait des attentes de type bienveillance ou d'empathie :

E2- 189 à 193 : « voilà je voudrais vraiment rencontrer un généraliste plus... plus bienveillant par rapport à cette question-là, enfin mieux... enfin mieux être tout bêtement. Parce que, et puis ça dépend... voilà ça c'est en dehors des qualités voilà, y a des gens qui savent être et qui ont le contact machin, empathie, truc et puis y a le fameux médecin qui a la main sur l'ordonnancier et quinze minutes, allez (Rires). »

Mais également une recherche de valorisation, d'encouragements :

E2- 196 à 200 : « Et bah qu'on valorise... et bah déjà qu'on me demande... parce qu'il s'est jamais renseigné trop sur... est-ce que vous allez... c'est que des voilà, « pensez à votre enfant, votre machin, vous êtes jeune, vous avez une belle vie », voilà que des données machin, mais pas valoriser ce qui a déjà été fait : « Vous allez au CSAPA », voilà, « est ce que vous continuez vos RDV ? ». »

E5- 119 à 120 : « Enfin, je sais qu'ils sont pas psychologues mais il aurait fallu qu'il me soutienne un peu plus. »

Les participants mettaient en évidence la recherche d'un temps de communication et d'écoute :

E10- 81 à 82 : « bah j'aimerais bien qu'il me pose la question « Comment ça va ? Où ça en est » et oui qu'il s'y intéresse quoi. »

E11- 109 à 110 : « Euh... Bah oui je pense que si y avait plus de communication euh... oui à mon avis y aurait un meilleur suivi mais... mais bon »

L'ouverture d'esprit était aussi un élément retrouvé, et dont un défaut d'ouverture pouvait être associé à un problème de génération :

E2 187 à 190 : « Donc, peut-être qu'un généraliste un peu plus jeune serait un petit peu plus ouvert à... à ce type... voilà je voudrais vraiment rencontrer un généraliste plus... plus bienveillant par rapport à cette question-là, enfin mieux... enfin mieux être tout bêtement »

E11- 144 à 145 : « Euh j'aimerais qu'il soit un peu plus ouvert sur le sujet, qu'il prenne un peu plus de temps. »

Patient hermétique

Certains patients reconnaissent ne pas s'être sentis prêts à être pris en charge au moment où le médecin traitant aurait pu proposer des solutions :

E7- 60 à 62 : « Ben disons qu'à ce moment-là, comme moi j'étais pas prête, euh mes réponses étaient négatives, enfin il a bien compris que même si il m'en parlait j'étais pas réceptive et que c'était pas le moment. C'est moi en fin de compte qui l'ai bloqué à ce niveau-là. »

Pour d'autres, il aura fallu attendre des procédures administratives ou judiciaires :

E2- 31 à 35 : « Mais voilà... de ne plus... et en fait il a fallu qu'il y ait un signalement avec... voilà que j'arrive dans un état très très problématique... pour porter mon fils et qu'on ait vu que... voilà... que j'étais pas capable de veiller sur lui de façon responsable à ce moment-là, pour qu'on fasse un signalement et qu'on me donne l'adresse du CSAPA et... voilà. Et, donc depuis je suis suivie, ça va faire cinq ans par le docteur G. dans ces locaux »

3.2.3. La mise en lien avec le soin de second recours et la place du médecin traitant dans le cadre d'un suivi spécialisé addictologique

Le médecin traitant comme entrée dans le soin spécialisé de second recours

Le médecin traitant a adressé cinq patients sur les onze à différentes structures spécialisées notamment en addictologie puis en psychiatrie, aux urgences et en service de gastro-entérologie :

E1- 6 : « Non, il m'a envoyé faire des cures. »

E3- 57 : « Alors, elle a eu la gentillesse de m'orienter donc vers cet organisme et vers un psychiatre »

A l'inverse, un patient s'est exprimé sur le regret que son médecin traitant ne l'ait pas adressé en service spécialisé :

E6- 187 à 194 : « Je pense que, après j'ai plus vraiment le souvenir de si il l'a fait, mais c'est peut-être plus essayer d'amener vers d'autres spécialistes, entre guillemets, orienter, proposer en fait. Euh... un psychologue, ce genre de chose. Je me souviens plus si on en avait parlé ou pas à l'époque mais voilà, peut-être plus orienter euh... surtout côté psychologue, parce que sur le côté thérapeutique un médecin généraliste qui connaît le sujet est aussi efficace qu'un addictologue dans une unité, il sait de quoi il parle y a pas de soucis mais c'est plus sur le côté psycho, euh... le côté parole. »

Appréhension avant l'entrée dans une structure spécialisée

Trois patients ont déclaré avoir eu des craintes avant leur premier rendez-vous en centre d'addictologie :

E10- 32 à 34 : « Donc on sait qu'on est au bon endroit. Mais c'est vrai que tant qu'on a pas été pour la première fois, on peut pas se douter de comment ça se passe, ce qui est d'ailleurs effrayant au départ. »

E5- 45 à 49 : « Oui, oui j'avais peur. J'avais peur qu'on me juge, j'avais peur à la réaction... euh à leur réaction vis-à-vis de moi. C'est vrai que nous on est dans l'inconnu, on sait pas comment les gens vont le prendre, c'est surtout ça. Et pour moi, c'était pas une maladie, c'était...autre chose... je sais pas exactement comment vous expliquer ça. Pour moi, c'était une honte déjà. Honte, et je savais pas assumer ce problème-là. »

Qualification de la relation avec l'addictologue

J'ai également demandé aux patients de qualifier la relation qu'ils entretenaient avec leur addictologue et on s'est rendu compte qu'on retrouvait uniquement des qualificatifs positifs de type absence de jugement, confiance, écoute, facilité pour se confier :

E5- 51 à 55 : « Super. Au contraire, elle m'a fait comprendre avec des mots simples que j'étais quelqu'un de bien, que j'avais un soucis et qu'on allait réussir à résoudre ce problème ensemble. Qu'il fallait pas que j'aie peur et fallait vraiment lui faire confiance. Et ce que j'ai fait, et franchement ça soulage énormément, d'avoir quelqu'un derrière qui vous soutient, qui vous juge pas, qui vous rabaisse pas non plus. »

E8- 45 à 48 : « Tandis que après quand je suis arrivée en Normandie, qu'on m'a pris au B. trois mois après, le Dr L. a eu une autre réaction, qui était bien, j'étais très à l'aise avec lui. Il faut quand même être à l'aise avec la personne que vous avez en face sinon ça le fait pas. »

Prise en charge par l'addictologue

Durant les entretiens, les patients m'ont donné leur ressenti sur leur prise en charge par les différents addictologues et certaines notions sont revenues régulièrement comme la satisfaction d'avoir un suivi régulier, le renforcement positif et la prise en charge psychologique associée. Et en ce qui concerne le référent vers qui ils avaient l'habitude de se tourner en cas de problème aigüe lié à l'alcool, ils ont quasiment tous répondu : leur addictologue :

E7- 192 à 193 : « Euh si je devais avoir un problème demain, c'est le réseau d'addictologie que j'appellerais. »

E10- 187 à 192 : « Bah justement ça m'est arrivé après le confinement, et... bah là j'avais plongé et du coup j'avais téléphoné au centre parce que c'était compliqué pour avoir un RDV avec euh justement les règles sanitaires, donc il m'avait dit « bah allez consulter votre médecin traitant ». Et moi j'avais dit « Non, je vais pas voir le médecin traitant. Pour ça, je préfère venir vous voir vous, c'est vous qui êtes plus adaptés pour s'occuper d'un sevrage ».

Ils ont également avancé le fait que l'addictologue soit spécialisé dans ce domaine :

E1- 166 à 169 : « Mais c'est ici hein ! Euh...c'est le CSAPA avec le Dr B. puisque c'est lui qui fait le pivot même de l'alcool, qui nous suit, parce que nous sommes un groupe, quand nous sommes dans la salle chacun a son parcours donc l'intervenant c'est Dr B. c'est lui l'alcoolologue. »

E4- 310 à 312 : « Addictologue, c'est pas pour rien que ça existe. Si bien, que ça demande une spécialité. Enfin moi je l'ai compris en venant ici. Je me suis dit enfin ! Enfin eux ils comprennent ! Eux ils savent de quoi ils parlent ! Ça n'a rien à voir, c'est pas pareil. »

Absence d'évolution de la relation bornée à une prestation de soins

Au cours du temps, on pouvait voir que les patients avaient tendance à mettre le médecin traitant de côté concernant leur pathologie en lien avec l'alcool :

E8- 146-150 : « Bah moi elle a pas évolué du tout puisque moi de toute façon quand j'y vais c'est juste pour avoir mon ordonnance de médicaments et puis c'est tout. Après, il va me demander comment ça va, il va prendre la tension et puis c'est tout. Et puis moi je vais lui dire ça va et puis c'est tout, et même si ça va pas, je vais lui dire ça va. J'ai pas envie de rentrer avec lui dans des détails. »

E10- 85 à 86 : « Il me semble, que je suis pas du tout allé le revoir depuis la fois où il avait eu connaissance de, du problème. »

Problème aigu lié à l'alcool

La majorité des patients se tournaient spontanément vers l'addictologue. Deux patients avaient totalement refusé d'aller voir leur médecin traitant en cas de problème aigu lié à l'alcool :

E2- 104 à 108 : « mais j'ai conscience que si... que si j'avais une meilleure relation avec mon médecin traitant, j'aurais été beaucoup plus facilement vers ce professionnel dans des moments où ça n'allait pas plutôt que de rester à deux, trois jours, quatre jours dans des états pas possibles. Et donc c'est vrai que pour ce qui est... c'est dommage, c'est dommage. »

E3- 202 à 204 : « J'irai le voir, j'irai le consulter mais pour un... voilà pour un virus mais pas pour l'alcool. Parce que j'ai peur de le déranger, j'ai peur de lui faire perdre son temps et je sais que j'ai la chance d'être pris en charge ici et par un psychiatre. »

Tandis que trois autres envisageaient la possibilité d'avoir recours à leur médecin traitant pour certains types de problèmes liés à l'alcool :

E6- 272 à 274 : « si mon médecin, si Docteur L. avait été à une distance acceptable pour mes jambes, je pense que je serais allé le voir, presque plus facilement que l'addictologie. »

E7- 86 à 87 : « Mais je sais aussi que si j'avais un soucis à ce niveau-là, j'irais lui parler. Maintenant, oui, sans problème. »

Implication

Certains patients ressentaient également un manque d'implication de leur médecin traitant :

E2- 164 à 168 : « les urgences ont aussi envoyé le rapport au médecin traitant, il m'a jamais fait le retour sur mes hospitalisations que j'aurais eu en urgence et tout. Donc en fait, le fait qu'il les évoque pas, je me suis dit est ce que...est-ce que... il ouvre seulement les lettres qu'on lui envoie, ou c'est sa secrétaire qui le fait et il regarde même pas mon dossier avant que je vienne en consultation. »

E5- 384 à 387 : « maintenant je m'en moque mais avant quand j'étais vraiment dans cet état là et qu'il savait que je voyais mon addicto euh... déjà la contacter pour savoir ce qu'il en était avec sa patiente, ce qu'il pouvait faire. Soit m'appeler pour savoir comment ça se passait avec mon addicto, si ça se passait bien, où j'en étais. »

Suivi

Trois patients ont parlé d'un manque de suivi dans la prise en charge :

E9- 112 à 114 : « Bah peut être qu'il devrait en parler un peu plus, des fois. Me demander comment ça va, si du point de vu alcool ça va ou quoi. Ça serait peut-être mieux je pense. Parce que c'est vrai que de ce côté-là, on en parle pas souvent en fait. »

E5- 214 à 217 : « C'est totalement différent parce que oui, euh très bien, très bonne idée. Moi, mon médecin, il me demande jamais de mes nouvelles. C'est quand je vais faire une consultation pour un rhume, pour quoi que ce soit, euh... il va pas me demander si ça va, si je tiens le coup etc., des choses comme ça. Y a pas de suivi, y a aucun suivi. »

Deux participants ont poursuivi leur suivi avec leur médecin traitant en parallèle du service d'addictologie, tout en mettant en évidence une difficulté logistique ressentie de prise de contact :

E1- 74 à 75 : « bah de toute façon le suivi... à partir du moment où il y a le suivi ça se passe bien. »

E6- 83 à 86 : « il faut un soutien médical plus... qui est peut-être plus évident dans une unité spécialisée que avec un médecin traitant où les rendez-vous sont pas toujours faciles à prendre, ce genre de choses, donc euh c'est vrai que j'ai été très vite suivi pour ça tout en gardant quand même un contact avec le médecin traitant »

3.2.4. Les spécificités du médecin traitant dans la prise en charge de l'alcool au quotidien

Connaissances du médecin traitant

Des participants ont mis en évidence une carence de « connaissances » :

E3- 54 à 55 : « Là je dis pas qu'elle connaît pas, mais on sent, oui, qu'elle a pas prise à cent pour cent là-dessus quoi. »

E8- 60 à 61 : « Ils peuvent peut-être vous conseiller, vous aider mais moi je trouve qu'ils connaissent pas très bien cette maladie. »

D'autres participants estimaient leur médecin à la hauteur de la rencontre médicale :

E6- 175 : « Euh... bah je pense qu'il est au point. »

E10- 148 : « et puis il doit un peu connaître les choses »

Formation

Les patients pensaient en général que leur médecin manquait de formation :

E2- 182 à 184 : « les généraliste dont le cursus... dans vos études de médecine semble-t-il que l'addictologie c'est pas le volet le plus étendu que vous ayez (Rires). »

E10- 98 : « euh faudrait une formation en addictologie »

Parfois en lien avec un manque de temps :

