



HAL
open science

Les médecins généralistes dans la prise en charge / accompagnement des patients avec mésusage de l'alcool : enquête qualitative par entretiens semi-dirigés

Marie-Laurence Nguyen Dinh

► To cite this version:

Marie-Laurence Nguyen Dinh. Les médecins généralistes dans la prise en charge / accompagnement des patients avec mésusage de l'alcool : enquête qualitative par entretiens semi-dirigés. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-03573745

HAL Id: dumas-03573745

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03573745>

Submitted on 7 Apr 2022

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

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



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

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES
Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2019

N° 104

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

Les médecins généralistes dans la prise en charge / accompagnement
des patients avec mésusage de l'alcool :
enquête qualitative par entretiens semi-dirigés

Présentée et soutenue publiquement
le 25 juin 2019

Par

Marie-Laurence NGUYEN DINH

Née le 14 juin 1986 à Hô Chi Minh Ville (Viet Nam)

Dirigée par M. Le Professeur Laurent Rigal (PU-PA) et Mme Géraldine Bloy (MCU)

Jury :

M. Le Professeur Henri Partouche (PU-PA) Président

M. Le Docteur François Lhuissier (MCU)

Mme Le Docteur Émilie Bourges

REMERCIEMENTS

Merci à Monsieur le Professeur Henri Partouche,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury, veuillez trouver ici l'expression de mes sentiments respectueux et ma sincère reconnaissance. Merci à vous de m'avoir accompagnée et guidée tout au long de mon internat.

Merci à Monsieur le Docteur François Lhuissier et à Madame le Docteur Emilie Bourges.

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

Merci à Monsieur le Professeur Laurent Rigal et Madame Géraldine Bloy qui ont dirigé cette thèse, merci pour votre soutien, votre disponibilité et votre patience. Votre exigence m'a incitée à améliorer et approfondir ma réflexion.

Merci à tous les médecins qui ont participé à ce travail pour le temps consacré et pour leurs témoignages.

Merci à Daphné pour ton soutien et ton travail complémentaire au mien.

Merci à Chantal pour tes talents, ton aide si précieuse sur cette thèse.

Merci à mes maîtres de stage, mes formateurs qui d'années en années me réconfortent dans ce choix de métier, de pratique et de vie car la médecine est un art, une passion qui s'enseigne et s'apprend par compagnonnage.

Merci à mes parents, ma famille, ma belle-famille d'avoir toujours été si présents, merci de vos encouragements.

Merci à Anne, Antoine, Vibol, Titi, Vivi, Sophie, Juju, Fatou ... à toutes ces belles personnes que j'ai rencontrées sur ce chemin.

Merci à Sithy et à tous ceux qui ont cru en moi.

Merci à Fei, ma meilleure amie et la marraine de mon fils ; "Quand on veut, on peut".

Merci à Florent, mon Amour avec qui je construis ma vie, qui fait mon bonheur, qui m'a toujours si bien accompagnée et épaulée dans cette aventure ... et l'aventure ne fait que commencer ...

Merci à ma mère, mon idole de toujours.

**LES MEDECINS GENERALISTES DANS LA
PRISE EN CHARGE / ACCOMPAGNEMENT DES
PATIENTS AVEC MESUSAGE DE L'ALCOOL**

TABLE DES MATIÈRES

Remerciements	2
Table des matières	5
Introduction	8
I – Préambule	9
II – Problématique	9
III – La lutte contre l'alcoolisme	10
1 – Au XIXe siècle	10
2 – Au XXe siècle	11
a – Les actions prônées par les pouvoirs publics	11
b – Les actions menées par le monde médical	12
IV – Le médecin généraliste dans la lutte contre l'alcoolisme de nos jours	13
1 – Un rôle théorique.....	13
2 – Les recommandations	13
3 – Les outils à disposition du médecin généraliste dans la lutte contre l'alcoolisme ..	15
a – L'intervention brève	15
b – Les formations	16
c – Les recours aux soins spécifiques à l'alcoologie	16
d – Les médicaments	18
4 – Dans la pratique	21
Matériel et méthode	24
I – Méthodologie de l'étude « Pratiques préventives en médecine générale, PreVQuali » entre 2010 et 2012	25
1 – Choix de la méthode qualitative	25
2 – Guide d'entretien	26
3 – L'échantillon	27
4 – Caractéristiques des entretiens.....	28
5 – Reprise de l'étude PreVQuali	28
6 – Analyse des entretiens de PreVQuali	28
II - Méthodologie de l'étude ancillaire PreVQuali OH entre 2018 et 2019	30
1 – Elaboration du guide de l'entretien de PreVQuali OH	30

2 – Recueil des données et analyse des entretiens de PrevQuali OH	30
3 – Limites et avantages de PrevQuali OH	31
4 – Tableau de l'échantillon	32
Résultats et discussion.....	35
I - Comment les médecins généralistes s'engagent-ils pour un changement de comportement des patients ?.....	36
1 – A qui les médecins généralistes proposent-ils une réduction de consommation voire un sevrage ?	36
a – Les patients ayant une consommation nocive.....	36
b – Les patients ayant une consommation à risque	37
c – Les patients ayant une consommation excessive non encore nocive et à risques invisibles	38
2 – Les différentes formes de résistance des patients.....	39
a - De mauvaises informations	39
b - Le déni.....	40
3 – La prise de conscience	41
a – Les morbidités liées à la consommation d'alcool	41
b – Le « conseil minimal »	42
c – L'entretien motivationnel	42
II – Quelle place prennent les médecins généralistes une fois le sevrage décidé par les patients ?.....	44
1 – Les objectifs de la prise en charge.....	44
a – Abstinence ou réduction de la consommation ?	44
b – Tabac / alcool, lequel choisir ?	45
2 – Le médecin généraliste seul	46
3 – Le médecin généraliste en retrait.....	48
4 – Les raisons d'adresser les patients	50
a – Le manque de temps.....	51
b – Le manque de connaissance en alcoologie	52
c – Le besoin d'une pluridisciplinarité	53
5 – A qui les médecins généralistes adressent-ils leurs patients ?	54
a – Les centres d'addictologie	54
b – Les spécialistes libéraux en ville	56
c – L'hôpital.....	57
d – Les associations	58
6 – La prise en charge psychologique	58

7 – Le médecin généraliste et la famille	61
III – La place des médicaments	63
1 – Le traitement du syndrome de sevrage.....	63
a – Benzodiazépine, le diazépam.....	63
b – La vitaminothérapie	64
2 – L'aide au maintien de l'abstinence ou la réduction de la consommation	64
a – L'acamprosate (Aotal®), la naltrexone (Revia®), le disulfirame (Esperal®), le nalméfène (Selincro®).....	65
b – Le baclofène	66
c – Les antidépresseurs, les anxiolytiques et autres	69
IV - Deux façons de faire avec les patients	71
1 – Le médecin « préparateur bienveillant »	71
2 – Le médecin « accompagnateur bienveillant »	72
3 – La place du baclofène dans ces deux profils	74
Conclusion.....	75
Bibliographie	78
Annexes	82

INTRODUCTION

I – PRÉAMBULE

Cette thèse rentre dans un cadre plus large d'une étude qualitative déjà connue et qui date de 2010, PrevQuali. Cette étude s'intéressait à plusieurs domaines de prévention en médecine générale, dont l'alcool.

Pour réactualiser le sujet de l'alcool, nous sommes deux internes du département de médecine générale de Paris Descartes à se replonger sur cette ancienne étude avec la réalisation d'une étude ancillaire complémentaire, PrevQuali OH.

De nos travaux ont émergé deux thèses distinctes indissociables. Celle de Daphné Brion s'intéressera au repérage et à l'abord du sujet de l'alcool en médecine générale ; la mienne, qui lui fait suite, développera l'aspect de la prise en charge et l'accompagnement des patients avec mésusage de l'alcool.

II – PROBLÉMATIQUE

L'usage de l'alcool occupe une place prépondérante dans la vie de la population française. Il appartient à notre culture et est ancré dans nos habitudes alimentaires. Il accompagne des événements marquants de la vie sociale comme les mariages, les anniversaires, les repas de famille, les pots sur les lieux de travail...

Quand on trinque avec un verre d'alcool, on y voit un rapport avec le partage, les célébrations, la fête entre amis. En effet, la consommation d'alcool est toujours euphorisante, désinhibante et permet de s'amuser, de créer plus facilement des liens sociaux et de s'intégrer en société.

L'alcool mais surtout le vin fait partie du patrimoine gastronomique français. Il est incontournable aussi bien dans le paysage que dans l'économie de l'Hexagone. Il existe des vignes dans toutes les régions de France. Les vignes de Bourgogne et de Champagne sont classés par l'UNESCO dans la catégorie « paysages culturels ».

Le pays a trôné pendant longtemps au premier rang mondial de la production vinicole. Il se situe au 5^e rang européen pour la production de bière, et au 3^e rang européen pour les spiritueux [1].

Le chiffre d'affaires du vin s'élève à des milliards d'euros. Ceci grâce aux ventes mais également grâce à l'œnotourisme. Le vin crée de nombreux emplois. Les taxes sur les boissons alcoolisées rapportent à l'Etat [1]. D'ailleurs, le mouvement Vin et Société l'appelle « l'Or rouge ».

La consommation d'alcool a diminué de plus de moitié lors de ces cinquante dernières années : 11,7 litres d'alcool en moyenne par habitant en 2017 contre 26 litres en 1961 avec une stagnation depuis 2013, d'après l'Observatoire Français des Drogues et de la Toxicomanie (OFDT) [2].

Cette diminution s'accompagne essentiellement de la diminution de la consommation du vin (annexe 1). Le vin reste la boisson alcoolisée la plus consommée dans notre pays suivie de la bière (21%) puis des alcools forts (16%) [3].

La réduction régulière de la consommation est jugée positive par les épidémiologistes. Cependant, la France occupe encore le 3^e rang des pays membres de l'OCDE les plus consommateurs derrière la Lituanie et l'Estonie. Sa consommation est supérieure de

30% à la moyenne des pays européens membres de l'OCDE [1].

En 2014, parmi les français âgés de 11 à 75 ans, le nombre estimé de consommateurs d'alcool est de 8,7 millions pour les usagers réguliers et de 4,6 millions pour les usagers quotidiens dont 2 millions ont une consommation excessive d'après l'Institut National de Prévention et d'Education en Santé (INPES) [4].

L'alcool présente aussi un côté obscur.

En France, chaque année, le nombre de décès lié à la consommation d'alcool est de 41 000 dont 30 000 décès chez les hommes et 11 000 décès chez les femmes, soit respectivement 11 % et 4 % de la mortalité des adultes de 15 ans et plus. Ceci fait de l'alcool, la seconde cause de mortalité évitable, après le tabac [5].

D'un côté, l'alcool enrichit l'économie française ; de l'autre, il représente un coût sanitaire estimé à des milliards d'euros. Dans ce coût, sont englobés les soins ambulatoires et les soins d'hospitalisation mais aussi les coûts sociaux également très importants : inefficacité et absentéisme professionnels, violences, maltraitements, conflits familiaux, suicides, accidents domestiques et accidents de la route...[6].

Le coût social total en 2010 a été évalué à 118 milliards d'euros [7].

Il faut donc lutter contre ce fléau sanitaire.

III – LA LUTTE CONTRE L'ALCOOLISME

1 – Au XIX^e siècle

C'est seulement à partir du XIX^e siècle que le « boire » apparaît comme source de trouble social. L'ivresse est ainsi souvent mise en images dans les films comme signe d'un échec masculin, social, amoureux, ou aussi comme source de violence.

La consommation est sacralisée mais elle doit tout de même être contrôlée. La figure de l'ivrogne, de celui qui perd le contrôle est déjà pointée du doigt. Il n'existe pas encore de prise en charge médicalisée. L'infime partie de la population qui a une consommation considérée comme anormale est stigmatisée et mise à l'écart. Ces personnes sont considérées comme des « ivrognes », et il n'est pas nécessaire de s'en préoccuper. La phase aiguë est gérée en mettant ces « ivrognes » de côté afin d'éviter le trouble à l'ordre public, sans se préoccuper de la personne.