E4- 383 à 386 : « elle, elle a cinquante-cinq ans, je pense qu'elle a perdu le fil de pas mal de choses. Mais c'est par manque de temps aussi, certainement. Quand on a une vie de médecin, comme on la connaît aujourd'hui, j'imagine bien qu'elle doit avoir peu de temps pour se tenir au courant d'un tas de chose. »

Deux patients ont suggéré des idées de formation pour leur médecin traitant :

E6- 337 à 340 : « si à la rigueur essayer de venir voir ce qui se passe dans ce genre de groupes de parole. D'y participer une fois de temps en temps dans l'un ou l'autre histoire de pouvoir à la rigueur, quand on oriente vers ce genre de choses, savoir un peu plus comment ça peut se dérouler. »

E8- 274 à 276 : « Ou soit, qu'il fasse une formation dans ce domaine-là. Qu'il aille au centre d'addictologie, qu'il fasse des formations, des stages, pour comprendre un peu ces personnes-là, et voir avec ses collègues de là-bas. »

Prise en charge centrée sur la prescription médicale

En effet, une grande partie des patients interrogés ressentaient que la prise en charge était centrée sur la prescription médicamenteuse, pour certains le médecin se réfugiait derrière son ordonnancier :

E3- 93 à 96 : « C'est-à-dire que j'ai l'impression que le médecin, mais ça c'est pareil c'est en France c'est comme ça. J'ai l'impression que le médecin, à partir du moment où il a fait une belle ordonnance, il a bien fait son travail alors que dans des problématiques comme la mienne, j'attends pas ça. »

E4- 462 à 467 : « Bah parce qu'elle pense... elle pense que si elle ne fait pas son ordonnance, quelque part, elle n'aura pas fait son boulot. Mais moi c'est pas forcément ce que j'attends d'elle. Mais elle pense peut-être que c'est ce que j'attends d'elle. Parce que forcément, en tant que médecin, bah ils le savent bien les médecins que y a quatre-vingt-dix pourcents de leurs patients qui souhaitent ressortir avec cette ordonnance, en sentant qu'ils ont été écoutés, pris en charge. »

Prise en charge psychologique

Plusieurs patients se plaignaient d'un manque de prise en charge sur le plan psychologique, de recherche d'étiologie à leur consommation d'alcool, qu'ils retrouvaient en revanche chez leur addictologue :

E4- 142 à 145 : « Tout ça pour dire, oui, c'est comme si elle pouvait m'apporter qu'une aide médicamenteuse. Ou elle m'aurait proposé du Baclofène ou autre chose. Si je lui avais pas dit que moi j'avais trouvé ma solution, en dehors des médicaments elle pouvait rien m'apporter d'autre elle. »

E5- 180 à 181 : « Il a jamais cherché à parler trop, comment... de mes soucis, il a jamais cherché à comprendre ce que j'avais. »

Savoir-faire

Les médecins semblaient manquer d'expérience d'après les patients, notamment de l'expérience qu'ils pourraient acquérir au contact de leurs confrères addictologues d'après eux :

E5- 426 à 430 : « Et ben déjà qu'il... qu'il puisse avoir des conseils de ses collègues en addicto ou psychologues aussi, qui sont en addicto aussi, ça, ça serait très bien, parce que ce sont des gens qui peuvent les conseiller, euh... leur donner des renseignements et puis aussi savoir comment aborder le sujet avec le patient, sans le brusquer. Et je pense que ça, ça serait une chose qui pourrait vraiment améliorer les choses. »

E11- 186-188 : « Après je pense enfin, c'est vrai que lui il est plus spécialisé mais il a beaucoup plus d'expérience dans le domaine de l'alcool que le médecin traitant, c'est sa spécialité quoi. »

L'expérience pouvait aussi selon certains participants s'acquérir par le récit même des patients :

E2- 224 à 228 : « Ca je pense que ça dépend, ça dépend vraiment du, voilà du caractère aussi du praticien, si lui aussi est capable de s'enrichir au contact du patient mais qu'il ne voit pas que l'ordonnancier. Et de voilà, si... voilà. Je pense qu'un professionnel de santé soucieux de son patient et qui se renseigne correctement et tout fatalement s'enrichit aussi de ce qu'il lui délivre et tout, voilà. »

E4- 117 à 124 : « Un peu comme avec la psychiatre, elle a surtout été intéressée euh... par mon histoire avec les alcooliques anonymes. Parce que moi je sais que les soignants et les médecins, ils ont vachement de mal à soigner leurs patients aux prises avec l'alcool. Et quelque part, quand ils ont un patient qui a eu la chance de trouver sa solution, dans ce genre de... que ce soit les alcooliques anonymes ou je sais pas... Bah c'est pas que ça les arrange mais... je sais pas comment dire, c'est toujours intéressant pour eux, à entendre comme expérience, je pense. »

D'après les patients, l'acquisition de plus d'expérience permettrait au médecin traitant d'être plus à l'aise pour aborder le sujet :

E6- 150 à 152 : « l'expérience permet de, d'être plus à l'aise, je pense, avec le sujet, de mieux savoir aborder les choses avec ses patients »

E10- 128 à 131 : « Ah bah de toute façon oui, dans la carrière au fur et à mesure l'expérience vient, comme dans tous les métiers, mais du coup effectivement, un médecin qui a cinquante ans doit pouvoir être capable je pense, de... de discuter de ça avec ses patients » . »

Professionnalisme

Des participants interrogés semblaient penser que le médecin traitant n'était pas spécialisé en addictologie et que son rôle était de prendre en charge des problèmes non liés à l'alcool :

E7- 149 à 150 : « Euh... parce que pour moi c'est pas son travail, ça rentre pas dans son cadre de compétences. »

E10- 40 à 42 : « Parce que pour moi le médecin traitant, c'est pour euh bah les maux de tous les jours, c'est-à-dire les éventuelles gripes, les vaccins, pour les enfants aussi surtout, mais pas pour discuter d'un problème d'alcool quoi. »

Pour eux, le médecin traitant était mis de côté dans cette prise en charge pour plusieurs raisons :

E2- 81 à 83 : « Et à ce moment-là, j'ai trouvé que l'oreille de l'addictologue était bien plus bienveillante et c'est vrai que je me suis dit, c'est le médecin qui me convient, et pas mon généraliste. Je l'ai mis un petit peu de côté en fait. »

E7- 164 à 165 : « Oh bah pour moi, nan c'était pas à lui de le faire, moi j'avais Dr M. l'addictologue, qui était là, donc mon médecin n'avait rien à voir, à faire au niveau médical. »

Parfois, c'était le médecin traitant, lui-même, qui semblait se mettre de côté :

E10- 169 à 171 : « mais comme il sait que je suis déjà en main, il me pose pas plus de questions que ça par rapport à mon problème puisque pour ce problème là je consulte le Dr B. »

Pour deux autres patients, l'addictologie ne semblait pas être une priorité pour leur médecin traitant :

E3- 105 à 110 : « J'ai l'impression qu'elle se dit « je perds du temps, parce que j'ai des malades, j'ai un bébé qui fait une bronchiolite, j'ai ci, j'ai ça », ils ont une vie débordée, et oui j'ai cette impression que bah c'est pas son rôle ou c'est pas le rôle qu'il s'attribue. Lui il se dit, y a des associations qui existent, y a des psychiatres, c'est leur boulot, moi c'est mon boulot mais à la fois... oui nan c'est un rendez-vous qui est pas urgent quoi. »

E11- 161 à 163 : « Non, je pense que c'est uniquement par rapport à l'alcool, après je sais pas les raisons exactes, euh... j'ai vraiment l'impression qu'il accroche pas sur le sujet, ça l'intéresse pas du tout, il écourte et il bâcle et puis rendez-vous d'après. »

Des participants reconnaissaient le rôle du médecin généraliste pour son rôle central dans la connaissance du système familial ou dans sa connaissance du réseau professionnel :

E1- 262 à 266 : « le médecin généraliste c'est c'est... c'est comme un père de famille, c'est lui qui éduque ses enfants, qui fait le tout dans le circuit de la famille, donc c'est ça le médecin. C'est le monsieur qui vous connaît, qui connaît votre dossier médical. Voilà, donc c'est lui qui peut vous dire, ça ça va pas, ça ça va... Voilà. »

E5- 238 à 241 : « Le généraliste est là pour prévenir et conseiller. Enfin... euh je dis pas qu'il est incompetent, au contraire, ce sont justement les premiers à pouvoir voir le problème d'une personne qui a un problème d'alcool pour justement les orienter vers les bonnes personnes »

Savoir-être

Cette notion intéressante est également revenue dans certains entretiens :

E3- 137 à 141 : « Oui, euh... le médecin généraliste, je pense qu'il est lui-même imprégné, bon il est ouvert, il est... mais il est imprégné de tout un tas d'images, de préjugés, de représentations qui font que malgré lui, il va se réfugier vers un traitement médicamenteux, parce qu'en fait il a du mal, je pense, à se détacher d'une espèce de gêne finalement, il est gêné presque davantage que le patient. »

E2- 367 à 375 : « Et ben, à la limite, qu'il prenne... je sais pas... qu'il prenne en compte, voilà, parce que c'est vrai, on dit que l'alcool c'est une maladie mais quand même, j'ai l'impression que les maladies qu'on a pas choisi : défaillance cardiaque, se fêler le fémur... Ça c'est des vraies maladies, des trucs, machin... Tandis que l'addictologie, c'est à la liberté du consommateur et donc voilà, j'ai pas l'impression que ce soit pris en compte comme une vraie maladie, que c'est plus euh... un défaut de gestion du malheureux patient, il sait pas faire il a pas de chance. (Rires). J'aimerais bien que mon médecin généraliste se dise un peu plus que c'est un vrai... voilà que c'est une vraie maladie et pas euh... et pas une faiblesse de l'âme de son patient. »

Attentes de prise en charge

Concernant les attentes des patients au sujet de leur prise en charge, on retrouvait en majorité une attente de prise en charge psychologique du problème sous-jacent :

E8- 235 à 238 : « bah déjà faut pouvoir discuter avec le patient, la personne, voir ce qui l'a mise dans un état comme ça, ce qui a pu vraiment développer le besoin d'alcool, de tout, pour pouvoir l'aider. Après faut déjà voir la source de ce problème là, ça c'est sûr. »

E3- 70 à 72 : « ce que j'attends du suivi plus général, en fait, c'est... bah de trouver des clés, de trouver des clés et aussi de poursuivre un suivi qui me fasse pas oublier qu'y a un problème derrière. »

Ensuite, les patients auraient aimé que leur médecin améliore ses connaissances sur l'addiction à l'alcool :

E5- 300 à 303 : « Euh, bah voilà qu'il prenne plus... bah qu'il se renseigne plus sur les problèmes d'alcool, sur ce que ça fait, pour pouvoir en parler avec ses patients. Euh, les prévenir de ce que ça peut faire, euh... bah en fait, essayer de comprendre les problèmes liés à l'alcool pour avertir ses patients. »

E11- 174 à 175 : « je pense pouvoir trouver un médecin traitant qui est un petit peu mieux calé sur le sujet quoi. »

Ils attendaient d'obtenir davantage d'informations, ou de conseil :

E6- 125 à 129 : « et puis de la franchise parce que... parce que il faudrait pas qu'un médecin, bah il aurait pas fallu qu'il me dise « Tu vas voir ça va s'arranger, tu prends ça trois fois par jour et puis dans deux semaines c'est bon c'est réglé » et euh voilà la franchise quant à la difficulté de sortir du produit. »

E8- 362 à 366 : « Oui y avait beaucoup d'appréhension, et je pense qu'on a beaucoup d'appréhension de ce côté-là. Après déjà, c'est à nous d'accepter la maladie et donc d'accepter ce que l'on a. Ca le médecin traitant il pourrait nous aider à nous le faire connaître. De faire comprendre que c'est pas, que c'est pas la peste qu'on a.... et le regard des autres, faut essayer d'oublier le regard des autres sur nous. »

E11- 167 à 168 : « qu'il puisse être plus à l'écoute et pourquoi pas me donner des conseils autres que ceux de mon addictologue. »

Certains participants estimaient que le suivi global mériterait d'être optimisé :

E9- 112 à 113 : « Bah peut être qu'il devrait en parler un peu plus, des fois. Me demander comment ça va, si du point de vue alcool ça va ou quoi. Ça serait peut-être mieux je pense. »

E10- 81 à 82 : « bah j'aimerais bien qu'il me pose la question « Comment ça va ? Où ça en est » et oui qu'il s'y intéresse quoi. »

Comme pour les attentes concernant la prise en charge, une partie des patients n'attendait rien du médecin traitant car pour ces patients le médecin traitant ne pouvait pas apporter la bonne réponse :

E8- 155 à 156 : « De lui j'attends rien. Comme je vous dis pour moi c'est pas la personne qui... qui peut m'aider. Après moi j'ai mon suivi avec mon médecin en addictologie, y a un suivi derrière, vous êtes très bien pris en charge et tout ça. »

E11- 94 à 96 : « Euh... je sais pas vraiment, parce que moi, tout ce qui est traitement, c'est mon addictologue qui s'en occupe. Alors un médecin traitant, je sais pas vraiment s'il pourrait faire quelque chose de plus. »

Certains attendaient de leur médecin qu'il soit plus directif, qu'il donne un cadre de prise en charge :

E2- 333 à 341 : « Ben à la limite, je sais pas, parce qu'il m'avait dit « ça serait bien de vous voir tous les mois, pour parler de ça », mais c'était un truc euh... une suggestion qu'il avait laissé à... à ma... à moi, enfin c'est moi qui devais le faire. Peut-être que, il m'aurait dit « je vous donne rendez-vous dans un mois, venez me voir... » ça serait... voilà, un truc à... que... en général quand on laisse des choses à ma propre... dans ces cas-là j'ai plus tendance à pas y aller, j'avoue. Peut-être que si il m'avait... voilà que si ça avait été fait de façon plus, plus... directeur voilà, voilà de façon, comme pour dire voilà « c'est ce qu'il faut aussi pour votre traitement, c'est que vous veniez me voir », voilà qu'il me fasse vraiment comprendre qu'il n'est pas qu'un facteur... »

E5- 191 à 194 : « je pense qu'il s'est pas rendu compte qu'il fallait vraiment un peu plus de conseils et m'inciter un peu plus, parce que c'est mon médecin c'est pas comme si c'était mon mari, mon mari je l'aurais peut-être pas écoutée, que mon médecin bon bah voilà c'est un médecin. »

Temps accordé en consultation

Neuf patients sur onze se plaignaient d'un manque de temps en consultation. En effet, le temps prévu en consultation n'était pas adapté selon eux à une prise en charge addictologique :

E3- 156 à 156 : « le médecin il a face à lui quelqu'un qui fait un gros effort de faire une démarche et qui a besoin, bon bah souvent c'est lié à un problème psy derrière, donc qui a besoin d'un temps long, et lui il est sur un temps court et donc c'est pas compatible, j'ai l'impression. Même s'il est super pro, même s'il voudrait, c'est... c'est le problème, c'est que la médecine est sur un temps court alors que la problématique, elle, elle demande un temps long. »

E6- 211 à 215 : « Bah le temps. Il leur manque du temps. L'air de rien engager une discussion, bah les consultations elles sont pas étirables, ils ont beaucoup de travail, énormément de travail et plus tous les à côté qu'ils ont à faire et une consultation quinze, vingt, vingt-cinq minutes c'est court pour euh... surtout qu'une personne malade alcoolique qui est encore dans le produit mais qui veut arrêter c'est une vraie pipelette quoi. »

Mais quatre patients estimaient que leur médecin généraliste arrivait à s'adapter en termes de disponibilité en fonction des besoins du patient :

E1- 153 à 155 : « selon ses règles parce que peut-être on peut rester une demi-heure ou bien un quart d'heure ou bien... puisque ça dépend de la clientèle qui attend dans la salle d'attente. »

E4- 187 : « Enfin, elle, elle prend facilement plus si y a besoin, ou moins si y a pas besoin de plus. »

Aménagements proposés

Evidemment, les patients attendaient de leur médecin traitant d'avoir plus de temps lors de la consultation mais tout en étant conscient de la difficulté pour le médecin traitant à trouver ce temps :

E2- 313 : « Oh s'il allait vers le quart d'heure, voire les vingt minutes, ce serait merveilleux ! »

E3- 206 à 207 : « Oh bah, des rendez-vous plus longs, et une notion temporelle qui ne soit pas la sienne mais celle du patient. »

Concernant les aménagements, plusieurs propositions ressortaient telles que le fait de connaître le motif de consultation à l'avance pour prévoir un créneau plus long, revaloriser les consultations d'addictologie, prévoir une plage horaire en cas de problème aigu lié à l'alcool ou encore de créer des groupes de soutien :

E4- 393 à 397 : « en fait il faudrait, je sais pas si ça existe déjà, mais il faudrait des consultations euh... voilà si elle reçoit un enfant qui vient pour une angine, elle sait qu'en quinze minutes c'est réglé. Mais si elle reçoit un patient qu'elle suit pour dépression, il faudrait d'ores et déjà qu'elle sache qu'il lui faut sa demi-heure, ou je sais pas. Quitte à ce que la consultation coute plus chère. »

E6- 299 à 301 : « Euh, après c'est vrai que, il peut, alors je sais pas hein, j'imagine, mettre en place des plages horaires sur lesquelles il peut être joignable par téléphone ou ce genre de choses quand y a... si y a un souci »

4. Discussion

4.1. Force de l'étude

4.1.1. Type d'étude

L'étude qualitative par entretiens semi-dirigés a permis de recueillir des données riches concernant l'opinion des patients sans qu'ils soient influencés par les réponses que proposerait un questionnaire dans le cadre d'une étude quantitative.

Le choix d'entretiens individuels a permis l'expression de sentiments personnels, touchant parfois à l'intime dans ce qui définit une relation de soins.

Le fait de ne pas avoir transmis le sujet précis avant la réalisation de l'entretien a permis d'optimiser l'authenticité et la spontanéité du discours des patients.

Le fait d'avoir donné le choix aux patients de la modalité de la réalisation des entretiens (horaire et mode de communication type visioconférence ou téléphonique) a permis une meilleure disponibilité de ces derniers.

4.1.2. Formation de l'investigatrice

L'investigatrice a été initiée à la méthode qualitative par l'intermédiaire de son directeur de thèse et a participé à un atelier de formation à l'étude qualitative mené par le Département de médecine générale de l'université de Caen.

L'investigatrice a assisté à des consultations d'addictologie en structures spécialisées, lui permettant d'aborder plus facilement les problématiques en lien avec l'alcool.

Enfin, l'investigatrice a approfondi ses connaissances en analyse transversale grâce au manuel d'« Initiation à la recherche » de l'association française des jeunes chercheurs en médecine générale (28) et au « Manuel d'analyse qualitative » de Christophe Lejeune (29). Elle a également approfondi ses connaissances en matière d'entretien motivationnel grâce à l'ouvrage suivant « Pratique de l'entretien motivationnel » de Stephen Rollnick et William R. Miller (30).

4.2. Limite de l'étude

4.2.1. Limite d'investigation

Malgré les moyens mis en place par l'investigatrice pour se former à la recherche qualitative, l'investigatrice ne possède cependant que peu d'expérience ce qui constitue une difficulté d'investigation.

Il est à noter également que les quatre premiers entretiens se sont déroulés dans une salle de consultation isolée, de la structure dans laquelle le patient a été recruté. Mais, à la suite de l'épidémie de Covid 19, il a été nécessaire de réaliser les entretiens suivants à distance, en visioconférence ou par téléphone en fonction des moyens de communication des patients.

Ce changement de mode de communication a pu entraîner des difficultés lors de la réalisation des entretiens et donc renforcer ces limites d'investigation.

4.2.2. Limite d'interprétation

L'analyse a été effectuée par l'investigatrice seule. Il n'y a pas eu de double codage et de triangulation des données, ce qui a pu entraîner une moindre richesse de la variété des codages et de la structuration des thématiques.

4.2.3. Choix de l'approche

Une approche par analyse interprétative phénoménologique aurait probablement été plus adaptée pour explorer plus en profondeur les ressentis intimes des patients et proposer des hypothèses sociologiques inhérentes à cette population de patients. Mais notre faible expérience dans ce domaine nous a incités à nous en tenir à une approche inductive descriptive, plus en surface, se limitant aux seuls thèmes évoqués par les participants.

4.2.4. Choix de la population étudiée

Nous avons choisi, dans le cadre de ce travail, de questionner une population de patients strictement suivis en consultation spécialisée d'addictologie.

L'échantillon de participants analysés pose donc le problème de l'hétérogénéité des patients suivis pour un trouble lié à l'usage de l'alcool en premier et second recours mais ce travail permet de compléter d'autres travaux qui s'étaient déjà intéressés aux patients recrutés lors d'hospitalisation.

4.3. Résultats

4.3.1. Résultats principaux

Cette étude consiste à mieux cerner les attentes des patients vis-à-vis de leur médecin traitant dans le cadre d'une problématique liée à l'usage de l'alcool. Si le rôle du médecin généraliste est défini selon les recommandations de la SFA, il semble cependant partiellement rempli selon certains participants.

Dans notre étude, on constate que le premier intervenant est souvent le médecin traitant. Le sujet est en revanche abordé majoritairement par le patient même s'il semblerait que pour certains participants, ce soit au médecin de réaliser le premier pas. Le sujet peut être abordé à la suite d'une prise de conscience du patient ou encore lors d'une perturbation du bilan biologique. Les patients n'éprouvent par ailleurs pas d'appréhension à en parler avec leur médecin traitant. Ils trouvent souvent de l'aide, du soutien, et des encouragements chez leur médecin traitant. Certains critères semblent avoir un impact sur l'abord de l'alcool, tel que la durée de la relation et le milieu de vie.

Concernant l'accompagnement en soins de premier recours, les qualificatifs utilisés par les patients pour décrire la relation avec leur médecin traitant sont la confiance, la compréhension, l'encouragement, mais également la sensation de blocage de la part du médecin, une difficulté à communiquer et un manque de suivi. Ils attendent de leur médecin traitant une communication adaptée, une ouverture sur le sujet, et la capacité à être bienveillant. Il est également observé dans nos entretiens que certains patients ressentent un certain jugement de la part de leur médecin traitant qui reflèterait d'après eux ce que la société pense d'un patient ayant un trouble lié à l'usage de l'alcool. Les aspects positifs retrouvés et attendus par les patients sont notamment le renforcement positif, les informations et conseils reçus.

Une fois affiliés avec les soins de second recours, c'est-à-dire avec les addictologues, les patients participants à ce travail semblent avoir tendance à mettre leur médecin traitant de côté. Ils ressentent un manque d'implication de ces derniers. Les termes utilisés par les patients pour décrire leur relation avec l'addictologue comprennent uniquement des qualificatifs positifs. C'est à eux qu'ils s'adressent majoritairement pour la prise en charge de problèmes aigus liés à l'alcool.

Pour ce qui est de la prise en charge spécifique du médecin traitant, les participants de cette étude semblent demandeurs de meilleures connaissances et de formations adaptées pour leur médecin traitant. Les patients ressentent régulièrement un manque d'intérêt de la part de leur médecin traitant concernant cette spécialité. Ils reconnaissent le statut du médecin généraliste mais pour eux il n'est pas qualifié pour être le référent addictologique, il est donc régulièrement mis de côté. La notion de prise en charge centrée sur la prescription médicamenteuse revient régulièrement, ainsi que le manque de prise en charge psychologique. La disponibilité est également un problème récurrent, le temps en consultation ne semble pas adapté à la prise en charge spécifique du trouble lié à l'usage de l'alcool.

Aborder l'alcool avec le médecin traitant

- Le premier contact
- Un premier pas souvent réalisé par le patient
- Amorce sur une prise de conscience du patient ou sur une perturbation du bilan biologique
- Peu d'appréhension de la part du patient à aborder ce sujet
- La durée de la relation et le milieu de vie influencent la capacité à aborder le sujet
- Réaction du médecin traitant perçue par le patient : soutien, encouragement, accès à une prise en charge immédiate
- Soulagement du patient suite à l'entretien avec le médecin traitant

L'accompagnement d'un trouble lié à l'usage de l'alcool avec le médecin traitant

- Compréhension, confiance, encouragements
- Manque de communication, "blocage", manque d'intérêt
- Médecin imprégné d'une vision sociétale entraînant une impression de jugement
- Capacité de renforcement positif et délivrance d'informations
- Attentes des patients en terme de relations : communication, bienveillance, empathie
- Parfois patient hermétique au soin de premier recours

Mise en lien avec les soins de second recours et place du médecin traitant

- Orientation par le médecin traitant et parfois par le patient lui-même dans des structures très variées
- Relations et prise en charge par l'addictologue : uniquement les qualificatifs positifs (absence de jugement, confiance, écoute)
- Problèmes aigus liés à l'alcool : prise en charge très majoritairement par l'addictologue
- Une fois orientés vers une structure spécialisée, les patients regrettent un manque de suivi de la part du médecin traitant

Spécificité du médecin généraliste dans la prise en charge de l'alcool au quotidien

- Manque de connaissances et de formations
- Manque d'intérêt pour cette pathologie
- Prise en charge centrée sur la prescription médicamenteuse
- Manque de prise en charge sur le plan psychologique
- Reconnaissance du statut du médecin traitant par les patients
- Manque de disponibilité

4.3.2. Comparaison avec les principaux résultats de la littérature

- **Aborder l'alcool avec son médecin traitant lorsque la problématique n'est pas encore dévoilée**

- Rôle primordial du médecin traitant dans le cadre du dépistage

Les médecins interrogés dans différentes études sont nombreux à penser qu'en tant que premier intervenant, ils ont un rôle de repérage, de dépistage et d'information vis à vis de la consommation d'alcool de leur patient. Ils jouent un rôle central et incontournable (27). Dans la thèse de Johanna Hagege-Arditti, qui porte sur l'évaluation du ressenti des patients alcoolodépendants vis-à-vis du rôle du médecin généraliste dans la prise en charge de leur maladie alcoolique, à la question « le médecin généraliste est-il le mieux placé pour dépister l'alcoolodépendance ? », les patients répondent oui à 81% (31).

- Difficulté de dépistage

Dans notre étude, le premier intervenant est, bien souvent, le médecin traitant, mais le sujet est abordé très majoritairement par le patient lui-même. Dans la thèse de Johanna Hagege-Arditti, le médecin généraliste est, également, rarement le premier à aborder la question de l'alcool avec ses patients (8%) (31). Dans le travail d'Hélène Ambroselli, qui porte sur la confiance et la communication entre le patient et le médecin traitant dans le cadre de l'addiction à l'alcool, 52,4% des patients ayant parlé de leur addiction à leur médecin traitant déclarent que c'est leur médecin qui a abordé le sujet de l'alcool (32).

Plusieurs causes sont mises en avant dans la littérature pour expliquer cette difficulté d'approche de la part du médecin généraliste :

- Des causes exprimées par les médecins généralistes

Dans la thèse de Jocelyn Collard, qui porte sur les attentes et le ressenti des médecins généralistes dans la prise en charge des patients en souffrance avec l'alcool, les médecins estiment que les patients pourraient s'indigner de questions sur leur consommation d'alcool. Aux yeux des médecins, il semblerait que le fait de dire à quelqu'un qu'il a un problème avec l'alcool le renvoie à une image "d'alcoolique" (33).