L'ambivalence de l'image de l'alcool est prononcée dès cette période.

D'un côté, la bourgeoisie du XIX^e siècle invente la gastronomie et l'œnologie et affiche ses excès. Les savoirs gastronomiques et œnologiques, l'usage du cigare, sont les signes de la réussite financière et politique.

De l'autre, cette même bourgeoisie adhère massivement au mouvement anti-alcoolique : l'alcoolisme est un fléau grossier, prolétaire qui met en péril la nation du fait de la production de mauvais alcools industriels. A contrario, le bon vin, produit du terroir, est un signe de culture et de goûts distingués.

Cette époque marque l'avènement de la société industrielle et de la classe ouvrière. L'alcool devient accessible au plus grand nombre. « L'ivrognerie » fait place petit à petit à « l'alcoolisme ». On distingue les alcoolisations ponctuelles réservées aux « élites »

et les alcoolisations chroniques, populaires [8].

Magnus Huss, médecin suédois, introduit le terme d' « alcoolisme », décrivant les multiples alcoolopathies viscérales ou mentales dans son ouvrage « Alcoholismus chronicus » datant de 1849.

Les affections viscérales et les troubles du comportement liés à la surconsommation d'alcool sont enfin reconnus.

La traduction française de cet ouvrage sera publiée en 1852 mais y est décrit « l'alcoolique » et non encore « le malade ».

A la même période, les politiques répressives et les campagnes anti-alcooliques se multiplient. Citons, la répression de l'ivresse publique par la loi du 13 février 1873, l'obligation d'enseignement concernant les dangers de l'alcool au point de vue de l'hygiène, de la morale et de l'économie sociale et politique en 1895, l'interdiction de l'absinthe en 1915 au début de la Grande Guerre...

2 – Au XX^e siècle

Nous avons vu que la consommation d'alcool diminue depuis le milieu du XX^e siècle. Ceci est corrélé aux multiples actions de lutte contre l'alcoolisme de cette période.

a – Les actions prônées par les pouvoirs publics

Sous l'impulsion du gouvernement de Pierre Mendès France, à partir de 1954, l'action publique contre l'alcoolisme prend de multiples formes :

- ✓ Réduction de l'offre, à partir de 1954, fermeture des débits de boissons et réglementation des points de vente ; obligation est faite aux employeurs de mettre à la disposition de leurs salariés de l'eau potable sur les lieux de travail, disparition du privilège du bouilleur de cru en 1960,
- ✓ Développement de la prévention scolaire et de la prévention routière,
- ✓ Organisation de campagnes publicitaires anti-alcool,
- ✓ Réglementation de la publicité avec interdiction d'associer l'alcool au sport et à la conduite automobile,

Puis la prévention s'accélère avec de nouvelles réglementations :

- ✓ Aggravation des peines pour conduite en état d'ivresse en 1985. Depuis le décret du 29 août 1995, l'alcoolémie légalement tolérée pour tout conducteur de véhicule est établie à un taux de : 0,5 g/l de sang (0,25 mg/l d'air expiré),
- ✓ Mise en place de campagnes publicitaires chocs comme en 1984 « Un verre ça va, trois verres...bonjour les dégâts »,
- ✓ Enseignements d'alcoologie, depuis 1971, pour les étudiants en médecine, les élèves des professions paramédicales, les juristes et les travailleurs sociaux
- ✓ Création de la Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (MILDT) en 1982 qui deviendra en 2014 la Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues Et les Conduites Addictives (MILDECA). Elle est placée sous l'autorité du Premier Ministre. Elle prépare les plans gouvernementaux de lutte contre les drogues et veille à leur

application [9][10].

La Loi n° 91-32 dite loi Évin du 10 janvier 1991 (Journal officiel du 12 janvier 1991) interdit :

- ✓ « La publicité pour des boissons alcoolisées dans la presse pour la jeunesse et la diffusion de messages publicitaires à la radio le mercredi, et les autres jours entre 17 heure et minuit.
- ✓ La distribution aux mineurs de documents ou objets nommant, représentant ou vantant les mérites d'une boisson alcoolisée.
- ✓ La vente, la distribution et l'introduction de boissons alcoolisées dans tous les établissements d'activités physiques et sportives (l'ouverture d'une buvette lors d'une manifestation sportive peut toutefois être délivrée sur autorisation).
- ✓ Les affichages publicitaires doivent se limiter à certaines indications et être accompagnés d'un message préventif à l'égard de l'abus d'alcool. Toute publicité à la télévision et au cinéma est interdite. »

Pourtant, ce n'est que très récemment que l'alcool a pris sa place parmi les substances psycho-actives considérées comme dangereuses du fait de leurs effets potentiellement sévères.

Depuis 1999, les compétences de la Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (MILDT) sont étendues à l'ensemble des substances psychoactives licites, au rang desquelles figure l'alcool [10].

b – Les actions menées par le monde médical

Le milieu du XX^e siècle correspond aussi à l'apparition de l'alcoologie. Ce mot est définie par Pierre Fouquet, fondateur de la Société Française d'Alcoologie (SFA), comme une « science au carrefour de la médecine, de la psychologie, de la psychiatrie et de la sociologie » : le buveur devient un véritable malade.

En 1978, l'alcoolisme est reconnu comme maladie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

Les ligues « anti-alcool » ou les mouvements de lutte contre l'alcoolisme se multiplient.

La plus ancienne est la Société Française de Tempérance née dans les années 1870, mieux connue sous le nom actuel d'Association Nationale de Prévention en alcoologie et addictologie (ANPAA). Cette grande association est reconnue d'utilité publique depuis 1901 [11].

D'autres suivront comme la Croix d'Or née en 1910, devenue Alcool Assistance, membre de la Société Française d'Alcoologie depuis 1995. Les Alcooliques Anonymes voient le jour en 1960 en France.

En 1955, Raymond-Michel Haas a fondé à l'hôpital de Saint Cloud, le premier service d'alcoologie avec l'idée d'un traitement psychothérapeutique et la mise en place d'une psychothérapie de groupe.

Une circulaire ministérielle met en place dès 1970, des Centres d'Hygiène Alimentaire Alcoologie (CHAA) qui sont des lieux d'accueil, d'écoute, de consultations gratuites assurées par des médecins. Ces centres deviendront plus tard les Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) [12].

Les médecins généralistes ont été les pionniers dans ces consultations.

Intéressons-nous plus précisément au rôle du médecin généraliste de nos jours dans la lutte contre l'alcoolisme.

IV – LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE DANS LA LUTTE CONTRE L'ALCOOLISME DE NOS JOURS

1 – Un rôle théorique

La prévalence des problèmes d'alcool dans la patientèle des médecins généralistes est forte. Elle se situe entre 15 et 20% (20 à 25% chez les hommes et 10% chez les femmes). L'alcoolodépendance concernerait environ 12% des hommes et 2% des femmes [13][14]

Des études menées auprès des patients ont démontré qu'ils manifesteraient une confiance élevée en leur médecin généraliste. Pour les patients, la place des médecins généralistes serait légitime pour parler et s'occuper de leurs problèmes d'alcool. Ils attendent de leur médecin une aide dans le sevrage [15][43].

De plus, le médecin généraliste est le seul professionnel de santé consulté par toute la population [16].

En théorie, sa place est donc primordiale pour la prévention et la prise en charge des maladies liées à l'alcool.

C'est pourquoi les sociétés savantes en alcoologie telle que la SFA et les autorités de santé comme la Haute Autorité de santé (HAS) et Santé Publique France (anciennement INPES) demandent que les médecins généralistes s'investissent davantage dans la lutte contre l'alcoolisme de leurs patients [17][18] [29][30].

Mais qu'est-ce que l'alcoolisme ? Sur quels critères les médecins généralistes peuvent-ils s'appuyer pour « catégoriser » la consommation de leurs patients ? Que disent les recommandations ?

2 – Les recommandations

A tout moment, dans l'Histoire de l'alcool, il existe une consommation dite « normale, acceptée » et une autre dite « anormale, mise à l'écart ». Cette typologie a depuis toujours été guidée par les normes de la société. On peut boire, à condition de boire « comme tout le monde, avec modération ». C'est la culture de « oenotempéré », la culture de la norme [20].

Mais de quelle norme s'agit-il ?

Différentes recommandations s'efforcent de donner des définitions claires de la

consommation « anormale » connue depuis les années 2000 sous le terme de « mésusage ».

Ce terme de « mésusage » est utilisé dans la pyramide de Skinner par Marc Kreuter et Philippe Batel.

Il est décrit cinq catégories d'usages (annexe 2) :

- ✓ L'abstinence : absence de consommation de toute boisson alcoolisée,
- ✓ L'usage simple, à faible risque individuel particulier ; l'usage simple peut être occasionnel, intermittent ou continu,
- ✓ L'usage à risque : consommation supérieure aux seuils de dangerosité définis par l'OMS qui n'est pas encore associée à des conséquences pour le consommateur, mais qui est susceptible d'entraîner des dommages si les habitudes de consommation persistent.

Il s'agit d'une consommation déclarée, régulière supérieure à 14 « verres standards » de 10 grammes d'alcool par semaine pour une femme et 21 pour un homme, dans ce total hebdomadaire sont incluses les consommations occasionnelles, il s'agit de ne pas consommer plus de 4 verres par occasion pour les femmes et 5 verres pour les hommes tout en respectant au moins un jour d'abstinence hebdomadaire.

- ✓ L'usage nocif se caractérise par l'existence d'au moins un dommage d'ordre médical, psychique ou social induit par l'alcool, en dehors d'une situation de dépendance,
- ✓ L'usage avec dépendance est le stade représenté le plus grave : consommation avec perte de la maîtrise. Il s'accompagne de symptômes physiques qui sont contenus dans le syndrome de sevrage apparaissant lors de l'arrêt ou diminution de la consommation d'alcool.

Le mésusage recouvre ces trois dernières catégories.

Les différentes définitions autour de l'usage nocif d'alcool et de dépendance sont retrouvées dans la dixième révision de la classification statistique internationale des maladies de l'OMS (CIM-10), ainsi que dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4^e édition, connu sous le titre de DSM-IV (annexes 3 et 4).

Ces définitions sont des outils de dépistage des différents problèmes d'alcool. Mais elles évoluent perpétuellement.

En 2013, est apparu le DSM-V (annexe 5) qui réévalue les critères d'addiction à une substance. Les notions d'abus et de dépendance ont été retirées. La notion de « craving » qui définit l'envie intense, impulsive de consommer, a été ajoutée.

Les seuils de dangerosité ont été récemment remis en cause.

L'alcool est classé cancérigène pour l'Homme par le Centre International de Recherche sur le Cancer (CIRC). L'éthanol contenu dans les boissons alcoolisées est transformé dans l'organisme en composés favorisant le développement de cancers. Les études scientifiques montrent une augmentation du risque de cancer dès la consommation moyenne d'un verre par jour ; cette augmentation du risque est proportionnelle à la

quantité d'alcool consommée. Ainsi, toute consommation régulière d'alcool, même faible, est à risques.

Parmi ces études, nous retenons celle menée récemment par l'Institut Américain de Recherche sur le Cancer (AICR) et du Fonds Mondial de Recherche sur le Cancer (WCRF). Les chercheurs affirment que même un verre d'alcool par jour augmente le risque de cancer du sein. Le constat est bien le même, qu'il s'agisse d'un verre de vin ou d'une autre boisson alcoolisée [21][22].

Pendant longtemps, la croyance populaire voulait que l'alcool et surtout le vin aient un impact positif sur la santé mais une étude publiée en mai 2018 sur le Lancet démontre le contraire.

Celle-ci évalue les niveaux de consommation d'alcool et leurs effets sur la santé dans 195 pays, sur près de 28 millions de personnes et la valeur des informations qui en ressort tient principalement à l'impressionnante taille de la cohorte.

Les chercheurs ont ainsi démontré que non seulement l'alcool n'a aucun effet protecteur sur la santé mais, que, de plus, les risques augmentent quelle que soit la quantité bue [23].