On retrouve également cette notion dans une étude de 2017 qui porte sur le rôle et la place du médecin généraliste dans l'accompagnement et la prise en charge des problèmes d'alcool (22). Cette étude s'intéresse au ressenti du médecin généraliste, qui se rapproche du ressenti des patients que nous avons pu interroger. On retrouve cette appréhension à aborder le sujet de la part des médecins de peur de paraître trop intrusifs. Ils considèrent que ce sujet est encore tabou. Ils s'interrogent sur la meilleure façon de l'aborder sans brusquer les patients. Pour ces médecins, poser la question initialement et de manière systématique ne sera pas forcément efficace, les patients risquent selon eux de se braquer, de ne pas répondre sincèrement. Les médecins prennent donc le temps de discuter avec leurs patients, d'instaurer un climat de confiance, une bonne relation avant d'aborder ce type de sujet délicat. Ils attendent le bon moment, le moment propice où le patient réussira à se confier, sans crainte.

- D'autres hypothèses ou ressentis exprimés par les patients

Dans la thèse d'Hélène Ambroselli, le manque de temps durant la consultation est une cause prédominante expliquant la difficulté des patients à parler de leur dépendance à l'alcool avec leur médecin traitant (32), notion que l'on retrouve dans notre travail :

E4- 389 à 392 : « Moi je sais que j'ai quinze-vingt minutes devant moi, je vais pas commencer à... à... bah je commence même pas, je sais pas comment dire, j'ai même pas envie de creuser avec elle, parce que je sais qu'elle a pas le temps, que... elle va sûrement essayer de m'écouter mais... »

Le déni du patient sur sa consommation d'alcool, reconnu par les patients dans la thèse d'Aurélié Comes et Xavier Abdelnour, fait aussi partie des causes limitant le dépistage par le médecin généraliste (34).

Dans l'étude de Pautrat et al les patients ressentent le potentiel manque d'aise de leur médecin traitant avec la question de l'alcool, frein à la communication et par conséquent au dépistage, alors que les patients interrogés dans cette étude ont exprimé le fait qu'ils auraient aimé être « dévoilés » (35). C'est une notion que l'on retrouve dans notre étude, les patients pensent majoritairement que les médecins sont mal à l'aise avec cette problématique, qu'ils ont peur de braquer les patients, de paraître agressifs. Certains patients pensent que leur médecin traitant avait remarqué qu'ils n'étaient pas encore prêts à avoir une conversation sur ce sujet.

Ce ressenti des patients lors des entretiens est confirmé dans la thèse de Leïla Benkiran, qui porte sur les freins au repérage précoce et à la gestion des principales addictions par le médecin généraliste. Les médecins questionnés dans son étude trouvent paradoxal de réaliser une intervention brève auprès de patients qui n'ont pas encore entrepris une démarche de soin (20).

Mais les patients sont également conscients qu'il n'est pas aisé pour le médecin traitant d'aborder le sujet car ils peuvent effectivement se braquer et répondre négativement aux propositions du médecin s'ils ne se sentent pas prêts. Dans la thèse de Johanna Hagege-Arditti, 8% des patients interrogés ont évoqué un dépistage rendu impossible car dépendant en majeure partie de la volonté du patient. L'ambivalence ou le non-dit du patient au sujet de sa consommation est un frein au dépistage (31).

Pour conclure sur le dépistage, et peut-être concilier les attentes des patients et des médecins, l'étude de Pautrat et al permet de d'aborder la notion de « repérage partagé » qui définit la nécessité d'une relation paritaire entre le patient et le médecin pour aborder la question de leur addiction. En effet, le repérage était considéré comme réussi dans cette étude quand le sujet avait perçu une attitude non stigmatisante et compréhensive. (35).

- Motif pour aborder le sujet

Dans notre étude, on peut voir que les médecins généralistes profitent parfois d'une perturbation du bilan biologique pour aborder le problème de l'alcool. C'est ce qu'on retrouve régulièrement dans la littérature : la perturbation du bilan biologique, l'existence d'un retentissement médical ou psychosocial ou suite à la demande de proches (22). Dans la thèse de Jocelyn Collard, les perturbations du bilan biologique sont, pour la majorité des médecins, le moyen d'amorcer un échange (33).

- Peu d'appréhension de la part des patients

La plupart des patients de notre étude n'éprouvent aucune crainte à discuter de ce sujet avec leur médecin traitant. Ils considèrent que c'est un professionnel de santé qui est là pour les aider et non pour les juger. Ce qui concorde avec l'étude de Philippe Michaud et Patrick Fouilland qui lors d'un sondage téléphonique interrogeant 1608 personnes en population générale en 2002 mettait en évidence un haut niveau de confiance avec 88% de personnes qui ont répondu oui à cette proposition : « Jugez-vous que votre médecin généraliste serait dans son rôle s'il abordait avec vous les questions liées au tabac (à l'alcool/aux drogues) ? ». 79% jugeaient « facile » (39% « très facile », 40% « assez facile ») de parler d'alcool avec leur médecin, contre 19% « difficile ». Le médecin généraliste était alors désigné comme le meilleur interlocuteur dans 21% des cas après les centres spécialisés (45%), en ce qui concerne l'alcool. Cependant, on retrouve un contraste important entre ces opinions en population générale et l'effectivité du dépistage. Uniquement 23% des répondants ayant consulté un médecin généraliste avaient eu une conversation concernant l'usage d'un produit (36). La thèse de Mathilde Colignon va également dans ce sens. Les patients de son étude pensent que tout médecin rencontré a une légitimité pour le repérage des conduites addictives (37).

Par ailleurs, une autre étude démontre que les addictologues pensent que les patients ne souhaitent pas se dévoiler à leur médecin traitant du fait de la honte ressentie (38). Cette notion n'est pas majoritairement retrouvée dans notre étude, mais il faut noter que plusieurs patients ne se sont confiés à leur médecin traitant qu'après s'être dévoilés à un autre professionnel de santé. Nous pouvons formuler l'hypothèse que derrière cette honte se dissimulent des enjeux relationnels importants biaisant le dévoilement de la problématique avec le médecin traitant, professionnel suivant le patient en général depuis plusieurs années et souvent aussi plusieurs autres membres de la famille.

- Contraste

Cette crainte des médecins généralistes à aborder le sujet est-elle donc justifiée ? Elle semble être excessive et en lien avec des préjugés et un manque d'ouverture d'esprit d'après les médecins généralistes eux-mêmes (20).

Dans l'étude de Beck et al (qui étudie les pratiques des médecins généralistes dans le domaine du repérage des pratiques addictives) et concernant l'alcool, 23% des médecins généralistes abordent la question avec chaque patient et 72,3% ne l'abordent que pour certains patients à risques (39). Pourtant, le recours aux questionnaires standardisés sur la consommation d'alcool (DETA, AUDIT...) est en hausse mais reste trop peu fréquent : 12,9% des médecins déclarent y avoir recours (contre 7% en 2002) (31).

C'est dans ce sens que plusieurs études insistent sur la nécessité de renforcer le repérage systématique des consommateurs par les médecins généralistes (40).

Dans l'étude de Philippe Michaud et Patrick Fouilland, on retrouve ce contraste entre cette confiance très élevée, cette appréhension minimale à parler d'alcool avec le généraliste, et les craintes constamment exprimées par les médecins et qui se traduisent par des pratiques d'abstention (36).

On retrouve aussi une notion abordée dans la thèse d'Elise Malichier, à savoir celle de la confiance qui semble nécessaire pour construire une bonne relation mais qui ne suffit pas pour se confier (22). Dans notre étude, les patients disent majoritairement avoir confiance en leur médecin traitant mais certains ne se sont confiés à ces derniers qu'après avoir entrepris les démarches de prise en charge dans des structures spécialisées. Ce qui peut aller dans le sens de notre hypothèse sur les enjeux forts de cette relation de soins entre patients et professionnels de premier recours évoqué au paragraphe précédent.

Cette démarche de prise en charge spécialisée, semble avoir facilité le dialogue par la suite avec leur médecin traitant.

- Dans notre étude, cela peut s'expliquer par une connaissance apportée sur cette pathologie par les addictologues. En effet, certains patients ont exprimé avoir honte d'avouer un problème de consommation d'alcool, et se sont livrés plus facilement après qu'on leur ait expliqué qu'il s'agissait d'une pathologie.
- Dans la thèse d'Hélène Ambroselli, on peut constater que 68,7% des patients ayant parlé de leur problème d'alcool à leur médecin généraliste ont déjà fait au moins une tentative de sevrage, alors que 80% des patients qui n'ont jamais parlé de leur problème d'alcool à leur médecin ont fait une démarche de sevrage pour la première fois (32).

Nous émettons l'hypothèse que l'ouverture d'un dialogue avec le médecin traitant et le franchissement de ce que nous nommerons un « fossé de non-dits » semble donc facilité par les connaissances apportées sur la pathologie, et potentiellement par le passage en unité dédiée. On peut aussi supposer que le passage en unité dédiée par l'entremise d'une injonction de soins officielle (justice) ou officieuse (ultimatum familial par exemple) aide à faire progresser le stade motivationnel du patient qui facilitera ainsi la mise en mot avec son médecin traitant pour faire ce premier pas. Pour rappel, un des concepts fondamentaux en addictologie est la théorie du changement conceptualisée par Prochaska et DiClemente en 1979 [Figure 1].

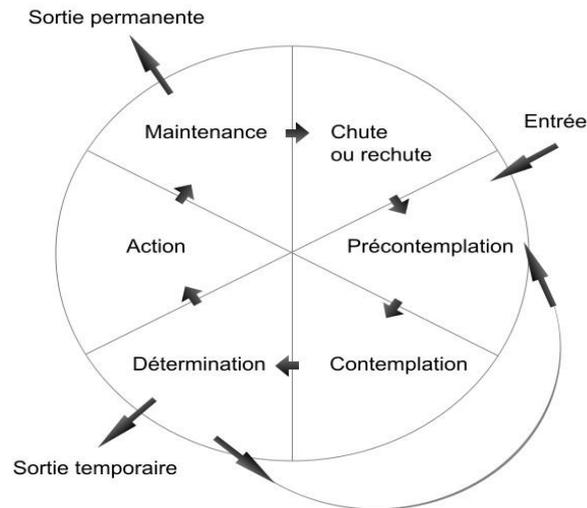


Figure 1 : Le cercle de Prochaska et Di Clemente

En effet, au moment où les patients de mon étude se sont livrés à leur médecin traitant, ils étaient pour la plupart au stade d'action ou de maintien.

- Type de milieu

Il apparaît une subtilité dans mon étude concernant les patients en milieu rural qui semblent, eux, plus réticents à en parler par crainte d'un ébruitement dans le cadre d'un petit village :

E4- 154 à 160 : « Quand on habite un village c'est pas facile. Enfin, moi au début, il aurait été hors de question que je lui dise quoi que ce soit, j'aurais eu l'impression que tout le village allait le savoir. Même si je sais que c'est pas possible, que ça n'aurait pas été le cas. Je trouve que c'est encore plus difficile. J'aurais eu moins de mal à le dire à un médecin que j'aurais vu dans une grande ville de temps en temps, parce que la figure du médecin de village, ça reste euh.. je sais pas... quelque chose de plus intime ».

- Durée de la relation

La durée de la relation semble aussi influencer l'approche. En effet, plusieurs patients pensent qu'une durée de relation sur le long terme peut permettre de faciliter cette approche. C'est une notion qu'on retrouve dans la thèse de Pierre Terrade (41). Dans la thèse de Gontran LeRoy, cette notion est plus discutée avec un peu plus de la moitié des médecins répondants qui considèrent l'ancienneté de la relation comme étant une aide pour évoquer le sujet de l'alcool. Mais une proportion équivalente pense à contrario, que cela constitue un obstacle pour parler d'alcool avec les patients. Si l'ancienneté de la relation médecin/malade s'inscrit dans une relation de confiance permettant alors d'aborder le sujet alcool plus librement, elle peut aussi bien avoir l'effet inverse. Le patient peut alors avoir peur du regard de son médecin de famille, peur d'un jugement qui pourrait accentuer le sentiment de gêne, de honte, voire de déni des patients présentant un trouble lié à l'usage de l'alcool (23). La proximité avec le médecin traitant pourrait donc également représenter un frein car il serait perçu d'autant plus « jugeant » (38).

Dans la thèse de Johanna Hagege-Arditti, deux groupes ont été créés : un groupe comprenant des patients ayant une fréquence de consultation supérieure ou égale à trois fois par an, et un deuxième groupe constitué de patients n'ayant pas de médecin généraliste ou consultant leur médecin généraliste moins de trois fois par an. Les deux groupes ont été comparés sur le plan du dépistage, et finalement le médecin généraliste ne dépiste pas plus, même s'il voit le patient plus souvent (31).

Dans mon étude, la durée de la relation semble donc avoir un effet facilitant l'approche, mais cela reste discuté dans la littérature.

- Pour résumer

Notre étude semble mettre en avant l'idée que des patients n'éprouvent pas nécessairement de crainte à aborder le sujet « alcool » avec leur médecin traitant. Paradoxalement, les données de la littérature semblent mettre en évidence que des médecins généralistes craignent la réaction de leurs patients, en particulier celle de susciter la honte et la culpabilité et par conséquent fermer la porte au dialogue (38). Les participants de notre étude semblent se douter de cette crainte mais ils reconnaissent qu'il y a une façon empathique d'aborder le sujet. Ces données semblent globalement rassurantes lorsqu'il s'agit de réaliser un repérage « partagé » avec un patient en soins de premier recours dans le cadre d'un trouble lié à l'usage de l'alcool. Nous avons formulé par ailleurs que l'hypothèse d'un passage en unité dédiée semble aussi aider à l'élaboration d'une pensée et d'une mise en mot objective de cette problématique, facilitant ainsi l'ouverture d'un dialogue entre médecin et patient dans le cadre d'une pathologie évoluant depuis des années. Par ailleurs, nous avons formulé une seconde hypothèse qu'est celle d'enjeux relationnels entre le patient souffrant d'un trouble lié à l'usage de l'alcool et son médecin de premier recours, enjeux pouvant verrouiller le « dévoilement » de la pathologie.