En France, L'Institut National de Cancer (InCa) a demandé en 2018 à passer à 2 verres par jour maximum pour les hommes et les femmes sachant que ne pas boire du tout serait le mieux.

3 – Les outils à disposition du médecin généraliste dans la lutte contre l'alcoolisme

a – L'intervention brève

L'outil le plus recommandé pour favoriser une baisse de la consommation d'alcool du patient est l'intervention brève car son efficacité a été longuement démontrée [24][25].

Encore une fois, pour la HAS, l'INPES et la SFA, le médecin généraliste est le pivot central de la prise en charge du mésusage d'alcool des patients. Elles préconisent donc l'utilisation de l'intervention brève au cabinet [17][18][26]:

Les étapes de l'intervention brève consistent à :

- ✓ Restituer au patient les résultats d'un test de repérage en lui indiquant que sa consommation correspond à la catégorie « consommation à risque ». Ce test peut être réalisé par des questionnaires comme AUDIT, FACE, DETA... (Les questionnaires pour le repérage sont développés dans la thèse de Daphné Brion.)
- ✓ Informer sur les risques particuliers que le patient encourt s'il continue à consommer de l'alcool de cette manière,
- ✓ Lui faire choisir un objectif de changement de comportement,
- ✓ Le conseiller sur les limites à ne pas dépasser (normes OMS).

« Boire moins c'est mieux » est une équipe française sous l'égide de l'OMS. Elle travaille pour la diffusion de la pratique de l'intervention brève en soin primaire [45][46].

Pour valoriser cet effort d'intervention des médecins généralistes et ainsi favoriser sa généralisation à la patientèle, l'intervention brève est désormais cotée dans la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP).

Malgré cet engouement, quelques études notamment celles menées par Dominique Huas doutent de l'intérêt de l'intervention brève faite aux usagers à risque et à l'usage nocif dans le contexte française. Les raisons soulevées sont :

- ✓ Le repérage systématique des consommateurs excessifs d'alcool dans les consultations de soins primaires peut être vécue comme intrusif,
- ✓ La mauvaise observance des conseils par les patients,
- ✓ L'inadéquation des interventions brèves avec la complexité des problèmes détectés qui ne se limitent pas à la simple consommation d'alcool [47][48].

b – Les formations

La SFA souhaite que les médecins soient formés afin de mieux repérer, diagnostiquer et accompagner les patients mais il semble que les formations manquent.

Par exemple, dans la formation initiale de différents départements parisiens de médecine générale, il existe uniquement un module Addictions qui représente deux heures de cours magistraux et qui traite l'ensemble des addictions quelles qu'elles soient. Dans la formation continue, une seule faculté parisienne propose un diplôme universitaire en alcoologie.

c – Les recours aux soins spécifiques à l'alcoologie

Le Ministère de la Santé a élaboré un plan concernant la prise en charge et la prévention des addictions. Les priorités seraient de mieux prendre en charge les addictions dans les établissements de santé et les centres médico-sociaux et d'améliorer leur coordination pour un meilleur suivi et accompagnement du patient. Ces lieux de soins pourraient constituer le réseau des médecins généralistes [49].

L'hôpital :

L'alcool est l'une des premières causes d'hospitalisation en France. Une étude effectuée via les Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) et publiée en 2015 montre que dans les services de médecine, chirurgie et obstétrique, 580 000 séjours en 2012 étaient liés à un problème avec l'alcool. La même année, plus de 5 millions de journées d'hospitalisation en psychiatrie et en Services de Soins de Suite et Réadaptation étaient aussi liées au diagnostic « alcool » [27].

Les Equipes de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA) sont des équipes mobiles hospitalières, composées au mieux d'un médecin, d'un(e) infirmier(e), d'un(e) psychologue et/ou d'un(e) assistant(e) social(e). Elles apportent une aide aux médecins hospitaliers dans les prises en charge de sevrages, lorsque l'hospitalisation en addictologie n'est pas possible, du fait d'autres pathologies plus lourdes présentes ou du manque de place. Elles assurent également la liaison entre le milieu hospitalier et le médecin de ville.

L'hôpital est souvent le dernier recours quand la maladie alcool devient ingérable en

ambulatoire.

Les CSAPA :

Les Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) sont des structures résultant du regroupement de services spécialisés pour l'alcool et les drogues : les Centres de Cure Ambulatoire en Alcoologie (CCAA), historiquement Centres d'Hygiène Alimentaire et d'Alcoologie (CHAA) et les Centres de Soins Spécialisés aux Toxicomanes (CSST). Ses missions sont détaillées dans l'annexe 7.

Entre 2010 et 2016, la file active totale estimée des CSAPA a augmenté de près de 17%, cette évolution étant entièrement liée à l'augmentation des files actives des CSAPA étiquetées « alcool ».

En 2016, on recense, 375 CSAPA en ambulatoire avec un nombre estimé d'un peu plus de 308 000 patients.

La file active « alcool » concerne 226 CSAPA, le nombre de patients traités pour les problèmes d'alcool dépasse les 205 000. Ce qui fait de l'alcool, le premier produit d'addiction pris en charge en CSAPA (contre 149 CSAPA « drogues illicites » qui traitent un peu plus de 102 000 patients). Mais nous sommes loin des 2 millions de consommateurs excessifs d'alcool estimés par l'INPES.

Le nombre de CSAPA « alcool » a tendance à augmenter et celui des CSAPA « drogues illicites » à décliner [28]. Nous voyons là que la demande de prise en charge pour les problèmes d'alcool est de plus en plus importante.

Les CMP :

Parce que la dépendance à l'alcool peut s'accompagner de problèmes psychiatriques, les patients peuvent se retrouver en Centre Médico-Psychiatrique (CMP).

Il existe des CMP dans tous les départements français. Ils ont pour mission d'accueillir gratuitement toutes les personnes en souffrance psychique. Auparavant dénommés dispensaires d'hygiène mentale, les CMP sont des établissements publics qui regroupent des spécialistes et proposent une offre de soins mentaux pris en charge par la Sécurité Sociale.

Un CMP regroupe des médecins psychiatres, des psychologues cliniciens, des infirmières, des assistantes sociales, des psychomotriciens, des orthophonistes et des éducateurs spécialisés.

Il assure généralement des consultations, visites à domicile ou encore des soins infirmiers. Les CMP sont en charge d'un secteur géographique déterminé et sont rattachés à un hôpital public.

Les autres orientations :

Les patients voient aussi les spécialistes libéraux. Nous n'avons pas retrouvé de chiffres officiels concernant ce recours qui est pourtant essentiel dans certaines situations.

Les associations d'entraide peuvent également s'avérer bénéfiques dans la prise en charge des patients avec un trouble de l'usage d'alcool car ils y rencontrent des personnes connaissant les mêmes difficultés qu'eux. Cette aide confraternelle consiste en un soutien lors de réunions de groupes de paroles, proposées par des bénévoles la plupart du temps [17][43].

Tous ces lieux de soins, bien que nombreux, restent encore insuffisants face à la demande.

Les délais d'attente sont longs, les places à l'hôpital se font de plus en plus rares, les patients attendent souvent dans les services d'urgences.

Ils sortent dès que la pathologie aiguë est traitée.

Les équipes ELSA sont de moins en moins nombreuses, les effectifs manquent.

L'engorgement et le coût de ces soins expliquent en partie pourquoi il est demandé au médecin généraliste de s'impliquer de plus en plus.

Mais comment les médecins généralistes peuvent-ils mener un sevrage ? Et quels sont les médicaments proposés ?

d – Les médicaments

La SFA et l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (qui n'existe plus puisque regroupée dorénavant dans la HAS) ont travaillé conjointement pour la rédaction de la conférence de consensus sur les « Objectifs, indications et modalités du sevrage du patient alcoolo-dépendant » en 1999, puis sur les « Modalités de l'accompagnement du sujet alcoolo-dépendant après un sevrage » en 2001. Ces conférences consensus restent la référence en la matière, bien que peu récentes.

Elles indiquent que :

- ✓ « Les benzodiazépines sont le traitement médicamenteux de première intention du syndrome de sevrage. Le diazépam (Valium®) prévient mieux les crises comitiales et le delirium tremens. L'oxazépam (Séresta®) trouve un intérêt dans le sevrage car il n'y a pas de risque d'accumulation en cas d'insuffisance hépatocellulaire. La prescription de benzodiazépine ne doit pas excéder plus de sept jours sauf si complication. Elle doit être arrêtée progressivement et définitivement au bout d'un certain temps afin d'éviter toute co-addiction.
- ✓ Elle doit être associée à une hydratation (environ 2 litres d'eau par jour).
- ✓ La vitaminothérapie B1, B6, PP est très importante. La plus importante étant la vitamine B1 qui en cas de déficit lors d'un sevrage, peut conduire à l'encéphalopathie de Gayet-Wernicke alors que la vitamine B6 ne doit pas être prolongée compte tenu du risque potentiel de neuropathies liées à son surdosage.
- ✓ Un sevrage ambulatoire n'est possible que si le patient présente un entourage présent, un état thymique satisfaisant sans pathologies psychiatriques ajoutées, l'absence d'antécédent de délirium tremens ou de crises comitiales et l'absence de complications sur le plan somatique.
- ✓ Lorsque le sevrage ambulatoire est réalisé, il est impératif de suivre son patient de façon rapprochée afin d'évaluer sa tolérance au sevrage ; il est

d'ailleurs possible de s'aider des échelles CIWA ou Cushman (annexe 8), et en fonction des résultats d'adapter les posologies de benzodiazépines [29] [30]. »

Lorsque l'étape du sevrage est réussie, vient alors le stade de maintien d'abstinence et de prévention des rechutes.

Nous énumérons, ci-après, les différents traitements médicamenteux qui existent.

L'acamprosate (Aotal®) a été mis sur le marché en 1987.

La posologie recommandée dans l'autorisation de mise sur le marché (AMM) est de 2 comprimés le matin, le midi et le soir chez le sujet de plus de 60 kg et de 2 comprimés le matin, 1 le midi et 1 le soir chez le patient pesant moins de 60 kg. La durée de traitement recommandée est de 12 mois [31].

Une méta-analyse Cochrane publiée en 2011 évalue l'efficacité et la tolérance de l'acamprosate (n = 3233) versus placebo (n = 2939) pour une durée de traitement de 8 semaines à 1 an, en incluant 24 essais cliniques randomisés, contrôlés et réalisés en double aveugle. Elle conclut que « associé à une prise en charge psychosociale, l'acamprosate a réduit le risque de rechute après sevrage et a augmenté la durée cumulée d'abstinence en comparaison au placebo »[32].

L'acamprosate est le médicament qui a été le plus étudié sur ses effets à long terme.

La naltrexone (Révia®) a été mise sur le marché en 1997.

La posologie recommandée dans l'AMM est de 1 comprimé de 50 mg par jour (après le repas) pendant 3 mois à commencer après le sevrage de l'alcool chez les patients alcoolodépendants avec une prise en charge psychologique.

Les trois premiers mois d'abstinence représentent la période où le risque de rechute est le plus élevé. Il est cependant possible de poursuivre la prescription de naltrexone jusqu'à 1 an du fait de sa sûreté d'emploi et de sa bonne tolérance chez les patients, mais le maintien de l'abstinence à long terme n'est pas démontré. La naltrexone a été peu étudiée au-delà de 6 mois de traitement [33].

Le disulfiram (Espéral®) est apparu en 1948. Il est le premier médicament de maintien de l'abstinence. Il est le seul antabuse. En cas de réalcoolisation, il provoque des troubles sévères. Nous voyons là, la notion de dissuasion de consommation d'alcool très dominante à cette période qui se rencontre aussi dans les cures de dégoût de l'alcool, en vogue dans les années 1950.

La posologie recommandée est d'une prise de 500 mg (soit 1 comprimé) le matin à jeûn pendant plusieurs semaines voire plusieurs mois. Le traitement doit être débuté après au moins 24 à 48 heures d'abstinence complète. L'arrêt doit se faire progressivement (250 mg puis 125 mg par jour).

Le nombre d'études contrôlées est faible, elles ne plaident pas en faveur de son utilisation dans le maintien de l'abstinence. Par contre, la consommation d'alcool, à la fois en quantité et en fréquence, est moindre chez les patients qui font l'expérience d'une réaction antabuse [34].