- **L'accompagnement d'un trouble lié à l'usage de l'alcool en soins de premier recours**

- Relation avec le médecin traitant

Nous avons demandé aux patients de qualifier la relation qu'ils entretiennent avec leur médecin traitant et il nous semble retrouver de nouveau un contraste entre la confiance éprouvée à l'égard de leur médecin et un manque de suivi et d'implication.

Ils déplorent également toujours un manque important de communication qu'ils interprètent comme un « manque d'intérêt » du médecin, une « gêne », ou un « blocage ». Ce sont des termes qui reviennent régulièrement. Certains participants semblent ressentir un manque d'ouverture d'esprit qui pourrait être en lien avec une problématique générationnelle ou en lien avec une vision stéréotypée. C'est une notion retrouvée dans différentes études notamment dans la thèse de Pauline Guyot dans laquelle les médecins ont tendance à avoir un discours culpabilisant envers l'alcoolodépendant tandis que les patients culpabilisent et vivent cette situation comme honteuse (26).

- Une relation qui fait contraste entre un modèle social et un modèle médical

On retrouve également cette notion dans la thèse de Matthieu Rebillard qui porte sur les représentations et la prise en charge des patients ayant un problème d'alcool. Dans sa thèse, il distingue le modèle social du modèle médical. Le modèle social comprend un jugement moral qui considère l'alcool comme un vice, une déchéance, et l'alcoolique désigné comme un ivrogne. Alors que le modèle médical est au contraire non jugeant, il s'agit de ne pas rejeter le patient, de faire preuve de compréhension, d'aide, de soin et de considérer l'alcoolisme comme une maladie (42).

- Une relation parasitée par des idées préconçues - le modèle de la femme alcoolique :

Dans la thèse de Matthieu Rebillard, on retrouve aussi la notion de représentation de la femme alcoolique. La femme y est décrite comme synonyme de pureté, elle symbolise l'éducation des enfants et se doit d'être irréprochable. Lors d'entretiens, les médecins généralistes se sont exprimés sur la « femme alcoolique », ils reconnaissent avoir une vision « machiste », pardonnent plus facilement à un homme qu'à une femme car ils considèrent que c'est à elle qu'incombe la responsabilité de l'éducation des enfants, puisque c'est elle qui a porté les enfants. Ils reconnaissent faire preuve de moins de tolérance (42).

Cette notion est aussi retrouvée dans un des entretiens que nous avons réalisés :

E2- 54 à 58 : « J'ai l'impression que j'entends à travers sa bouche tout, en haut-parleur, tout ce que dit la société sur une femme qui a des problèmes d'alcool, qui est mère de famille et qui devrait donc être responsable et donc voilà... penser à sa progéniture, ne pas voilà... et ça me... et je ne supporte pas d'entendre ça parce que... et je le sais, voilà j'ai l'impression qu'on me fait la morale. »

- Les attentes dans la relation de soins

- Le renforcement positif est une notion qu'on retrouve régulièrement dans notre étude et qui semble importante pour la plupart des patients. La thèse de Matthieu Rebillard insiste sur cette notion qui est aussi retrouvée chez des médecins généralistes qui ont l'impression que les patients ont besoin d'être revalorisés, valorisation en lien (d'après les médecins interrogés) avec les troubles dépressifs régulièrement associés et également lors de rechutes (34).
- Les patients sont également satisfaits lorsqu'ils reçoivent des informations sur la pathologie ou, sur ses complications, ou des conseils de la part de leur médecin traitant. Lorsqu'ils n'en reçoivent pas, ils expriment un manque. Dans la thèse de Pierre Terrade, les patients semblent considérer que c'est le rôle du médecin traitant de conseiller, expliquer, orienter et d'être le pivot de la prise en charge (41). Ce qui fait d'ailleurs bien partie des recommandations de la SFA.

- Qualités nécessaires pour les patients dans la relation de soins

- Communication, bienveillance, empathie

On retrouve ces concepts dans la thèse de Leila Benkiran qui traite des freins que peuvent rencontrer les médecins généralistes dans le cadre du repérage des principales addictions aux produits. En effet, dans cette étude, les médecins généralistes parlent de la confiance comme élément principal dans la relation. Pour obtenir cette confiance, il faut d'après eux prioriser l'écoute, la communication et le non-jugement. (20)

L'étude par focus group d'Alain Moreau, qui porte sur les attentes et la perception de la qualité de la relation entre médecins et patients, retrouve dans les critères positifs la confiance mais également la communication et l'écoute (43). Médecins et patients semblent donc d'accord sur le fait que ces critères sont nécessaires pour obtenir une bonne relation. Il s'agit également de notions décrites par la SFA. Mais les participants de notre étude ne semblent pas toujours retrouver ces points relationnels.

- Des générations de médecin que l'on oppose

Certains patients pensent changer de médecin traitant pour en choisir un plus jeune qui, selon eux, serait potentiellement plus ouvert d'esprit.

L'hypothèse émise par plusieurs patients pour expliquer ce ressenti serait que les médecins généralistes nouvellement formés auraient probablement reçu une meilleure formation en addictologie. Pour eux, avoir de meilleures connaissances dans cette spécialité et une meilleure compréhension de la maladie, permettraient d'avoir une plus grande ouverture d'esprit sur le sujet.

- Patient hermétique au soin de premier recours

Le déni du patient est un processus qui retarde la prise en charge de la maladie alcoolique. En effet, comme cela est décrit dans la thèse de Johanna Hagege-Arditti, le patient consulte son médecin traitant pour des problématiques somatiques, psychologiques ou familiales qui masquent souvent le problème sous-jacent. Certains médecins dépistent pourtant le problème lié à l'usage de l'alcool et proposent une prise en charge qui ne correspond finalement pas à l'attente du patient qui ne reconnaît pas encore l'étiologie alcoolique à ses maux. Le patient ne désire à ce moment-là qu'un traitement symptomatique à ses plaintes et paraît de ce fait hermétique à l'abord de l'alcool (31).

Cette notion peut expliquer pourquoi certains patients n'attendent rien, initialement, de leur médecin traitant.

Dans le cadre du soin de premier recours, le médecin traitant a également pu déjà proposer au patient de se rendre dans certaines structures. Comme on peut le constater dans nos entretiens, il faut parfois attendre un signalement ou des procédures judiciaires pour que le patient investisse (qu'il soit prêt ou non) cette problématique. Les médecins généralistes interrogés dans la thèse de Matthieu Rebillard reconnaissent d'ailleurs que l'injonction aux soins, qu'elle soit professionnelle, familiale ou juridique, est une bonne aide à la prise en charge efficace des patients alcooliques (42).

Pour d'autres patients, le médecin traitant semble, fatalement, ne pas être en mesure d'apporter « la bonne réponse » :

E4- 507 à 508 : « C'est comme si, le médecin traitant, lui, il pouvait pas l'apporter la réponse finale, la bonne ».

- **Pour résumer**

Les patients expriment une assez grande confiance en leur médecin traitant mais regrettent parfois un manque de communication et d'informations en partie lié à l'âge et aux connaissances supposées du médecin. Par ailleurs, les patients semblent repérer avec précision les stéréotypes du médecin généraliste et les représentations sociales du malade alcoolique que le professionnel peut s'en faire. Cette dernière notion est intéressante et mériterait d'être développée dans d'autres travaux, en particulier de pédagogie à destination des futurs professionnels de santé.

- **La mise en lien avec le soin de second recours et la place du médecin traitant dans le cadre d'un suivi spécialisé addictologique**

- **Orientations**

- Orientation par le médecin traitant

Dans notre étude, environ la moitié des patients sont adressés à des spécialistes par leur médecin traitant. Les autres ont fait la démarche par eux même. Pour ceux adressés aux spécialistes de second recours, nous retrouvons des orientations très différentes (addictologues, gastro-entérologues, psychiatres, urgences) avec parfois des mises en contact avec des associations de malades.

Dans la thèse de Johanna Hagege-Arditti, environ un tiers des patients adressés au service d'addictologie de l'Hôpital Fernand Widal à Paris, l'ont été par leur médecin généraliste (31).

Dans notre étude, un seul participant a été adressé par son médecin traitant dans la structure où nous l'avons recruté. Les autres patients ont découvert ces structures spécialisées par d'autres moyens. C'est pourtant une attente importante exprimée par les patients lors de nos entretiens que d'être adressés vers une structure spécialisée.

Nous formulons plusieurs hypothèses expliquant cette « ventilation » des patients au gré des spécialités de second recours : manque de connaissances sur les différentes structures addictologiques existantes et sur leurs conditions d'accueil, délais d'accueil de ces structures souvent longs, cadre d'accueil de ces structures n'intégrant par l'urgence ressentie du patient ou du soignant dans la prise en charge du trouble, comorbidités physiques ou psychiques présupposant une prise en charge de l'alcool secondaire.

Plusieurs travaux de thèses reprennent cette notion de ventilation disparate. Dans ces études, les médecins souhaitent adresser leur patient systématiquement mais ne savent pas nécessairement où les adresser. Certains ne connaissent pas les CSAPA et les réseaux d'addictologie de leur département (20) (22).

Lorsque le besoin s'en fait ressentir, les médecins orientent donc le patient vers des équipes spécialisées de second recours en lien indirect avec l'addictologie. Dans la thèse de Marion Nguon, on note des services de types urgences hospitalières ou des services de médecine comme la neurologie ou la gastro-entérologie. Les patients sont aussi adressés dans ces services pour une complication aiguë, ce qui conforte l'importance de la place des comorbidités dans la construction du parcours de soins addictologiques (27).

➤ Orientation spontanée

Bien souvent, les patients s'orientent spontanément, par l'intermédiaire de connaissances, de proches ou d'associations.

Il se peut que parfois, en s'orientant spontanément vers ces structures, les patients ne laissent pas la possibilité au médecin de les orienter. C'est le cas dans un de nos entretiens, où le patient a été orienté dans une structure spécialisée par un proche de la famille. Il reconnaît que s'il n'avait pas été orienté par ce proche vers cette structure, il se serait tourné vers son médecin généraliste et pense qu'il l'aurait aussi orienté vers une structure adaptée.

Il faut noter également que consulter de soi-même dans un service spécialisé en addictologie témoigne d'une prise de conscience déjà bien établie de la part du patient (44).

○ Place du patient dans les structures spécialisées

L'aspect positif retrouvé peut, outre la relation avec l'addictologue référent, provenir également de la structure et donc de l'équipe qui la forme. En effet, lors des entretiens, certains patients se sont exprimés sur le fonctionnement des CSAPA. Ils apprécient notamment le fait qu'il y ait toujours un infirmier disponible en cas de problème aigu lié à l'alcool. Ils peuvent, se rendre au CSAPA sans rendez-vous et sont sûrs d'être reçus, quel que soit le temps d'attente, ce qui semble les rassurer et résoudre une partie du problème :

E4- 419 à 426 : « De toute façon, ici ce qu'il y a de bien, c'est que si... alors comme c'est sans rendez-vous par exemple les rendez-vous infirmiers, quand on arrive, on sait pas si on va attendre longtemps, si il y aura du monde et tout. Alors moi je me suis vue ici y a deux ans, posé avec mon bouquin pendant une heure et demie mais j'en avais rien à faire, pour moi c'était pas grave, parce que tant que j'étais ici, je me sentais rassurée, protégée. Donc pour moi, c'était pas important de me dire que j'allais attendre. De toute façon, au bout quelqu'un allait me donner du temps. »

Une piste intéressante pourrait être de former les IPA (Infirmier en Pratique Avancée) des pôles de santé à l'accueil des patients souffrant de troubles liés à l'usage de l'alcool pour leur permettre d'avoir, hors circuit spécialisé, une écoute rapidement accessible. Une autre piste pourrait être celle des IDE Asalée formées à la prise en charge et à l'accompagnement des troubles liés à l'usage de substances.

○ Discours contrasté entre celui du médecin traitant et celui de l'addictologue

Certains patients de l'étude disent ne pas retrouver chez leur médecin traitant un discours similaire à l'addictologue. Il est alors question de banalisation de la consommation d'alcool ressentie chez les médecins généralistes, comme cela est bien décrit dans différents travaux (26).

Cette notion est en lien avec la représentation que le médecin a du produit consommé. On note dans la thèse de Matthieu Rebillard une certaine forme d'ambivalence de la part des médecins qui peuvent chercher à minimiser les effets péjoratifs de l'alcool tout en soulignant les bénéfices éventuels. Certains expriment une tolérance vis-à-vis des alcoolisations aiguës, la plupart déclarent comprendre l'abstinence en termes d'alcool, mais certains d'entre eux ne le comprennent pas du tout. Ces réactions sont bien souvent en lien avec le ressenti sur leur propre consommation mais également en lien avec la place que prend ce produit dans notre société (42).

○ Problème aigu lié à l'alcool

Concernant les problèmes aigus liés à l'alcool, la quasi-totalité des patients se rendent chez leur addictologue. Pour eux, il semble plus à même de prendre en charge ce type de problématique que le médecin traitant. Cette notion est décrite et confirmée dans la thèse de Pierre Terrade (41).

○ Manque de suivi

Dans notre étude, les patients regrettent majoritairement un manque de suivi par le médecin traitant. Dans la thèse de Johanna Hagege-Arditti, son étude montre que parmi les patients interrogés, 83% considèrent que leur médecin traitant a été impliqué dans le dépistage de leur maladie alcoolique mais 16% seulement considèrent qu'il est impliqué dans leur suivi (31).

Paradoxalement, le travail de Beck, réalisé en 2009, retrouve que trois quarts des médecins généralistes (76,7%) déclarent prendre en charge leurs patients pour un problème lié à l'alcool, seuls ou en liaison avec une structure spécialisée (45).