Le nalméfène (Selincro®) a obtenu l'AMM européen dans la prise en charge de la dépendance à l'alcool en 2013. En France, l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM) n'a pas délivré d'AMM française pour le Selincro® pour le moment. La HAS a considéré que le service médical rendu était modéré et l'amélioration du service médical rendu mineur.

Le nalméfène doit être pris lorsque le patient en ressent le besoin : chaque jour où il perçoit le risque de boire de l'alcool, la prise du nalméfène doit se faire de préférence 1 à 2 heures avant le moment où le patient anticipe une consommation d'alcool. Si le patient a commencé à boire de l'alcool avant la prise de nalméfène, il devra prendre un comprimé dès que possible [35].

La dose maximale autorisée est de 1 comprimé de 18 mg par jour [35].

Finalement, l'acamprosate sort un peu du lot. Il est le seul à avoir démontré une efficacité versus placebo pour le maintien à l'abstinence sur le long terme.

Un nouveau médicament utilisé en alcoologie a fait son apparition sur le marché. Il a fait couler beaucoup d'encre ces dernières décennies pour obtenir l'AMM dans l'alcool-dépendance. C'est le baclofène.

Il est initialement autorisé en France depuis 1974 dans le traitement des contractures musculaires involontaires d'origine cérébrale survenant au cours d'affections neurologiques telles que la sclérose en plaques.

Au début des années 2000, son utilité devient toute autre. Il est un agoniste des récepteurs GABA et pourrait être un traitement de l'alcool-dépendance.

Olivier Ameisen, français, cardiologue à New York, atteint de la maladie alcool, est l'acteur principal de la tournure médiatique du baclofène.

Pour venir à bout de son addiction, il a tout essayé : il assiste à des milliers de réunions des Alcooliques Anonymes, il suit plusieurs psychothérapies impliquant toutes les écoles de pensée, il essaie divers médicaments conduisant à l'abstinence, il bénéficie de l'aide de proches. Malgré tout, il rechute à chaque fois. C'est en lisant des articles relatant l'effet du médicament qu'il décide de faire les premiers essais de prise de cette molécule sur lui-même.

Il s'administre de fortes doses de baclofène et fait l'expérience d'une suppression de la dépendance psychique à l'alcool. Le mal-être persiste, mais le besoin, le désir d'alcool, le « craving » a disparu avec des doses allant de 150 à 500 mg.

Il publie sa découverte dans un ouvrage grand public aux États-Unis en 2008 : « The End of my Addiction », traduit en français sous le titre « Le Dernier Verre ».

Ce nouvel usage thérapeutique marque le début d'une longue histoire de polémiques, de controverses et de passions dans la communauté des patients, des médecins généralistes spécialistes de l'addiction, des neurologues et des psychiatres. La frilosité des autorités sanitaires françaises en charge de la sécurité des médicaments complète le tableau.

Dès 2009, les témoignages sont de plus en plus nombreux de la part des médecins et des patients. Les malades ayant suivi le protocole du Dr Ameisen décrivent une notion inédite en alcoologie, celle « d'indifférence à l'alcool ». Ils se disent capables de

consommer occasionnellement un verre d'alcool sans retomber dans une consommation compulsive ou de craving. Le médicament bénéficie alors d'un engouement des patients. Il devient un « médicament miracle ».

Mais les études qui s'ensuivent ne le glorifient pas. Plusieurs études ont été menées aux Etats-Unis et en Europe dont les conclusions divergent [38].

Le baclofène bénéficie en mars 2014 d'une recommandation temporaire d'utilisation (RTU) par l'ANSM jusqu'à 300 mg par jour.

La Caisse Nationale de l'Assurance Maladie et des Travailleurs Salariés (Cnamts) et l'ANSM en collaboration avec l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (Inserm) ont publié en juillet 2017 les résultats d'une grande étude menée entre 2009 et 2015. Le profil de sécurité du baclofène utilisé à forte dose est préoccupant. Le risque accru d'hospitalisation et de décès augmente avec la dose [39].

L'Agence révisé ainsi sa position concernant la RTU et abaisse la dose maximale à 80 mg par jour. Pour toute posologie supérieure à 120 mg par jour, un deuxième avis de médecin expérimenté dans le traitement de l'addiction alcoolique doit être sollicité : psychiatre, addictologue, neurologue... Pour toute posologie supérieure à 180 mg par jour, un avis devra être pris auprès d'un CSAPA ou d'un service hospitalier spécialisé.

La même année, deux études, Bacloville et Alpadir, ont respectivement montré une efficacité et une égalité avec le placebo dans l'abstinence chez les alcoolo-dépendants. Des résultats divergents qui s'expliqueraient, selon des experts, par une dose quasiment doublée entre l'étude la moins favorable (Alpadir, qui prévoyait une dose maximale de 180 mg par jour) et celle qui a constaté une efficacité (Bacloville, qui avait fixé la limite à 300 mg par jour) [40][41].

Un problème majeur se pose alors : la dose qui semble efficace est aussi celle à laquelle apparaissent des effets indésirables graves.

Mais face aux problèmes de santé publique majeurs que représente l'alcoolisme, l'ANSM a annoncé officiellement le 23 octobre 2018 l'octroi d'une AMM du baclofène dans l'alcoolo-dépendance.

Selon les données de l'ANSM, les médecins généralistes sont les plus nombreux à prescrire le baclofène dans cette indication [les médecins généralistes : 45%, les addictologues : 32%, les psychiatres: 13%] [42].

La vente du médicament explose après la publication du livre du Dr Ameisen en 2008 pour après diminuer suite à la RTU en 2014 (annexe 9) (nous n'avons pas retrouvé les chiffres officiels de sa vente depuis l'AMM).

Les médecins généralistes sont non seulement limités dans le dosage mais de plus, ils semblent parfois perdus dans ces vagues de revirements médicaux et médiatiques.

Un guide de prescription du baclofène permet d'éclairer les médecins [51] et propose un schéma thérapeutique (annexe 10).

4 – Dans la pratique

Nous avons vu que la prévalence des problèmes d'alcool dans la patientèle des médecins généralistes était d'environ 20%. Or, chaque année, les médecins généralistes français ne prennent en charge qu'une vingtaine de patients avec

mésusage d'alcool qui consultent en moyenne trois fois pour ce motif. Ce qui représente moins de 1% de la patientèle.[13][14].

Tandis que la prise en charge de l'addiction au tabac s'est multipliée par deux en cinq ans, que celle de la toxicomanie a augmenté de 50% sur la même période ; la prise en charge de l'alcool-dépendance, elle, stagne depuis 1999 [19].

Force est de constater que la prise en charge des patients présentant un mésusage de l'alcool est bien inférieure au nombre de patients réellement concernés. Il existe donc une discordance entre médecin généraliste et patient au sujet de l'alcool. Les outils mis à disposition des médecins généralistes sont, pourtant, nombreux. Mais peut-être, sont-ils encore insuffisants, mal connus ou mal adaptés ?

Les médecins généralistes éprouvent souvent des difficultés à conseiller les patients lorsqu'il s'agit de consommation d'alcool. Parmi les raisons les plus souvent citées se trouvent :

- ✓ le manque de temps,
- ✓ une formation inappropriée,
- ✓ une inquiétude vis-à-vis des patients réticents,
- ✓ une démotivation devant ce type de pathologie [43].

Le sujet de l'alcool est complexe, nous avons travaillé pour la rédaction de deux thèses complémentaires.

L'abord du sujet de l'alcool en médecine générale fera l'objet de la thèse de Daphné Brion. Elle éclaircira les difficultés du repérage du mésusage. Comment le sujet de l'alcool est-il abordé en consultation ? Par qui ? Quelles sont les méthodes et les outils utilisés par les médecins généralistes ? Quelles sont les déterminants de la décision médicale ?

La présente thèse se focalisera sur la prise en charge ou l'accompagnement des patients avec mésusage de l'alcool dans un cabinet de médecine générale.

Une fois le repérage effectué et le sujet abordé, le travail des médecins généralistes est loin d'être fini. Ils doivent encore savoir et pouvoir proposer un sevrage.

Quels sont les obstacles rencontrés et comment vont-ils les gérer ?

L'expression « prise en charge » met l'accent sur la notion d'une « charge » comme un fardeau, un poids avec une possibilité d'épuisement. Cette expression est volontairement utilisée dans le titre de la thèse car nous verrons que l'alcool est un domaine vaste et compliqué.

La place des médecins généralistes est cruciale et, en accord avec les recommandations, devrait être centrale mais nous verrons que ce n'est pas toujours le cas.

Quelle place occupent-t-ils donc réellement face à tous les recours de soins et au sein de ceux-ci ?

Comment utilisent-ils les moyens mis à leur disposition, notamment les médicaments et, plus particulièrement, le baclofène ?

Pour finir, nous décrivons deux types de pratiques de médecins généralistes qui essaient d'aller le plus loin possible dans la prise en charge et l'accompagnement de leurs patients.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

I – MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE « PRATIQUES PRÉVENTIVES EN MÉDECINE GÉNÉRALE, PREVQUALI » ENTRE 2010 ET 2012

La présente thèse s'inscrit dans le cadre plus large d'une étude qualitative sur les « Pratiques préventives en médecine générale », nommée PrevQuali.

L'étude a été initiée en 2010 par un groupe de travail du département de médecine générale de la faculté Paris Descartes, réunissant plusieurs médecins généralistes seniors et sept internes encadrés par une sociologue. Le travail s'effectuait sous la direction de Géraldine Bloy (MCU en sociologie, LEDi EA 7467 Université de Bourgogne) et Laurent Rigal (devenu PU de médecine générale, CESP Inserm 1018 – Université Paris-Sud).

PrevQuali a été l'une des premières études de grande ampleur à marier les sciences sociales à la médecine générale. Cet angle d'approche en a fait l'originalité. PrevQuali voulait préciser et mieux comprendre les logiques de dispensation de soins préventifs des médecins généralistes. Les soins de prévention pris en considération étaient les dépistages des cancers et les règles hygiéno-diététiques.

1 – Choix de la méthode qualitative

En 2010, le groupe de travail avait fait le choix de la méthode qualitative par entretiens semi-directifs pour répondre au mieux à la question de la prévention en médecine générale.

D'abord utilisées dans les sciences sociales et humaines, les méthodes qualitatives trouvent de plus en plus leur place dans les recherches en santé. La recherche qualitative est particulièrement appropriée lorsque les facteurs observés sont subjectifs, donc difficiles à mesurer. Par définition, elle ne cherche pas à quantifier des données, ni à mettre en avant des liens de causalité, ni à être représentative d'un point de vue statistique, mais permet de donner un aperçu de la pratique concrète, avec ses fondements et ses logiques propres.

Grâce à cette méthode, il devient possible de comprendre, de mettre en perspective et de croiser les différents points de vue ressortant des entretiens. Cette analyse permet de dégager des généralités, de décrire des profils types et d'élaborer des conclusions.

La méthode d'analyse est donc inductive et non hypothético-déductive, elle s'inspire de la démarche de « théorisation fondée » (grounded theory) de Barney Glaser et Anselm. Strauss (Glaser & Strauss, 1967).

Deux méthodes d'enquête deviennent alors possibles : l'observation de consultations ou l'enquête par entretiens.

A priori, l'observation de consultations est l'approche la plus complète pour l'analyse des pratiques de chaque médecin. Cependant elle présente de nombreux désavantages. En effet, il est très difficile pour les internes et les médecins généralistes seniors du groupe de travail, d'apprendre les techniques d'observation propres aux sociologues et aux anthropologues, domaines dans lesquels ils sont novices. De même, la prise de distance est compliquée. Cette technique pose aussi le problème de la mise en commun des observations des différents membres du groupe.

Le groupe d'étude avait donc choisi la deuxième méthode d'approche des pratiques préventives des médecins : l'enquête par entretiens semi-dirigés retranscrits verbatim. Ceci présente l'avantage de recueillir directement les visions de l'interrogé sans pour autant le contraindre par des questions fermées, tout en lui laissant le temps de développer son point de vue mais en cadrant un peu le discours.

Cette méthode est souple et permet de revenir sur certaines idées si besoin. Elle aide à engager une réflexion du médecin interrogé sur sa pratique, sans porter de jugement.

Au final, ces entretiens semi-dirigés permettent de saisir les manières de faire et les logiques d'action de chaque médecin. La méthode s'inspire des entretiens compréhensives de Jean-Claude Kaufmann [50].

2 – Guide d'entretien

Le groupe s'est réuni régulièrement pendant deux ans. La réalisation des entretiens a débuté au printemps 2010 et s'est terminée à l'été 2011. Dix investigateurs y ont pris part : sept internes, deux médecins séniors et la sociologue du groupe.

Chaque entretien avec un médecin se déroulait en quatre temps :

- ✓ Le premier temps de discussion concernait ses formes d'exercices antérieures, son type de patientèle actuel, son lieu, son rythme de travail, et sa façon de travailler (son usage de l'informatique, la présence ou non de secrétaire, l'exercice en cabinet de groupe ou seul...).
- ✓ Le deuxième temps était consacré à sa pratique préventive de manière générale : Sur quels sujets essayait-il d'être le plus présent ? Avec quel niveau d'intérêt ? Quelle conception avait-il de son rôle dans la prévention ?...
- ✓ Le troisième temps permettait de détailler plus spécifiquement un ou deux soins préventifs selon la durée de l'entretien et la disponibilité du médecin interviewé.
Les thèmes spécifiques abordés se répartissent en deux groupes : les dépistages de trois cancers faisant l'objet de recommandations (colo-rectal, sein et cervico-utérin) et les interventions liées aux règles hygiéno-diététiques (tabac, alcool, nutrition, activité physique).
Des questions détaillées étaient préparées sur chacun de ces soins, et c'est dans cette partie que les médecins étaient interrogés sur leur pratique face à l'usage de l'alcool dans leur patientèle.
- ✓ Le quatrième et dernier temps revenait sur des caractéristiques de l'activité médicale et du médecin qui restaient encore inconnues.

Au début de l'investigation, les médecins généralistes interrogés étaient libres de choisir les deux soins préventifs qu'ils souhaitaient développer. Cependant, ultérieurement, les investigateurs se sont aperçus que certains sujets étaient délaissés. Il a donc fallu « pousser » des thèmes peu choisis, ce qui a été le cas pour l'alcool.

3 – L'échantillon

Les médecins généralistes interviewés sont libéraux, omnipraticiens. Pour des contraintes géographiques, le groupe de travail s'était limité à la région parisienne pour le choix des médecins.

L'échantillon n'a pas vocation à être représentatif statistiquement de l'ensemble de la profession, néanmoins le groupe de travail était attentif à avoir un échantillon de médecins non homogène. Ceci a été facilité par la multiplicité des investigateurs et par l'utilisation de différentes méthodes de recrutement.

Les médecins interviewés étaient soit des contacts personnels, soit recommandés par des médecins vus en entretien (méthode « boule de neige »), soit appelés dans l'annuaire téléphonique de manière aléatoire.

Les investigateurs ont été attentifs à la répartition entre les deux sexes et à avoir suffisamment d'entretiens pour chaque thème spécifique.

Ce mode de recrutement présente un biais, les médecins qui acceptent de consacrer une heure de leur temps à une telle étude, sans rémunération, sont certainement des médecins plus intéressés que la moyenne par la recherche en médecine générale ; on peut supposer qu'ils sont donc aussi plus réflexifs sur leurs pratiques et peut-être mieux formés.

Toutefois le recrutement des médecins par l'intermédiaire de contacts personnels ou de recommandations par la méthode « boule de neige » a certainement réduit cet effet en permettant d'atteindre des médecins qui refusent habituellement de participer à ce genre d'étude.

Lors du premier contact, le plus souvent téléphonique, avec les médecins de l'échantillon, il leur était précisé qu'il s'agissait d'une enquête qualitative sous forme d'entretiens, de discussions avec des médecins généralistes, sur le thème de la prévention, sans plus de précision pour préserver la spontanéité de leurs réponses. Il leur était demandé de réserver une plage horaire de minimum une heure pour l'entretien. Tous les entretiens ont été enregistrés avec l'accord des médecins.

Le travail de terrain ne s'est pas fait sans difficulté. La toute première a été la durée de l'entretien induite par cette méthode, qui a été un frein pour les médecins du fait de leurs emplois du temps souvent chargés et de l'absence de rémunération pour la participation à cette étude.

La deuxième difficulté a été l'inexpérience de la plupart des enquêteurs dans la réalisation d'entretiens. La souplesse dans la conduite des entretiens n'était pas évidente, certains collaient trop aux guides d'entretien sans prendre le temps de relever les contradictions des médecins. Parfois, certains médecins partaient dans des digressions difficilement recadrées par l'enquêteur. A l'inverse d'autres, pressés, qui ne souhaitaient pas consacrer trop de temps à l'enquête, faisaient en sorte de fermer le questionnaire par leurs réponses courtes.

Quelques médecins étant interviewés par des internes adoptaient un ton professoral ou paternaliste inadapté à ce type d'entretien.

Ceci a malgré tout permis d'obtenir des discours qui n'auraient certainement pas eu lieu en d'autres circonstances.

4 – Caractéristiques des entretiens

Le corpus de PrevQuali a été ainsi constitué de 99 entretiens. Ces médecins se répartissaient de la manière suivante : 55 hommes et 44 femmes ; 13 médecins conventionnés en secteur 2 et 86 en secteur 1 ; 36 maîtres de stage et 63 non maîtres de stage. L'âge moyen était de 51,4 ans. La durée des entretiens enregistrés s'étend de 30 minutes à 3h 25, avec une durée moyenne autour de 1h 15.

Chaque entretien réalisé a été rendu anonyme, des prénoms ont été attribués de manière aléatoire à chaque médecin.

Tous les entretiens ont été enregistrés avec l'accord des médecins, puis retranscrits verbatim. La consigne pour la retranscription était d'être le plus fidèle possible à l'enregistrement audio, donc le langage parlé a été respecté, certaines mimiques ou les rires ont été signalés, la ponctuation a été adaptée au ton utilisé, les silences ont été indiqués.

Les entretiens ainsi retranscrits ont ensuite été mis à disposition des membres du groupe afin que chacun puisse procéder à son travail de thèse.

5 – Reprise de l'étude PrevQuali

Contrairement à tous les autres soins préventifs examinés, le thème de l'alcool n'a pas été retenu par les internes du collectif de recherche de 2010 pour une analyse dédiée.

De plus, ce thème a été le moins prisé par les généralistes du corpus et a dû être fortement suggéré pour que 19 médecins acceptent de l'approfondir.

Ces constats suggèrent que l'alcool reste perçu comme un champ relativement « mal-aimé » de la prévention en médecine générale.

En 2018, nous sommes deux internes de la faculté de Paris Descartes (Daphné Brion et moi-même) à reprendre le flambeau, toujours sous la responsabilité scientifique de Géraldine Bloy (MCU en sociologie, LEDi EA 7467 Université de Bourgogne) et Laurent Rigal (PU de médecine générale, CESP Inserm 1018 – Université Paris-Sud).

6 – Analyse des entretiens de PrevQuali

Reprendre une étude déjà bien élaborée à laquelle aucune d'entre nous n'a participé à sa création présentait une grande difficulté. Il a fallu rapidement comprendre les enjeux et les attentes d'une étude qualitative telle que PrevQuali. Nos deux co-directeurs de thèse nous ont remis la bibliographie déjà effectuée sur le thème de l'alcool, les thèses et les rapports issus de PrevQuali.

Daphné Brion et moi-même avons ensuite fait des recherches bibliographiques supplémentaires sur le thème de l'alcool et sur la méthode qualitative. Nous nous sommes ainsi imprégnées de l'étude PrevQuali.

Dans un premier temps, notre travail a consisté à analyser le corpus de PrevQuali.

L'analyse des entretiens de PrevQuali a débutée en avril 2017. Tout d'abord nous avons fait une lecture des 99 entretiens. Tous ont parlé à un moment ou un autre de l'alcool. Mais seulement 5 médecins ont choisi ce thème parmi les autres proposés et 14 médecins ont développé le sujet car il a été fortement suggéré par l'investigateur.

Pour ces 19 entretiens, la lecture était d'abord verticale. Nous avons réalisé un fichage pour chaque médecin en faisant ressortir les éléments qui influençaient leur pratique. Cette analyse a parfois permis de mettre en évidence des incohérences dans le discours d'un même médecin ou au contraire de souligner des idées fortes émergeant régulièrement. Nous avons mis ce fichage sous forme de grille de lecture. Chaque ligne correspondait au détail des quatre temps du guide d'entretien avec les questions qui revenaient de manière récurrente et les éléments nouveaux ou pertinents de chaque entretien. Les colonnes mettaient en parallèle le verbatim et l'analyse qui y correspondait. Les cases sont remplies selon ce qui a été mentionné dans l'entretien.

L'analyse s'est affinée par une lecture horizontale des entretiens. Elle compare les médecins sur une question spécifique, elle permet de rechercher des similitudes ou au contraire des oppositions de pratiques chez les différents médecins. Nous pouvons alors discerner les différents types de pratiques.

Ces deux lectures ont été ensuite procédés par triangulation. Nous avons régulièrement comparé nos analyses.

Concernant les 80 autres entretiens, nous avons relevé tous les moments où le sujet alcool a été mentionné soit par le médecin soit par l'investigateur dans un fichier texte. De même, nous avons comparé nos analyses. Ceci a permis d'enrichir nos réflexions sur le sujet.

Au terme de l'analyse des entretiens de PrevQuali, nous avons pu déterminer nos deux thèses distinctes. Daphné Brion s'est intéressée à l'abord de l'alcool en médecine générale. Pour ma part, j'ai travaillé sur la prise en charge et accompagnement des patients avec mésusages de l'alcool dans un cabinet de médecine générale.

C'est à l'issue de l'analyse des entretiens de PrevQuali sur le thème de l'alcool que sont apparues les lacunes de cette étude à savoir :

- ✓ L'ancienneté de PrevQuali nécessitait une réactualisation de ses données,
- ✓ Il fallait aller plus loin que la prévention et s'intéresser explicitement à la prise en charge,
- ✓ Connaître les pratiques des médecins généralistes avec l'arsenal thérapeutique mis à leur disposition était important,
- ✓ Situer la place du baclofène en médecine générale était également essentiel,
- ✓ Enfin, il était nécessaire d'élargir les champs de recueil, d'interroger des médecins plus jeunes, remplaçants, salariés, en province.

PrevQuali OH est une étude ancillaire qui permet donc de combler ces lacunes.

Dans un second temps, nous nous sommes consacrées à l'élaboration du guide d'entretien de PrevQuali OH puis au recueil de données en menant les entretiens.

II - MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE ANCILLAIRE PREVQUALI OH ENTRE 2018 ET 2019

Une étude qualitative évolue sans cesse dans le temps. Au fur et à mesure de l'analyse des entretiens de PrevQuali, nous nous sommes aperçues que certains points nécessitaient d'être plus approfondis et détaillés. De ce constat est née PrevQuali OH, une étude ancillaire qui permet de combler les lacunes de PrevQuali.

La consigne était de réaliser 15 nouveaux entretiens. Il s'agit des entretiens complémentaires aux 19 précédents existants dans PrevQuali. Ils sont dédiés à la seule prise en charge des problèmes d'alcool. Ceux-ci permettent d'examiner plus spécifiquement les logiques de pratiques d'aide au sevrage, notamment par rapport à l'arrivée d'un outil thérapeutique nouveau et controversé qui est le baclofène.

Les 15 nouveaux entretiens constituant PrevQuali OH ont donc été réalisés dans la continuité de la méthode qualitative retenue pour effectuer l'enquête PrevQuali.

1 – Elaboration du guide de l'entretien de PrevQuali OH

Pour l'élaboration du guide d'entretien de PrevQuali OH nous nous sommes appuyées sur les données de PrevQuali.