Le travail de Groppi qui interroge des médecins libéraux, montre que la majorité d'entre eux déclarent prendre en charge eux-mêmes les mésusages d'alcool plutôt que de les adresser vers un confrère spécialiste de second recours (46).

Nous nous intéressons aux ressentis des patients dans notre étude, tout comme dans l'étude de Johanna Hagege-Arditti. Les médecins peuvent donc avoir l'impression de s'occuper et de coordonner le suivi alors que les patients ne ressentent pas les choses ainsi.

Par ailleurs, notre travail, tout comme celui de Johanna Hagege-Arditti, s'intéresse à des patients suivis en structure spécialisée. Il s'agit donc probablement de patients ayant pour la plupart de lourdes conséquences sociales ou physiques de leur trouble lié à l'usage de l'alcool sur le vaste spectre de la maladie, ce qui peut expliquer cette différence avec les deux autres études citées précédemment.

Dans la thèse de Johanna Hagege- Arditti, les patients interrogés sont des patients en cours de sevrage. A cet instant de leur parcours, il apparaît normal que le médecin généraliste ne trouve pas nécessairement sa place (si ce sevrage est réalisé en structure), mais elle émet l'hypothèse que le médecin généraliste trouverait davantage sa place dans un suivi post sevrage (31).

Dans notre étude, les patients interrogés sont pour la plupart sevrés et stables depuis de nombreuses années, mais pour autant, le suivi par le médecin généraliste n'est que rarement réalisé.

Un des patients dans notre travail n'envisage pas d'avoir un suivi au long cours avec son addictologue devant la stabilité de sa pathologie et se pose la question d'un relais avec le médecin généraliste.

➤ Spécificité du suivi partagé

Sur les onze patients interrogés, deux ont tout de même un suivi partagé entre médecin traitant et addictologue. C'est peu lorsque l'on compare avec les déclarations des médecins généralistes dans la thèse d'Elise Malichier. En effet, dans ce travail, plusieurs médecins ont exprimé un réel suivi partagé et l'importance d'un tel suivi, mais l'auteur se pose la question de la limite déclarative des discours des médecins (biais de désirabilité) (22).

Dans notre étude, ce suivi partagé est très peu appliqué en pratique, ce que regrettent la plupart des patients.

Les hypothèses pouvant expliquer ce manque de suivi seraient :

- certains patients refusent que le spécialiste adresse un courrier à son médecin,
- les courriers peuvent également arriver avec plusieurs mois de retard alors que le patient a déjà eu de nombreuses autres consultations avec des modifications thérapeutiques,
- tous les centres de suivi ne font pas nécessairement de courriers et ne cherchent pas nécessairement à entrer en contact avec le médecin généraliste,
- il arrive régulièrement qu'une fois le suivi spécialisé commencé, les patients ne reviennent plus voir leur médecin ou uniquement pour des motifs autres que l'alcool, notion retrouvée dans notre étude,
- le médecin traitant qui se met lui-même de côté, et n'assure plus le suivi concernant l'alcool, ayant laissé la main au spécialiste.

○ Pour résumer

Les patients sont généralement orientés chez différents spécialistes par leur médecin traitant. Passée l'appréhension d'entrée en structure spécialisée, les patients trouvent leur place dans ces structures et sont satisfaits de leur prise en charge. Ils regrettent le manque de suivi par le médecin traitant mais ont tendance à y participer en le mettant volontairement de côté. Nous formulons l'hypothèse qu'inciter les structures addictologiques à entrer en contact avec le

médecin traitant ou inciter le patient à renouer le contact avec le médecin traitant favoriserait aussi la reprise de ce lien.

- **Les spécificités du médecin traitant dans la prise en charge de l'alcool au quotidien**

- Connaissances

Les patients estiment en général que leur médecin traitant manque de connaissance, ce que les médecins généralistes reconnaissent volontiers dans les différentes études qui les interrogent sur le sujet (20) (22) (33).

- Formation

D'après plusieurs travaux, les médecins généralistes estiment manquer de formation en matière d'addictologie lors de leurs études, ce que les patients ressentent également dans la nôtre. Dans la thèse d'Elise Malichier, les médecins généralistes le justifient par un manque d'intérêt, un manque de temps, une impossibilité à se former de manière exhaustive (22). Ce manque de formation est aussi ressenti par les patients interrogés dans les focus groupes de la thèse de Pierre Terrade (41). Les patients interrogés dans notre travail proposent aux médecins d'assister à des groupes de parole ou de se former auprès des collègues addictologues.

Dans la thèse de Matthieu Rebillard, les médecins généralistes interrogés ne retrouvent en général pas d'intérêt majeur pour une formation en addictologie mais seraient demandeurs de formations axées sur la communication et la relation médecin-malade pour aider à travailler sur le déni (42). Dans la thèse d'Hélène Ambroselli, outre le manque de formation médicale continue, c'est l'aspect de la relation thérapeutique qui semble négligé. En effet, il n'existe pas d'enseignement spécifique des théories du changement et des principes de l'entretien motivationnel, qui servirait à la fois en addictologie mais également pour la prise en charge d'autres pathologies chroniques (32).

- Intérêt

Le regard du médecin semble dépendre de son intérêt pour la question des dépendances, de ses connaissances sur le sujet et de ses représentations (19).

Dans notre travail, le manque de suivi est interprété par les participants comme un manque d'intérêt pour la problématique addictologique. Ce désintérêt est retrouvé dans la littérature questionnant ainsi son origine et dans quelle mesure il est un réel scotome dans la prise en charge de nombre de pathologies induites par l'alcool au quotidien (hypertension artérielle, pathologies cancéreuses, dépression, etc) (42).

- Prise en charge centrée sur la prescription médicamenteuse

Vient ensuite une notion très intéressante et peu décrite dans la littérature, celle de la prescription médicamenteuse. Presque tous les patients interrogés reprochent le fait que la consultation soit centrée sur cette prescription médicamenteuse qui ne semble pourtant pas être la priorité des participants à ce travail. Plusieurs hypothèses sont émises par les patients pour expliquer ces prescriptions : un refuge face à un manque de compétences ou un tabou, une habitude rituelle de consultation ou encore la projection d'un besoin du patient.

Certains travaux réalisés du point de vue du médecin sont tout de même en rapport avec ces résultats. En effet, des médecins disent prescrire parfois des benzodiazépines sans savoir pourquoi. (22).

Certaines études évoquent le concept du « deal médical » (35), pacte implicite entre le patient et son médecin traitant. Dans certains de nos entretiens, les patients expliquent retourner chez leur médecin traitant uniquement pour avoir leur traitement :

E8- 146 à 150 : « J'y vais c'est juste pour avoir mon ordonnance de médicament et puis c'est tout. Après il va me demander comment ça va, il va prendre la tension et puis c'est tout. Et puis moi je vais

lui dire ça va et puis c'est tout, et même si ça va pas, je vais lui dire ça va. J'ai pas envie de rentrer avec lui dans des détails. »

La prescription médicamenteuse est importante dans certains cas, mais n'est pas forcément la prise en charge recherchée. En effet, plusieurs études mettent en évidence le fait que le médecin généraliste met en place une prise en charge qui ne correspond pas à celle que les patients souhaiteraient adhérer. C'est le cas par exemple dans l'étude de Maxime Pautrat où plusieurs participants avaient consulté pour leurs troubles sans que leur soit proposé une prise en charge suscitant une adhésion, comme la prescription de disulfirame (35).

Comme nous l'explique O. Kandel et J-N Miche, il pourrait y avoir un intérêt à modifier la représentation que se font les professionnels de santé sur le cadre ritualisé de leur consultation où chaque temps médical semble devoir faire l'objet d'un examen clinique et d'une prescription (47). Nous pouvons aussi supposer que de formuler systématiquement un objectif de prise en charge, sur la base d'attentes explicites mises en mots par le patient et avec l'aide du médecin, ainsi que d'explorer les attentes qu'avait le patient avant la consultation, permettrait une réelle adhésion à un projet de soins et la mise en place d'un accompagnement personnalisé.

- Prise en charge psychologique

En lien avec cette prise en charge centrée sur la prescription médicale vient le manque de prise en charge sur le plan psychologique.

Dans la thèse d'Hélène Ambroselli, on retrouve la coexistence d'une pathologie psychiatrique chez 73.5% des patients interrogés dans son étude (32).

Dans notre étude les patients ne semblent pas retrouver cette approche chez leur médecin traitant, approche qu'ils perçoivent à contrario chez l'addictologue.

L'étude de Michel Naudet qui porte sur la prévention, le dépistage et la prise en charge précoce du problème d'alcool en médecine générale montre que l'aspect psychologique de la maladie est prédominant, la partie strictement médicale de la prise en charge ne constituant pas l'essentiel du soin addictologique. Dans cette étude, les médecins généralistes soulignent le manque de temps pour l'écoute et la prise en charge de ces patients dans l'accompagnement psychologique (25). Cette notion correspond aux entretiens réalisés ici où les patients regrettent que le médecin généraliste ne prenne pas plus en compte l'aspect psychologique tout en étant conscients de la difficulté de réaliser ce type de prise en charge sur une durée moyenne de consultation de 15 à 20 minutes. Cette hypothèse est confirmée dans plusieurs travaux auprès de patients et de médecins (41) (22).

- Expérience ou savoir-faire

L'expérience semble manquer également aux médecins cités dans notre travail, expérience qui pourrait, selon les participants, leur permettre de se défaire de certains préjugés, de faciliter la première approche et d'anticiper certaines complications. Ils n'ont pas émis d'attente directement sur ce sujet mais l'expérience des addictologues qui les suivent est une réelle qualité selon eux.

Des médecins interrogés dans différentes études expriment également ce manque d'expérience, notamment dans la maîtrise des traitements médicamenteux, dans la prise en charge psychologique et communicationnelle. Ils sont demandeurs de plus de formations sur ces sujets, formations animées par des addictologues qui partageraient ainsi leur savoir-faire (27). Ce constat se rapproche des propositions faites par les patients lors de nos entretiens.

- Professionalisme

Cette notion de professionnalisme intègre la représentation que les patients ont de leur médecin traitant.

Le statut et rôle du médecin traitant sont bien rappelés par trois patients qui le voient comme un professionnel de santé référent. Mais six patients insistent aussi sur le fait que ce n'est pas un spécialiste en addictologie et que son rôle n'est pas de prendre en charge les problèmes liés à l'alcool. Ce résultat est mis en évidence dans la thèse de Johanna Hagege-Arditti où la majorité des patients de son étude (81%) pensent que le médecin généraliste est compétent pour dépister les problèmes liés à l'alcool mais environ deux tiers des patients estiment que le médecin généraliste n'est pas le mieux placé pour prendre en charge la maladie alcoolique et ses complications.

Dans son étude, elle distingue deux groupes : un premier groupe constitué de patients ayant une fréquence de consultation supérieure ou égale à trois fois par an et un deuxième groupe avec une fréquence inférieure à trois fois par an.

En conclusion de son travail, le fait de voir régulièrement son médecin généraliste ne change pas l'opinion des patients interrogés sur la prise en charge des complications en lien avec l'alcool. Ils préfèrent s'en remettre à des spécialistes (31). Ceci est révélé également dans un de nos entretiens où le patient exprime une relation très forte avec son médecin traitant, qu'il considère comme un « frère » selon ses propos, et malgré tout, il ne considère pas ce dernier comme principal professionnel de santé en ce qui concerne son problème d'alcool :

E1- 196 à 199 : « Non, non, non, moi mon problème c'est que c'est ici, c'est-à-dire c'est ici je viens au groupe de parole, c'est ça la base même. Pour le médecin traitant, peut-être quand j'ai mal à la tête ou au genou ou quelques petites pathologies. Mon problème d'alcool c'est ici, c'est au CSAPA. »

A l'inverse, on retrouve dans la thèse de Pierre Terrade que 70% des patients interrogés donnent au médecin traitant le rôle de prise en charge des problèmes liés à l'alcool (41).

L'absence d'une spécialisation en addictologie n'était pas non plus présentée par les patients comme un frein au dévoilement ou au suivi dans l'étude de Pautrat et al (35).

Dans notre étude, la plupart des patients interrogés n'ont quasiment plus de suivi avec leur médecin généraliste (concernant leur trouble lié à l'usage de l'alcool). Ils semblent peu les impliquer dans cette prise en charge et paradoxalement regrettent cette faible implication. Nous formulons deux hypothèses pour expliquer ce paradoxe :

- L'avancée irrégulière dans la prise de conscience de la pathologie par le patient et l'adaptation concomitante de l'intervention du médecin traitant en fonction du stade du patient. Une fois encore on se réfèrera ici au cercle de Prochaska et Diclemente qui décrit les différents stades de changements. Comme l'expliquent Aurélie Comes et Xavier Abdelnour, les professionnels de santé peuvent à chaque stade avoir une action sur la génération d'une motivation à des degrés variables, et à plus ou moins grande profondeur. Il est donc question de s'adapter au rythme du patient et de réaliser une intervention adaptée (34).
- Un désir de prise en charge d'un trouble et une interprétation de cette même prise en charge variables d'un patient à l'autre. On peut supposer que certains patients attendent peut-être de leur médecin traitant une écoute sensibilisée aux problématiques liées à l'alcool sans nécessairement en attendre un suivi spécialisé. C'est un concept qu'on retrouve dans la thèse d'Aurélie Comes et de Xavier Abdelnour où le plus important pour l'un des patients interrogés était de percevoir le médecin comme une entité humaine plutôt que comme un professionnel de santé. Les qualités du médecin dépendraient donc de son humanité plus que de ses fonctions. Les patients interrogés dans cette thèse attendent de leur médecin une écoute attentive, une compréhension du malade et de sa maladie. Ils soulignent également le rôle de guide et d'accompagnant dans cette pathologie (34), rôle qu'ils pourraient avoir du mal à retrouver avec leur médecin de premier recours dans le cadre de ce trouble et qui expliquerait cet éloignement de suivi. Ce terme d'accompagnant est d'ailleurs retrouvé dans nos entretiens :

E6- 322 à 325 : « Donc oui c'est vraiment un... un accompagnateur au final. D'autant plus, et dans les problèmes de santé type addiction où c'est du très long terme et c'est vraiment un accompagnement »

○ Disponibilité :

En terme de disponibilité, la plupart des études montrent, que le temps de la consultation de médecine générale est difficilement compatible avec la prise en charge addictologique (14) (20) (22) (26) (41). Ce qui est mis en évidence par certains participants. Plusieurs patients nous disent cependant que leur médecin généraliste arrive à s'adapter, en prenant un temps plus ou moins long selon le motif de

consultation. Cependant, tous sont conscients de la difficulté pour le médecin traitant à adapter ses consultations. Les patients proposent différentes solutions pour tenter d'améliorer leur disponibilité, comme de connaître le motif de consultation à l'avance pour prévoir un créneau plus long, de prévoir des créneaux d'urgences pour les patients qui présenteraient des problèmes aigus liés à l'alcool ou encore de créer des groupes de soutien une fois par semaine. Certains médecins ont tenté de mettre en place des consultations dédiées, mais cela semble difficilement applicable en médecine générale, quelques médecins ont évoqué la non présentation des patients à la consultation (20). La signature d'un ACI (accord conventionnel interprofessionnel) avec la CPAM peut être l'occasion d'obtenir des financements pour créer ce type de missions de santé publique ou d'organisation de soins mais nécessite à une échelle locale une réflexion sur l'organisation des soins.