Elle se présente donc aussi en quatre parties :

- ✓ La première partie (sensiblement identique à PrevQuali) présente le profil du médecin généraliste interrogé : son âge, son ancienneté d'installation, ses associés éventuels, son lieu d'exercice, son type de patientèle, sa façon de travailler (ses horaires...). Des éléments comme les formations qu'il a suivies, notamment en addictologie, la fréquence du sujet d'alcool en consultation étaient développés dans cette partie.
- ✓ La seconde partie s'intéresse à la manière dont le médecin aborde le sujet en consultation. Est-ce de manière systématique ou pas, avec quel type de patient ? Est-il à l'aise ou non ? Quelle est sa façon de quantifier l'alcool bu par le patient, où et comment le note-t-il dans le dossier médical ?...
- ✓ La troisième partie porte sur les méthodes de prise en charge du patient tout en donnant l'éclairage propre au praticien. A quel patient propose-t-il un sevrage ? Comment le fait-il ? Quelle place occupe-t-il parmi les autres acteurs de santé ? Comment utilise-t-il les médicaments, notamment le baclofène ? ...
- ✓ Enfin, la quatrième et dernière partie renvoie son regard sur l'alcool dans la Société.

2 – Recueil des données et analyse des entretiens de PrevQuali OH

Nous avons mené les entretiens PrevQuali OH de mars à septembre 2018.

Au début, le recrutement des médecins généralistes a été téléphonique. Il a été

demandé un entretien de trente minutes sur le sujet de l'alcool en médecine générale.

Personnellement, j'ai contacté tous les médecins aux alentours de mon domicile, de ma ville et de deux villes voisines, soit une vingtaine de médecins généralistes. Aucun d'entre eux n'a voulu participer. Certains ont prétexté un manque de temps, d'autres n'ont pas répondu à mes messages qu'ils aient été laissés à leur secrétariat ou sur répondeur. Aucun médecin n'a indiqué se désintéresser du sujet.

En désespoir de cause, j'ai fini par contacter des médecins généralistes, collègues des médecins seniors de mon lieu de stage, un maître de stage de ma faculté et des médecins généralistes dans les cabinets où j'effectuais des remplacements. Ces médecins m'ont introduite auprès de leurs collègues. C'est ainsi que j'ai constitué mon échantillon de PrevQuali OH.

Nous avons essayé d'avoir une répartition équitable des sexes et âges. La moyenne d'âge des médecins intéressés par le sujet d'alcool en PrevQuali était de 50,7ans. Nous avons essayé de porter notre attention sur des médecins plus jeunes pour l'échantillon de PrevQuali OH.

Pour pointer le contraste dans l'échantillon, nous avons interrogé deux médecins généralistes qui exercent en tant qu'addictologues.

Les entretiens réalisés sont approfondis et durent de 30 à 120 minutes. Chaque entretien a été enregistré, après accord du médecin interrogé, et retranscrit verbatim en essayant d'illustrer le plus fidèlement possible l'ambiance des échanges. Sur la page de garde de chaque retranscription, l'investigateur donnait le nom fictif du médecin (anonymisation) avec quelques caractéristiques systématiques (âge, sexe, maître de stage ou non, secteur, département d'exercice, l'année ou le nombre d'années d'installation, les formations continues). Des éléments trop précis permettant d'identifier les médecins ont été modifiés.

L'analyse des entretiens supplémentaires a débuté dès mars 2018. Nous avons procédé avec la même méthode que pour l'analyse des entretiens de PrevQuali.

3 – Limites et avantages de PrevQuali OH

L'un des plus grands avantages d'une étude ancillaire est de se servir des limites de l'étude précédente. L'enquête PrevQuali OH a permis d'enrichir et compléter celles de PrevQuali.

Malgré tout, quelques limites de PrevQuali sont aussi retrouvées dans PrevQuali OH. Notamment dans la difficulté de recrutement des médecins qui a sans doute eu un impact sur la richesse des réponses. En effet, nous avons dû cibler les médecins généralistes puis laisser l'effet « boule de neige » opérer.

De plus, du fait de l'inexpérience des investigateurs, les entretiens ne sont pas tous égaux et certains sont peu riches en informations.

Par exemple, dans le premier interview que j'ai réalisé (Dr Amanda), je n'ai pas réussi à relancer à partir des réponses qui, de ce fait, restent courtes.

4 – Tableau de l'échantillon

Médecin	Age	S	Dpt	Installé depuis	Type cabinet	Consommation d'alcool personnelle	Formations, orientations particulières
PREVQUALI							
Angélique	46	1	78	1999	Groupe	Occasionnelle, en groupe, diners entre amis	Pas d'orientation spécifique Lecture revue Prescrire Soirées formations
Anne	31	1	75	2010	Groupe	Dans le cadre « festif », épisodes d'alcoolisation aigüe qualifiées « cuites »	Stage d'internat en gastro-entérologie et alcoologie Envisage formation complémentaire DU d'addictologie
Arthur	55	1	75	1989	NR	NR	DU Nutrition, Lecture revue Prescrire, Participation Soirées formations
Baptiste	60	1	78	1981	Groupe	Occasionnelle	Pas d'orientation spécifique Pas de formation en alcoologie
Benjamin	59	2	78	1982	Seul	Régulière qualifiée « modérée »	Mi-temps coordinateur maison de retraite
Caroline	56	1	91	1995	Seule	NR	Pas de formation en alcoologie, Réflexion sur nécessité d'une formation spécifique Inscription groupe Balint
Christian	65	1	75	NR	Seul depuis 2010	Absence de consommation	Pas de formation en alcoologie Séminaires dans cadre FMC
Clément	60	1	75	1985	Seul	Très occasionnelle	Participation réseaux : Sentinelle, Santé Paris Nord, Réseau Diabète, Quiétude Pas de formation en alcoologie
Fanie	63	2	95	1979	Seule	Régulière qualifiée « à la limite » d'une consommation excessive	Participation étude FACE, Participation groupe Balint, Consultations de psychothérapies
Félix	42	1	95	1996	Seul	Quotidienne « 2-3 unités par jour »	Pas de formation en alcoologie Lecture revues médicales Participation congrès

Henri	51	1	91	1988	Groupe	Absence de consommation	Pas de formation en alcoologie Participation groupe de pairs
Hugo	56	2	75	1984	Seul	Qualifiée « modérée », « alcool mondain »	Pas de formation en alcoologie Lecture revues médicales
Luc	67	2	75	NR	Seul	Absence de consommation	Pas de formation en alcoologie Lecture revues médicales
Patricia	45	1	75	1994	Seul	Absence de consommation, qualifiée « anti-alcool »	Pas de formation en alcoologie Participations associations, soirées de formation Réflexion sur nécessité formations en prévention
Sébastien	57	1	75	1993	Groupe	Très occasionnelle	Orientation toxicologie, Travail pendant 10 ans pour la revue prescrire
Régine	60	1	75	1995	Groupe	Consommation occasionnelle	Participation à l'étude PrevQuanti
Romain	60	1	75	1992	Groupe	NR	Participation cours orienté addictologie à la faculté
Victor	NR	1	93	1984	Groupe	NR	NR
PREVQUALI OH							
Amanda	38	1	92	2010	Groupe	Dans le cadre festif, accompagné famille ou amis	Formation baclofène sur internet avec collège des hautes études médicales
Béatrice	58	1	45	1987	Groupe	Décrite comme excessive, problème familial avec l'alcool	Rejet de formation en alcoologie sous forme de jeux de rôles Formations sur tabac et femmes enceintes, IVG médicamenteuse
Cédric	56	1	91	1994	Seul au domicile	Très occasionnelle	Pas de formation en alcoologie DU échographie
Dorian	60	2	91	NR	Seul au domicile	Mauvaise tolérance de l'alcool, consommation très occasionnelle	Formation Sélincro, Participation Groupe Balint
Edy	68	1	91	1980	Seul au domicile	Occasionnelle, jamais seul, avec sa femme	Lecture articles sur l'alcoologie, Lecture livre qui a changé son approche de l'alcool
Florian	34	1	75	2015	Groupe	Occasionnelle, qualifié de « modérée »	Travail une journée en consultation PASS à l'hôpital, DU d'hypnose

Gaëlle	33	1	75	Non	Groupe	Occasionnelle, cadre festif	Remplaçante fixe depuis 4 ans dans un cabinet groupe, Projet d'installation en maison de santé été 2018 Stage d'externat en addictologie
Hélène	41	1	75	2011	Groupe	Qualifiée « neutre », « plaisir », jamais seule	Lecture articles médicaux, Intéressée par formation en alcoologie mais manque de temps
Ilyas	32	1	75	2018	Groupe, MS	Occasionnelle initialement, arrêt récent consommation pour problème de santé	Addictologue en CSAPA pendant deux ans après internat, Capacité d'addictologie
Justin	63	1	75	1985	Seul	Occasionnelle qualifiée « plaisir »	Demi-journée consultation maladies infectieuses à l'hôpital, Formation avec soirée thème Baclofène
Karine	30	1	75	2016	Groupe	Occasionnelle, qualifiée « modérée »	Chef de clinique département médecine générale Paris 7, DU d'hypnose
Lionel	32	1	75	Non	Seul/ groupe	Très occasionnelle	Remplaçant régulier dans deux cabinets différents, Formation théorique cours troisième cycle sur Baclofène
Marion	40	1	93	2017	Groupe	NR	Semestre d'internat en addictologie
Noémie	60	1	93	1990	CSAPA	Occasionnelle	Travaille comme addictologue en CSAPA
Pierre	37	1	75	2014	Groupe	Occasionnelle, expériences d'alcoolisation aigue dans le cadre festif	Pas de formation spécifique en addictologie

RÉSULTATS ET DISCUSSION

I - COMMENT LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES S'ENGAGENT-ILS POUR UN CHANGEMENT DE COMPORTEMENT DES PATIENTS ?

Les modes de consommation ne sont pas abordés de la même façon d'un médecin à l'autre.

Il existe des normes décrites par l'OMS mais chacun a sa propre définition de l'alcoolisme selon son vécu et son rapport personnel à l'alcool.

Par conséquent, chaque médecin agira de manière différente face à ses patients et au mésusage qui est fait de l'alcool.

Cependant, différents degrés dans les mésusages de l'alcool peuvent être définis grâce aux recommandations de l'OMS : l'usage nocif, l'usage à risques et la dépendance.

En complément, lors des entretiens réalisés, nous avons pu mettre en évidence une zone grise concernant l'usage excessif à risques invisibles.

Selon l'usage des patients, les médecins s'impliquent à différents niveaux.

1 – A qui les médecins généralistes proposent-ils une réduction de consommation voire un sevrage ?

a – Les patients ayant une consommation nocive

Les médecins interviennent plus volontiers quand l'usage de l'alcool devient nocif :

- ✓ lorsque la consommation d'alcool a des répercussions sur la santé des patients,
- ✓ quand les examens complémentaires sont perturbés,
- ✓ lorsque les relations sociales, familiales ou professionnelles sont impactées.

Dr Hugo (PrevQuali – 56 ans) :

« Surtout que ça a des répercussions sur leur santé, leur comportement psychosocial, là il faut en parler, aller jusqu'au bout. »

Dr Angélique (PrevQuali – 46 ans) :

« Quand il y a des problèmes de morbidités liés à l'alcool, des problèmes familiaux liés à l'alcool... »

Dr Benjamin (PrevQuali – 59 ans – Médecin coordinateur d'EHPAD) :

« Quand les gens se rendent malades, on est obligé de s'impliquer. »

Les médecins deviennent bien plus insistants quand ils voient la santé de leurs patients mise en danger, voire lorsqu'ils détectent un risque de décès imminent.

Dr Clément (Thème alcool choisi en PrevQuali – 60 ans – Ses parents tenaient un bar) :

« Le consommateur qui est malade, on va dire le stade du dessus, on devient plus paternaliste. On a

peur, peur d'un cancer. On devient plus persuasif inconsciemment. Dans une situation de peur, on devient beaucoup plus directif. »

Dr Sébastien (PrevQuali – 57 ans – Psychothérapeute – Psychanalyste – Suit des toxicomanes) :

« Lui, s'il reboit, il va mourir rapidement. Donc là oui j'ai été très incisif, même relativement violent. »

b – Les patients ayant une consommation à risque

L'utilisation des normes de l'OMS

Bien que chaque médecin ait sa propre définition de l'usage à risque, les normes de l'OMS sont clairement définies et connues des médecins interrogés.

Certains les utilisent telles quelles alors que d'autres les adaptent et évaluent différemment le seuil de dangerosité.

Dr Caroline (Thème alcool choisi en PrevQuali – 56 ans – Exerce dans un quartier défavorisé) :

« Pour tout le monde deux verres de vin par jour, au-dessus de ça, il faut se poser des questions. »

Dr Béatrice (PrevQuali OH – 58 ans – Son père était alcoolo-dépendant) :

« Pas plus de deux unités par jour et pas plus de six dans la semaine. »

Certains médecins les trouvent complètement inadaptées.

Une consommation quotidienne, même à un verre par jour, est déjà considérée à risque pour la majorité des médecins généralistes même si les recommandations de l'OMS autorisent plus de verres.

Dr Amanda (PrevQuali OH – 38 ans – Formation continue à la prescription de baclofène) :

« Dès que ça devient quotidien, ça peut dériver facilement vers une consommation abusive. »

Dr Edy (PrevQuali OH – 68 ans – DU du sommeil) :

« Le nombre de verres à la limite m'importe peu. Le sujet est de savoir si ça rentre dans un état pathologique. »

Les modes de consommations à risque

Sans tenir compte des quantités ingurgitées, certaines façons de consommer sont appréciées comme « à risque ».

A quantité égale d'alcool bu, boire seul ou en groupe est regardé différemment.

Une consommation plutôt réalisée le soir, est souvent perçue comme une dépression qui débute ou une anxiété qui s'installe. Les médecins généralistes y apporteront plus d'attention.

Certains médecins s'attachent également plus aux risques sur autrui lorsque la consommation d'alcool est réalisée sur le lieu de travail.

Par exemple, les médecins interviendront plus dans l'intérêt des personnes qui empruntent le bus que dans celui du chauffeur de bus qui consomme de l'alcool ; ou encore, dans l'intérêt des enfants gardés, plutôt que dans celui de l'assistante maternelle qui boit trop.

Les troubles du comportement

Les médecins cherchent à intervenir s'il existe « un alcool mauvais » qui correspond à une prise d'alcool accompagnée de troubles du comportement comme des violences.

Dr Félix (PrevQuali – 42 ans) :

« Les ivresses, tout ce qui amène à un comportement anormal. »

c – Les patients ayant une consommation excessive non encore nocive et à risques invisibles

Tous les médecins témoignent avoir un exemple de patient de cette zone grise, ayant cet usage bien que la définition en soit floue. Les médecins parlent souvent « d'alcoolisation chronique modérée » ou de « sur-consommation ».

Dr Henri (PrevQuali – 51 ans) :

« Ceux qui consomment moins que les très grands alcooliques mais trop. »

Dr Luc (PrevQuali – 67 ans) :

« Ceux qui consomment moyennement. »

Dr Hugo (PrevQuali – 56 ans) :

« Consommation raisonnable mais un peu trop. »

Les médecins catégorisent ces patients comme des « bons vivants » et non comme « alcooliques ». Quand le terme « alcoolique » est utilisé, les médecins désignent dans la plupart des cas les patients alcoolo-dépendants.

Dr Fanie (PrevQuali – 63 ans – a participé à l'élaboration de FACE) :

« Les bons vivants qui aiment prendre leur whisky en rentrant du travail, une demie-bouteille de vin par repas, les apéros les week-ends. »

Dr Caroline (Thème alcool choisi en PrevQuali – 56 ans – Exerce dans un quartier défavorisé) :

« Ce ne sont pas des alcooliques, mais simplement des bons vivants. »

C'est face à cet usage de « bon vivant » que les médecins généralistes sont le plus démunis pour dépister et intervenir.

Ce mode de consommation n'est pas forcément visible et est plus pernicieux. Il est qualifié de « plus vicieux, moins évident, moins assumé ».

Dr Clément (Thème alcool choisi en PrevQuali – 60 ans – Ses parents tenaient un bar) :

« Les sur-consommateurs qui ne sont pas malades en apparence. Chez qui il faut arriver à faire baisser la consommation pour éviter justement qu'ils n'attrapent des maladies. »

C'est pourquoi il est difficile pour les médecins généralistes d'intervenir même si leur rôle de prévention à ce moment-là aurait toute sa place et serait légitime.

Dr Marion (PrevQuali OH – 40 ans – Semestre d'internat en addictologie – Installation de quelques mois) :

« Dans la dépendance on ne peut sauver que 1 sur 100, en prévention on peut quand même sauver 80 sur 100. »

Les médecins n'ont dans ces cas aucun bilan perturbé sur lequel s'appuyer : l'alcool ne laisse pas de trace. Les patients n'ont encore aucun trouble lié à cet usage.

De ce fait, les médecins généralistes considèrent ne pas avoir assez d'arguments pour convaincre leurs patients de la nécessité de modifier leurs comportements vis-à-vis de l'alcool.

Dr Amanda (PrevQuali OH – 38 ans – Formation continue à la prescription de baclofène) :

« Là c'est difficile car je n'ai pas de point d'accroche. Je ne peux pas leur démontrer que leurs modes de consommations commencent à agir sur leur santé, si en plus ils ne se plaignent de rien. C'est un alcoolisme chronique alors ils tolèrent très bien l'alcool. C'est rare qu'il y ait une situation d'ébriété complète. Donc, pour eux, tant qu'ils gèrent, ce n'est pas une consommation abusive. »

Dr Angélique (PrevQuali – 46 ans) :

« Ce qu'on voit tous les jours au cabinet, ce sont des alcoolisations un peu trop importantes, régulières, mais avec des gens qui ne se considèrent pas du tout comme alcooliques parce qu'ils n'ont jamais de soucis avec. »

Certains médecins n'interviendront pas car ils ne détectent pas de conséquences néfastes dues à l'alcool, même si les quantités consommées dépassent les seuils de tolérance.

Tant que l'alcool n'a aucune répercussion, ces médecins ne voient pas l'intérêt d'agir sur ce sujet.

Dr Félix (PrevQuali – 42 ans – A eu un procès lié à une mammographie) :

« Quelqu'un qui me dirait qu'il boit ses 4-5 verres par jour, même si c'est trop, tant que ça ne l'amène pas à des troubles comportementaux, je crois que je ne suis pas dans cette attitude à vouloir systématiquement leur en parler. »

2 – Les différentes formes de résistance des patients

Dès lors que le sujet de l'alcool est abordé, une nouvelle difficulté attend les médecins généralistes. Les voici très souvent confrontés à la résistance des patients.

a - De mauvaises informations

Les médecins notent que pour certains patients, les alcools dits « faibles » comme le vin ou la bière ne sont pas de l'alcool et que, de ce fait, il n'y a aucun obstacle à en boire autant que le désir s'en fait sentir.

Dr Luc (PrevQuali – 67 ans) :

« L'alcool pour eux ce n'est pas le vin. C'est l'alcool blanc, le dur. Pour eux, ils ne boivent jamais d'alcool. »

Dr Patricia (PrevQuali – 45 ans) :

« Il y en a beaucoup, boire du vin ce n'est pas de l'alcool. La bière non plus. L'alcool c'est l'alcool fort. »

b - Le déni

Pour les médecins, la résistance des patients réside surtout dans le déni. Le déni semble parfois être quelque chose de volontaire de la part des patients, comme un mensonge assumé.

Dr Lionel (PrevQuali OH – 32 ans – Remplaçant régulier depuis 2 ans – Prescription du baclofène vue en formation initiale) :

« S'il ne dit pas la vérité. »

Tous les médecins ont des histoires de patients dans le déni. Ces histoires sont souvent racontées sur un ton d'agacement ou d'indifférence, voire de fatalité.

Dr Patricia (PrevQuali – 45 ans) :

« Alors qu'on a la cirrhose, on a l'ascite, on a les varices œsophagiennes. Elle a la tête, le rhinophyma, vous savez le nez explosé, les télangiectasies, la circulation. Enfin, elle a tout ! Mordicus, elle ne boit que de l'eau ! Je ne vais pas aller chez elle ! Donc bon ... »

Les médecins vont se préoccuper des autres pans de la santé des patients. Des préoccupations jugées parfois plus importantes que la consommation d'alcool. Même si les problèmes de santé sont liés à une consommation excessive d'alcool, parler d'alcool semble parfois secondaire dans la façon dont les médecins hiérarchisent.

Dr Caroline (Thème alcool choisi en PrevQuali – 56 ans – Exerce dans un quartier défavorisé) :

« J'ai tellement d'autres questions qui sont plus importantes à prendre en compte. »

Dr Henri réduit les problèmes d'alcool à « ce truc ». Truc, dont il n'aime pas parler ni ne veut s'y « froter », qui ne fait pas partie de ses priorités pour les patients.

Dr Henri (PrevQuali – 51 ans) :

« J'ai déjà du mal à m'occuper des vrais problèmes identifiés. Au lieu de passer du temps sur ce truc. »

Quand les patients sont jugés être dans le déni ou dans le mensonge, souvent les médecins ne cherchent pas à aller plus loin.

La prise en charge du mésusage de l'alcool est complexe pour la plupart des médecins.

S'il n'y a pas un minimum de volonté du patient, une prise de conscience du problème lié à l'alcool, la suite de l'accompagnement semble irréalisable pour la plupart des médecins. Ces médecins anticipent tout de suite de l'échec sans même avoir tenté quoi que ce soit.

Dr Sébastien (PrevQuali – 57 ans – Psychothérapeute – Psychanalyste – Suit des toxicomanes) :

« S'ils nient c'est leur problème ! »

Dr Henri (PrevQuali – 51 ans) :

« A quoi bon, tu ne peux pas les empêcher de boire. S'il est opposant, je vais directement à l'échec. »

Dès lors, pour tous les médecins, la prise de conscience serait le point de départ du

sevrage.

Dr Clément (Thème alcool choisi en PrevQuali – 60 ans – Ses parents tenaient un bar) :

« La première chose, il faut quand même qu'ils s'en rendent compte déjà. Le premier travail c'est de leur faire comprendre ce que je ressens. »

Dr Baptiste (PrevQuali – 60 ans) :

« Il n'y a pas de victoire sur l'alcool sans prise de conscience. »

3 – La prise de conscience

La prise de conscience des patients est parfois reconnue comme étant l'étape la plus difficile pour les médecins généralistes.

Dr Clément (Thème alcool choisi en PrevQuali – 60 ans – Ses parents tenaient un bar) :

« Le plus dur est fait. »

Pour aider à la prise de conscience des patients, les médecins utilisent des outils et des arguments diverses.

a – Les morbidités liées à la consommation d'alcool

Le plus souvent, les médecins essaient de faire comprendre aux patients les enjeux, les risques que leur consommation fait courir à leur santé.

Parfois les généralistes prescrivent des examens complémentaires à la recherche d'indices de complications, afin de démontrer au patient comment son corps répond à la consommation.

Dr Karine (PrevQuali OH – 30 ans – Chef de clinique universitaire – DU hypnose) :

« Des indices que votre corps n'en peut plus, souffre. »

Dr Henri (PrevQuali – 51 ans) :

« Votre foie ne fonctionne plus. »

Dr Luc (PrevQuali – 67 ans) :

« Je vais jouer sur le fait qu'ils se dégradent et qu'ils vont se dégrader encore plus. »

Pour beaucoup de médecins généralistes interrogés, les répercussions de la consommation d'alcool sur la santé sont au premier plan.

Ils adoptent alors un réflexe correcteur. Ils veulent que les patients cessent leur consommation à tout prix et jouent sur la peur.

Certains médecins peuvent être très directs et opérer avec des menaces. La famille est souvent une source de menace utilisée par les médecins généralistes.