Autre notion évoquée par un patient lors des entretiens, c'est la valorisation des consultations d'addictologie. Il considère que puisqu'il s'agit d'une consultation qui dure plus longtemps, la cotation devrait être réévaluée et que cela pourrait être une motivation de plus pour le médecin. Il s'agit en effet d'une problématique évoquée lors de certaines études par les médecins généralistes qui aimeraient avoir une cotation spécialement pour les prises en charge addictologiques (22) (33).

La rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) du médecin traitant de l'adulte permet de valoriser l'atteinte d'objectifs ainsi que la progression réalisée. Elle repose sur 29 indicateurs de pratique clinique dont un indicateur qui concerne la problématique liée à l'alcool : « part des patients consommateurs excessifs d'alcool ayant fait l'objet d'une intervention brève telle que décrite par l'outil HAS et enregistrée dans le dossier médical ». Il n'existe donc pas de cotation spécifique mais la sécurité sociale tente d'encourager les médecins généralistes à explorer davantage ces troubles liés à l'usage de l'alcool.

- **Pour résumer :**

Une réflexion globale autour des objectifs de consultation en soins de premier recours et dans le cadre d'un trouble lié à l'usage de l'alcool permettrait probablement de mieux concilier les attentes des patients, attentes implicites et ambivalentes, aux appréhensions du médecin. Le récit des patients et leurs opinions apparaissent riches de propositions. Nous retiendrons principalement plusieurs pistes : fixer des objectifs de consultations malléables, non ritualisés, simples, réalistes et validés à la fois par le patient et le médecin, sensibiliser les médecins à une approche humaniste centrée sur le patient, inciter les tutelles à soutenir ce cadre de consultation par une tarification adaptée ou des financements permettant des expérimentations locales d'organisation dédiées aux soins.

4.3.3. Perspectives

- **Favoriser le repérage partagé**

Notre étude souligne que les participants ont généralement peu d'appréhension à parler de leur problématique concernant l'alcool avec le médecin traitant mais reconnaissent la difficulté du médecin généraliste à réaliser une approche qui n'entraînera pas de blocage. Les patients recherchent une relation paritaire avec le médecin pour aborder la question de leur addiction, associée à une attitude tolérante et compréhensive de la part du médecin. Il serait donc intéressant d'explorer dans des travaux complémentaires l'approche d'un trouble lié à l'usage de l'alcool par le repérage partagé et de tester les outils que propose cette approche.

- **S'adapter aux objectifs du patient dans le cadre de sa prise en charge**

Certains patients de notre étude ne sont pas satisfaits de la prise en charge de leur médecin traitant, ce dernier n'apporterait pas la « bonne réponse ». Mais quelle est cette bonne réponse ? Il faut prendre en compte le fait que le patient n'attend pas nécessairement la même chose du médecin en fonction de son stade motivationnel : il peut attendre un repérage, une prise en charge ou un simple accompagnement. Nous avons supposé que formuler systématiquement un objectif de prise en charge, en fonction des attentes du patient, permettrait une réelle adhésion de celui-ci à un projet de soins et la mise en place d'un accompagnement personnalisé. Sensibiliser de manière élargie dans le

cadre du DPC les médecins généralistes à l'utilisation d'outils de communication tels que la réalisation d'entretiens d'explicitations ou l'exploration des différents stades motivationnels serait pertinent.

- **Améliorer les connaissances des médecins sur les structures de second recours**

En ce qui concerne l'orientation des patients par le médecin traitant, et comme mis en exergue dans plusieurs travaux, on constate que les différents intervenants sont mal connus et donc contactés de façon soit insuffisante soit inappropriée. Nous avons formulé plusieurs hypothèses telles que le manque de connaissances sur les différentes structures addictologiques existantes et sur leurs conditions d'accueil, un délai d'accueil de ces structures souvent long, un cadre d'accueil de ces structures n'intégrant par l'urgence ressentie du patient ou du soignant dans la prise en charge du trouble. Il serait intéressant que ces différentes structures viennent plus régulièrement prendre contact avec les différents professionnels des équipes de soins primaires afin de favoriser les échanges et fluidifier le parcours de soins des patients.

- **Adaptation des pôles de santé au public souffrant de troubles liés à l'usage de l'alcool**

Parmi les raisons pour lesquelles les patients se sentent dans une structure adaptée en CSAPA, on peut citer notamment le fait de pouvoir s'y rendre sans rendez-vous et d'être sûr de pouvoir s'entretenir avec un soignant dans la journée. Une piste que nous avons formulé pourrait être de former les IPA (Infirmier en Pratique Avancée) des pôles de santé ou les IDE Asalée à l'accueil des patients souffrant de troubles liés à l'usage de l'alcool pour leur permettre d'avoir, hors circuit spécialisé, une écoute rapidement accessible et un accompagnement adapté. Des travaux complémentaires pourraient venir, dans le cadre d'expérimentations territoriales, appuyer cette suggestion.

- **Favoriser les formations**

Une autre notion retrouvée est que le discours du médecin généraliste semble souvent différent de celui de l'addictologue. Cela peut être expliqué par un manque de connaissances ou par des préjugés. Il serait intéressant de développer davantage la formation en addictologie pour permettre aux médecins généralistes de se sentir plus à l'aise sur ce sujet et de se défaire de ces préjugés. Ce développement pourrait passer par un changement de paradigme : ces formations, qui existent déjà dans le cadre du DPC, pourraient être complétées par des rencontres d'usagers ou de patients souffrant de troubles liés à l'usage de l'alcool. De la même manière, participer en qualité d'observateur à des groupes de parole est une idée proposée par un des membre du groupe. Cette suggestion mériterait d'être explorée dans le cadre de travaux ultérieurs.

- **Le problème de la prescription médicale**

Une notion peu retrouvée dans la littérature est la prescription médicamenteuse. La plupart des consultations en médecine générale se terminent sur une prescription, il est rare de laisser partir le patient sans ordonnance. Il serait intéressant d'explorer les raisons qui motivent ces prescriptions systématiques auprès du public prescripteur.

- **Tarifification spéciale**

Concernant la rémunération, les patients pensent qu'il serait justifié de créer une cotation pour les consultations en lien avec un problème d'addiction car ces consultations sont généralement plus longues. La modification des cotations pour les consultations en lien avec l'addictologie est une première hypothèse, ce qui n'est pas nécessairement à l'ordre politique du jour, d'autant que ces patients sont inclus dans les forfaits annuels de la CPAM. Un travail complémentaire pourrait venir explorer la place d'expérimentations locales d'organisation dédiées aux soins en addictologie via l'ACI (SISA ou CPTS) pour aider les équipes de soins primaires à prendre en charge cette pathologie.

5. Conclusion

Notre étude nous aura permis de mieux cerner les attentes des patients vis-à-vis de leur médecin traitant dans le cadre de la prise en charge des troubles liés à l'usage de l'alcool.

Concernant le dépistage, la majorité des patients de notre étude n'éprouvent pas de crainte à en parler à leur médecin traitant. Pour favoriser cette approche il faudrait, d'après eux, favoriser la bienveillance, l'empathie. Il semble donc intéressant d'encourager les médecins de premier recours à réaliser ce dépistage, éventuellement dans le cadre du dépistage partagé qui se base sur ces notions.

Par la suite, dans le cadre des soins de premiers recours, notre étude met en avant cette notion de confiance que les patients ressentent très majoritairement vis-à-vis de leur médecin traitant. Encore une fois, c'est une notion qui doit encourager les médecins à poursuivre leurs efforts dans la prise en charge des soins de premiers recours. Toutefois, bon nombre de patients ont regretté le manque de communication et d'implication, il s'agit donc d'une prise en charge complexe nécessitant une adaptation du médecin au stade motivationnel de son patient. La communication est l'élément essentiel dans le cadre de cette problématique. On retrouve également cette notion de vision stéréotypée du médecin traitant perçue par les patients et sur les représentations sociales du malade alcoolique. Cette notion présuppose un manque de connaissance sur la maladie alcoolique chez certains médecins et des travaux futurs permettront de développer cette notion.

Une fois le patient orienté en structure spécialisée, ce dernier découvre un discours, celui de l'addictologue, souvent différent du médecin traitant, pouvant encore une fois supposer un manque de connaissance et de formation. Les patients trouvent leur place dans ces structures spécialisées et sont satisfaits de leur prise en charge, il serait donc probablement utile de s'intéresser aux adaptations pouvant être réalisées en médecine générale par le biais d'expérimentations locales, pour optimiser la prise en charge des patients.

Concernant la prise en charge spécifique du médecin généraliste, les notions retrouvées sont souvent le manque de prise en charge psychologique, pouvant être expliquée par un manque de temps, un manque d'intérêt ou un manque de connaissance, et la notion de prise en charge centrée sur la prescription médicamenteuse pour laquelle il serait intéressant d'explorer les raisons qui motivent ces prescriptions systématiques.

En résumé, notre étude nous aura permis de mettre davantage en lumière les attentes des patients. Les études retrouvées dans la littérature s'intéressant au point de vue du médecin traitant ont confirmé certaines notions de notre étude, mais d'autres notions qui ne semblaient pas perçues par les médecins traitants ont pu être mises en exergue. Notre étude permettra peut-être aux médecins généralistes de mieux cerner les attentes des patients, de fortifier la relation avec ces derniers et par conséquent d'améliorer la prise en charge.

Bibliographie

1. FOUQUET P, DE BORDE M
Le roman de l'alcool. Paris : Seghers, 1986
(Médecine et histoire)
2. PHILLIPS R
Une histoire de l'alcool : Presses Université Laval, 2017
3. SOURNIA J-C
Histoire de l'alcoolisme. Paris : Flammarion, 1986.
4. ZOLA É
L'assommoir. Paris : Livre de Poche, 1970
5. NAASSILA M, NALPAS B
Alcool & Santé. Inserm. La science pour la santé. [Internet]
<https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/alcool-sante>
(consulté le 30/03/2020)
6. MOREL D'ARLEUX J
Drogues, Chiffres clés 8eme édition. OFDT [Internet] 2019
<https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/DCC2019.pdf>
(consulté le 12/04/2020)
7. NGUYEN-THANH V, GUIGNARD R
Consommation d'alcool, comportements et conséquences pour la santé.
Bulletin épidémiologie hebdomadaire 2019 ; (5-6) : 87-117
8. BECK et al.
Les niveaux d'usage des drogues en France en 2014. OFDT [Internet] 2014
<https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxfbv3.pdf>
(consulté le 12/04/2020)
9. BONALDI C, HILL C
La mortalité attribuable à l'alcool en France en 2015.
Bulletin épidémiologique hebdomadaire 2018 ; (5-6) : 97-107
10. Paille F, REYNAUD M
L'alcool, une des toutes premières causes d'hospitalisation en France
Bulletin épidémiologique hebdomadaire [Internet] 2015 ; (24-25) : 440-449.
http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2015/24-25/pdf/2015_24-25_1.pdf
(consulté le 12/04/2020)
11. Plan national de mobilisation contre les addictions. [Internet]
https://www.drogues.gouv.fr/sites/drogues.gouv.fr/files/atoms/files/plan_mildeca_2018-2022_def_190212_web.pdf
12. Société Française d'Alcoologie
Mésusage de l'alcool Dépistage, diagnostic et traitement. Alcoologie et Addictologie. [Internet]
2015 ; 37 (1) : 5-84.
<http://sfalcoologie.asso.fr/download/RBP2014-SFA-Mesusage-AA.pdf>
(consulté le 16/04/2020)

13. LEJOYEUX M
Addictologie. 3e édition. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2017.
14. MOUCHET Olivier
Place du médecin traitant dans la prise en charge du mésusage de l'alcool. Point de vue de 81 patients suivis en CSAPA.
Thèse d'exercice : Médecine : Paris Descartes ; 2016.
15. DGOS. Les équipes de liaison et de soins en addictologie - ELSA [Internet]
Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020.
<http://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/addictions/article/les-equipes-de-liaison-et-de-soins-en-addictologie-elsa>
(consulté le 29/04/2020)
16. HAS. Outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève. [Internet] 2014
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-12/outil_rpib_v2.pdf
(consulté le 29/04/2020)
17. DAUSSY Damien
L'insatisfaction dans la relation médecin malade : Le point de vue du malade.
Thèse d'exercice : Médecine : Montpellier-Nimes ; 2018.
18. BOUCEREAU Gaëlle, PESENTI DEPALLE Charlotte
Peut-on prévenir le conflit en médecine générale? Étude qualitative sur le ressenti des patients en situation de désaccord.
Thèse d'exercice : Médecine : Grenoble ; 2017.
19. DECOTTEGNIÉ Anaïs
L'alcool, le sujet et son médecin : Approche d'une relation triangulaire complexe.
Thèse d'exercice : Médecine : Nantes ; 2017.
20. BENKIRAN Leïla
Le médecin généraliste face aux principales addictions aux produits (tabac, alcool, cannabis, opiacés, cocaïne) : freins au repérage et à la gestion dans la pratique courante: enquête qualitative réalisée auprès de 20 praticiens de la région PACA.
Thèse d'exercice : Médecine : Nice ; 2014.
21. KANDEL O
3 chiffres, 1 schéma et quelques idées pour optimiser le dépistage et la prise en charge des mésusages de l'alcool.
La revue du praticien - Médecine générale. 2002 ; 16 (587) : 1408-1410
22. MALICHIÈRE Elise
Rôle et place du médecin généraliste dans l'accompagnement / la prise en charge des problèmes d'alcool [Internet]
Thèse d'exercice : Médecine : Paris Diderot - Paris 7 ; 2017.
http://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/1382/fichier_these_elise_malichiera12_c1.pdf
(consulté le 30/03/2020)
23. LE ROY Gontran
Les troubles de l'usage de l'alcool en médecine générale: obstacles au repérage et représentations des médecins généralistes de la Somme [Internet].
Thèse d'exercice : Médecine : UPJV Amiens; 2017
<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01908606/document>
(consulté le 30/03/2020)

24. MICHAUD P, BLOEDE F
Quelle place pour le médecin traitant dans le repérage des consommations de substances psychoactives ?
La revue du praticien. 2017; 67 : 835-837
25. NAUDET M
Prévention, dépistage et prise en charge précoce du problème d'alcool en médecine générale : Essai d'analyse d'un déni collectif, SFMG : 31-62
26. GUJYOT Pauline
La représentation des patients alcoolodépendants chez les médecins généralistes.
Thèse d'exercice : Médecine : Claude Bernard Lyon 1 ; 2018
27. NGUON Marion
Le patient alcoolique: entre représentation médicale et prise en charge. Enquête auprès des médecins généralistes de Picardie. [Internet].
Thèse d'exercice : Médecine : UPJV Amiens ; 2016
<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01385234/document>
(consulté le 12/08/2020)
28. FRAPPE P, Association française des jeunes chercheurs en médecine générale (Lyon)
Initiation à la recherche. 2e édition Saint-Cloud : Coédition Global Média Santé, CNGE, 2018
29. LEJEUNE C
Manuel d'analyse qualitative: Analyser sans compter ni classer. 2^e édition.
Louvain-la-Neuve : DE BOECK SUP, 2019
30. ROLLNICK S, MILLER W.R, BUTLER C.C
Pratique de l'entretien motivationnel: communiquer avec le patient en consultation. Paris : InterEditions, 2018
31. HAGEGE-ARDITTI Johanna
Évaluation du ressenti des patients alcoolodépendants vis à vis du rôle du médecin généraliste dans la prise en charge de leur maladie alcoolique
Thèse d'exercice : Médecine : Paris Diderot - Paris 7 ; 2014
32. AMBROSELLI Hélène
Confiance et communication entre le patient et son médecin traitant: L'exemple de la dépendance à l'alcool.
Thèse d'exercice : Médecine : Marseille ; 2012
33. COLLARD Jocelyn
Enquête sur le ressenti et les attentes des médecins généralistes du Conseil Local de Santé Mentale Franco Basaglia (CLSM) dans la prise en charge des patients en souffrance avec l'alcool
Thèse d'exercice : Médecine : Dijon ; 2017
34. COMES Aurélie, ABDELNOUR Xavier
Place du médecin généraliste dans le repérage précoce des patients ayant un trouble lié à l'usage de l'alcool : point de vue des patients. Etude qualitative par entretiens semi-dirigés.
Thèse d'exercice : Médecine : Toulouse ; 2017
35. PAUTRAT M, RIFFAULT V, CIOLFI D, BRETON H, BRUNAUT P, LEBEAU J-P
Repérage des troubles liés à une substance et troubles addictifs dans le discours des patients dépendants.
Exercer. 2019 ; (156) : 347-353

36. MICHAUD P, FOUILLAND P
Alcool, tabac, drogue : le public fait confiance aux médecins Résultats d'un sondage téléphonique en population générale.
La revue du praticien - Médecine Générale. 2003 ; 17 (611) : 605-608
37. COLLIGNON Mathilde
Repérage des conduites addictives en médecine générale : Ce qu'en pensent les patients.
Thèse d'exercice : Médecine : Nantes; 2013
38. PAUTRAT M, CIOLFI D, RIFFAULT V, BRETON H, BRUNAUT P, LEBEAU J-P
Repérage des troubles liés à une substance et troubles addictifs en soins premiers.
Exercer. 2019 ; (156)
39. BECK F, al
Le développement du repérage des pratiques addictives en médecine générale en France.
Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique 2011 ; 59 (5) : 285-294
40. COGORDAN C, QUATREMER G, ANDLER R, GUIGNARD R, RICHARD J-B, NGUYEN-THANH V
Dialogue entre médecin généraliste et patient : les consommations de tabac et d'alcool en question, du point de vue du patient.
Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique 2020 ; 68 (6) : 319-326
41. TERRADE Pierre
Attentes des patients alcoolo dépendants vis à vis de leur médecin généraliste avant et après sevrage
Thèse d'exercice : Médecine : Poitiers ; 2009
42. REBILLARD Matthieu
Enquête qualitative sur les représentations et la prise en charge des patients ayant un problème d'alcool en médecine générale
Thèse d'exercice : Médecine : Rennes ; 2005
43. MOREAU A
Attentes et perceptions de la qualité de la relation entre médecins et patients.
La revue du praticien - Médecine générale 2004 ; 18 (660-661)
44. SAINT-GUILY J
Prise en charge de l'alcoolisme : Le rôle du médecin généraliste.
Actualité et dossier en santé publique 1998 ; (24) : 53-54
45. BECK F, GUIGNARD R, OBRADOVIC I
Prise en charge des addictions par les médecins généralistes.
Baromètre santé médecins généralistes 2009 : 177-201
46. GROUPI M, GEIGER S, LAFORTUNE J
Parler d'alcool avec son patient en médecine générale Simple ou gênant ?
Médecine : revue de l'unaformec 2011; 7 (2) : 83-86
47. KANDEL O, MICHE J-N
Mésusages de l'alcool : Comment optimiser le dépistage et la prise en charge.
La revue du praticien - Médecine générale 2007 ; 21 (788) : 1021-1022

Annexes

Annexe 1 :

Utilisation nocive pour la santé – CIM-10

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 – CIM-10

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 ou des opiacés 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 :

Trouble de l'usage d'une substance – DSM-5

1 : Usage récurrent d'alcool avec pour conséquence des difficultés à accomplir ses obligations professionnelles ou familiales (par exemple absences répétées, diminution des performances de travail, négligence parentale ou négligence de l'entretien du domicile).

2 : Usage récurrent d'alcool avec pour conséquences une mise en danger physique du sujet (conduite automobile, utilisation de machines, etc.).

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.

Trois niveaux de sévérité :

- faible : au moins 2 critères présents sur les 11
- modéré : au moins 4 critères présents sur les 11
- sévère : au moins 6 critères présentes sur les 11

Annexe 3 :

Audit-C

Question n° 1- Quelle est la fréquence de votre consommation d'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

Question n° 2 – Combien de verres standards contenant de l'alcool consommez-vous un jour typique où vous buvez ?

- 1 ou 2 : 0
- 3 ou 4 : 1
- 5 ou 6 : 2
- 7 ou 8 : 3
- 10 ou plus : 4

Question n° 3 – Combien de fois vous arrive-t-il de boire six verres d'alcool ou plus lors d'une même occasion ?

- Jamais : 0
- Moins d'1 fois par semaine : 1
- 1 fois par mois : 2
- 1 fois par semaine : 3
- Tous les jours ou presque : 4

Interprétation du test AUDIT-C :

Un score supérieur ou égal 4 chez l'homme, 3 chez la femme révèle une consommation d'alcool à risques pour la santé

Un score supérieur ou égal à 5 chez l'homme, 4 chez la femme indique une alcoolodépendance.

Annexe 4 :

Guide d'entretien

1/ Comment l'alcool a été abordé ?

- Comment s'est déroulée la consultation ? Avec quel intervenant ? (addictologue ou médecin traitant ?) Pourquoi ?
- Qui a abordé le sujet ?
- Pour quelles raisons le sujet a-t-il été abordé ?
- Aviez-vous des craintes lorsque vous aviez rdv ? Sur quoi se portaient-elles ? Comment a réagi votre médecin ?
- Qu'avez-vous retenu de cet échange ?

2/ Relation avec le médecin traitant – Communication et savoir-être :

- Comment qualifieriez-vous la relation que vous avez avec votre médecin traitant ?
- Quels mots utiliseriez-vous pour le décrire lorsqu'il est question d'alcool ?
- Comment cette relation a-t-elle évolué dans le temps ?
- Qu'attendez-vous de cette relation dans le cadre de votre problématique avec l'alcool ? Qu'est-ce qui dans la relation peut vous amener à penser que vous êtes compris ?
- En quoi pensez-vous que l'expérience du médecin généraliste peut améliorer son relationnel dans le cadre de cette problématique ?

3/ Compétences cliniques – Connaissances et savoir-faire :

- D'après vous, quelles sont les connaissances nécessaires pour prendre en charge des problèmes liés à l'alcool ?
- Que pensez-vous des connaissances de votre médecin traitant dans ce domaine ?
- Qu'attendez-vous de votre médecin ou qu'attendriez-vous de lui ?
- En quoi pensez-vous que l'expérience du médecin généraliste peut améliorer ses compétences cliniques dans le cadre de cette problématiques ?

4/ Disponibilités :

- Que pensez-vous du temps qui vous est accordé en consultation avec votre médecin traitant pour parler d'alcool ?
- Qui est l'intervenant principal en cas de problème aigue lié à l'alcool ? Pourquoi ?
- Qu'attendez-vous de votre médecin traitant en termes de disponibilité ?
- Quels aménagements paraîtraient indispensables pour favoriser sa disponibilité dans le cadre de cette problématique précise ?

5/ Pistes de travail :

- Que retenez-vous de positif et négatif dans la relation avec votre médecin traitant ?
- Que proposeriez-vous pour améliorer cette relation ou la rendre plus constructive ?
- Avez-vous quelque chose à ajouter ?

« 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

Consultations spécialisées addictologiques et prise en charge de troubles liés à l'usage de l'alcool : exploration par entretiens semi-dirigés des attentes des patients sur la place de leur médecin généraliste dans le parcours de soin

Introduction : en France, les troubles liés à l'usage de l'alcool représentent un problème majeur de santé publique. Si nous connaissons le rôle attribué aux médecins généralistes par les recommandations de la SFA, les attentes des patients sont moins bien définies.

Méthode : une étude qualitative en induction thématique a été réalisée par entretiens semi-dirigés auprès de onze patients issus de quatre structures spécialisées en addictologie en Normandie, visant ainsi à explorer leurs attentes vis-à-vis de leur médecin traitant.

Résultats : cette étude illustre la divergence de perception entre des médecins réticents à aborder ce problème et des patients demandeurs. Les patients sont aussi demandeurs d'information et d'orientation, et expriment un sentiment de manque de formation de leur médecin pouvant entraîner des préjugés. L'opinion des patients sur la place du médecin généraliste rejoint les recommandations de la SFA en ce qui concerne le repérage et l'orientation. Pour la prise en charge, ils sont plus réticents à se faire suivre par leur médecin traitant mais le regrettent paradoxalement. Les patients sont force de propositions en particulier dans l'organisation d'accueil et l'accompagnement de patients souffrant d'un trouble lié à l'usage de l'alcool en soins primaires mais aussi dans le contenu de formation continue.

Conclusion : les patients reconnaissent le rôle important de leur médecin traitant dans leur maladie alcoolique. Il serait intéressant de proposer des expérimentations au sein des équipes de soins primaires pour optimiser la prise en charge en médecine générale, et favoriser la coordination entre ces deux niveaux de soins.

MOTS-CLÉS : alcool, addictologie, dépendance, relation, médecine générale

Addictological specialized consultation and the taking charge of troubles in connection with alcohol : exploration through semi-directed talks of patient's expectations from their general practitioners in the therapy course

Introduction : in France, the troubles linked with alcohol consumption are major public health problem. If we know the party devoted to general practitioners by the recommendations of the SFA, patient's expectations are much less defined.

Method : a qualitative study in thematic induction has been made by semi-directed talks with eleven patients coming from four specialized structures in Normandy, aiming at exploring thus their expectations facing their general practitioners.

Results : the study shows the perception gap between practitioners unwilling to tackle from problem and the requesting patient. Patients are also in quest of information and orientation, and they feel their general practitioners are insufficiently trained, which can create prejudices. Patients' opinion of the place of general practitioners join the SFA recommendations as concerned detection. As to taking charge, they are less inclined to be treated by their attending physicians, but they paradoxically regret it. Patients bring in propositions on the reception organization and the care of first level patient suffering from a troubled connected alcohol consumption but also in continued education.

Conclusion : patients acknowledge the important part played by the attendant physician in their alcoholic addiction. It would be interesting to propose experiments within the first level teams to improve charge taking by general practitioners and the coordination between these two levels of care taking.

KEY WORDS : alcohol, addictology, addiction, relationship, general practice