Dr Luc (PrevQuali – 67 ans) :

« Il est rentré dans une bonne famille avec une bonne situation grâce à sa femme. Je lui ai dit, elle va partir, vous retirer les enfants, vous jeter dehors. La santé, ils s'en fichent, c'est la motivation de leur vie sociale. »

Une partie des médecins interrogés dit ne pas vouloir utiliser la peur des patients. Selon eux, cela ne serait pas contributif et ne donnerait aucun résultat.

b – Le « conseil minimal »

Les médecins font parfois au plus simple. Souvent, c'est ce qu'ils dénomment « *le conseil minimal* ». Ils délivrent aux patients des informations simples comme la définition de l'alcoolisme, les limites tolérées d'une consommation...

Ce procédé ressemble fortement à l'intervention brève. Les mots « intervention brève » n'ont pas été prononcés dans les verbatims.

Plusieurs études ont montré l'intérêt de l'intervention brève pour le changement de comportement des patients envers une addiction [24][25]. Les autorités de santé la recommande dans la pratique des médecins généralistes [17][18][26].

Contre toute attente, les médecins interrogés se rendent bien compte que le conseil minimal ne porte pas souvent ses fruits. Parfois, ce sont des phrases lancées en consultation comme une perche tendue au patient. Les médecins laissent le patient la saisir ou non. Malheureusement, selon les médecins interrogés, la plupart du temps, le patient ne saisit pas l'opportunité de réagir.

Dr Thibault (PrevQuali – 41 ans – CAMU) :

« Il y a une définition médicale que les patients ne connaissent pas. Il n'y a pas une action thérapeutique derrière mais au moins la réflexion est lancée. »

Cette façon de procéder, est considérée parfois comme moralisatrice.

Dr Hélène (PrevQuali OH – 41 ans) :

« J'y vais doucement. Je ne veux pas être le père fouettard qui demande "Alors, combien de grammes d'alcool ? l'OMS dit que c'est trop." Je ne suis pas à l'aise avec ce rôle là. »

Dr Karine (PrevQuali OH – 30 ans – Chef de clinique universitaire – DU hypnose) :

« Je leur disais "Ah ! bah non ! les recommandations OMS, c'est pas ça " et j'essayais d'évaluer un peu, mais j'ai remarqué que ce n'était pas un très bon biais d'entrée dans la discussion sur l'alcool. »

c – L'entretien motivationnel

L'entretien motivationnel serait la clé, selon les recommandations officielles, pour obtenir la motivation, la volonté des patients pour engager un sevrage [17][43].

Dans les verbatims, les mots « entretien motivationnel » n'ont été mentionnés que par quelques médecins.

Mais ce n'est pas parce que les autres médecins ne parlent pas d'entretien motivationnel que ceux-ci n'en font pas.

L'entretien motivationnel semble parfois être un concept, Les médecins de l'échantillon parlent souvent d'« *apprivoiser, amadouer, être sympathique, reparler, reformuler, essayer d'accrocher...* » pour une prise de conscience tout en « *allant délicatement, doucement, y allant mollo* ».

Ce qui est important aux yeux des médecins ne l'est pas forcément aux yeux des patients. Les médecins ne perçoivent pas toujours ce qui pourrait réellement motiver les patients à changer de comportement. Pour cela il faudrait se tourner davantage

vers les patients [43].

Les médecins de l'échantillon qui parlent le plus d'alcool avec leurs patients, disent prioriser l'écoute portant essentiellement sur le vécu des patients.

Car pour eux, l'alcool est lié à une histoire le plus souvent douloureuse. Le déni des patients semblent masquer une souffrance. Les patients veulent cacher une culpabilité, une honte.

Ces médecins cherchent alors à comprendre l'histoire personnelle des patients, souvent désignée comme un « *mal être* », pour comprendre le lien entre les patients et l'alcool. Cela permet par la suite de favoriser la communication.

Dr Hélène (PrevQuali OH – 41 ans) :

« C'est la réponse facile et accessible par tout le monde pour soulager des souffrances. J'associe ça à une fragilité. »

Dr Dorian a une longue expérience dans la psychothérapie. Il parle de soulagement. Le patient est comme soulagé de pouvoir parler de son addiction à son médecin.

Dr Dorian (PrevQuali OH – 60 ans – Secteur 2 – Psychothérapeute – Psychanalyste – Groupe Balint – Formation continue sur la prescription de médicaments de sevrage) :

« La plupart du temps, ça les soulage. »

Cette posture est difficile à endosser pour certains médecins formés à des protocoles, prescripteurs de médicaments, à vouloir corriger un facteur de risque, un chiffre dans un bilan. Cela demande un revirement net de la position des médecins qui ne sont plus décideurs pour les patients. Deux psychologues américains, Prochaska et Di Clemente, font partie des pionniers dans l'entretien motivationnel, ils expliquent cela dans leur modèle [44].

Dr Ilyas est médecin addictologue. Il parle de prise de risque acceptée par le patient et non pas des risques encourus par le patient aux yeux du médecin.

Dr Ilyas (PrevQuali OH – 32 ans – Addictologue libéral) :

« Si ce n'est pas un problème pour eux ce n'est pas grave. Vraiment, j'accepte les risques que prennent mes patients. L'alcool ça sert à gérer les anxiétés, à supporter sa femme, à ne pas battre ses enfants. Ça vaut le coup de prendre des risques pour sa santé si cela permet une certaine vie dans le groupe. Donc on peut vraiment déculpabiliser. Je me positionne comme conseiller de santé au lieu d'améliorer la santé. »

Nous voyons là, les difficultés que doivent surmonter les médecins généralistes pour qu'enfin les patients décident de leur sevrage.

Nous essayerons de comprendre comment et où les médecins généralistes se positionnent dans les suites de la prise en charge.

II – QUELLE PLACE PRENNENT LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES UNE FOIS LE SEVRAGE DÉCIDÉ PAR LES PATIENTS ?

Pour les patients qui décident à un moment donné de tenter un sevrage, la suite de la prise en charge peut rencontrer encore des perturbations. Les médecins se disent mal à l'aise, ils se sentent dépassés et esseulés, ils tâtonnent.

Face à une situation complexe et aux multiples facettes, ils vont chercher une action adaptée en utilisant les moyens à leur disposition.

1 – Les objectifs de la prise en charge

a – Abstinence ou réduction de la consommation ?

Selon les verbatims, les médecins généralistes n'ont pas tous les mêmes objectifs de consommation, notamment pour les personnes dépendantes de l'alcool.

Pour les personnes non dépendantes, il est facilement admis que la seule réduction de la consommation en deçà d'un seuil de risque est le plus souvent satisfaisante.

Certains médecins pensent que la réponse à l'addiction des patients alcoolo-dépendants est tout simplement l'abstinence.

Dr Justin (PrevQuali OH – 63 ans – Formation continue sur prescription du baclofène) :

« L'alcool ne peut pas devenir tout d'un coup un bon copain. »

Dr Benjamin (PrevQuali – 59 ans – Médecin coordinateur d'EHPAD) :

« D'un côté ceux pour qui il faut faire une croix définitive et ceux qu'il est possible de rééduquer. »

Dr Hélène (PrevQuali OH – 41 ans) :

« Pour les grands alcooliques la logique c'est clairement zéro. Pour les gens qui picolent trop sans être [dépendants], c'est plutôt réduction. »

La majorité des médecins préfèrent l'abstinence. Mais tous finissent par accepter une réduction de la consommation quel que soit le mésusage.

Les médecins sont conscients qu'il est trop difficile, voire impossible pour les patients d'arrêter totalement de boire.

Dr Dorian (PrevQuali OH – 60 ans – Secteur 2 – Psychothérapeute – Psychanalyste – Groupe Balint – Formation continue sur la prescription de médicaments de sevrage) :

« Passer du tout ou rien est impossible. »

Dr Florian (PrevQuali OH – 34 ans – DU hypnose – Consultation PASS) :

« L'objectif est partagé avec le patient. Si c'est mission impossible zéro alcool, réduire c'est déjà bien, même si l'objectif le mieux pour lui ça serait zéro alcool. »

Il est parfois tentant pour les médecins de décider à la place des patients.

Des médecins ont tendance à définir la quantité d'alcool qu'ils souhaiteraient que leurs patients atteignent.

Dr Hélène (PrevQuali OH – 41 ans) :

« Un verre de vin par repas et de temps en temps l'apéro. »

Dr Luc (PrevQuali – 67 ans) :

« Diminuez de moitié. »

b – Tabac / alcool, lequel choisir ?

La majorité des médecins notent une addiction au tabac chez leurs patients alcoolo-dépendants.

Dr Henri (PrevQuali – 51 ans) :

« Alcool-tabac c'est du 100 % ensemble. »

Lorsque les patients souhaitent, dans un premier temps, ne traiter qu'une dépendance, les médecins mettront en avant celle qui est la plus nocive.

L'alcool est souvent perçu comme une priorité et doit être sevré en premier.

Dr Thibault (PrevQuali – 41 ans – CAMU) :

« Ce n'est pas le tabac qui va lui faire perdre leur boulot, c'est l'alcool. On s'occupe de ce qui est urgent et on verra la suite après »

Dr Béatrice (PrevQuali OH – 58 ans – Son père était alcoolo-dépendant) :

« L'alcool c'est sûr. Il a ce côté si néfaste socialement. Il a un impact plus sérieux et plus grave. Il y a plus de déchéance de l'alcool que le tabac »

Mais la facilité à prescrire les substituts nicotiques pousse certains médecins à aller vers le sevrage tabagique en premier.

Dr Lionel (PrevQuali OH – 32 ans – Remplaçant régulier depuis 2 ans – Prescription du baclofène vue en formation initiale) :

« Prescrire des patchs, gommes et compagnie c'est plus facile. »

Dr Béatrice (PrevQuali OH – 58 ans – Son père était alcoolo-dépendant) :

« Autant prescrire les patchs pour le tabac, c'est pas compliqué. »

Il arrive que les patients souhaitent une prise en charge immédiate et simultanée des deux dépendances.

Les médecins s'opposent souvent à cette démarche. La majorité d'entre eux pense qu'il ne faut pas arrêter la consommation d'alcool et de tabac en même temps.

Devant un projet trop ambitieux, ils se projettent et imaginent les difficultés que rencontreraient les patients.

Dr Sébastien (PrevQuali – 57 ans – Psychothérapeute – Psychanalyste – Suit des toxicomanes) :

« On s'occupe d'une chose à la fois. »

Dr Henri (PrevQuali – 51 ans) :

« Ils peuvent devenir fous. »

Malgré le souhait des médecins de mener le jeu, au final, l'objectif est choisi par le patient en fonction de ses capacités de réalisation.

Les médecins généralistes occupent donc une place plus ou moins engagée dans le sevrage des patients.

Il existe des médecins généralistes qui entreprennent des sevrages seul et d'autres qui adressent le plus tôt possible. La plupart du temps, les médecins se situent entre ces deux extrêmes.

2 – Le médecin généraliste seul

Le médecin généraliste seul est proche du cas d'école.

Souvent, les médecins débute une action en attendant la prise en charge par des spécialistes.

Quand les médecins généralistes entreprennent véritablement seul le sevrage des patients, ces derniers sont sélectionnés selon des critères exigeants.

Le premier est la motivation profonde des patients.

S'agissant des patients dits « *cortiqués* », la sélection peut reposer sur des critères plus subjectifs tels que le ressenti du médecin face aux capacités de réactions du patient et à son insertion sociale.

Dr Karine (PrevQuali OH – 30 ans – Chef de clinique universitaire – DU hypnose) :

« *Quelqu'un de socialement cortiqué, pas en marge de la société. »*

Dr Marion (PrevQuali OH – 40 ans – Semestre d'internat en addictologie – Installation de quelques mois) :

« *Si je fais le sevrage c'est vraiment parce qu'il est très, très motivé. »*

Ces sevrages sont considérés comme « *faciles* », par rapport à d'autres sevrages nécessitant l'avis d'un expert. Les patients ne doivent pas avoir de comorbidités, les consommations sont moins importantes. Le sevrage est perçu comme « *moins risqué* » car certains médecins ont peur du syndrome de sevrage et redoutent les effets secondaires des médicaments.

Dr Justin (PrevQuali OH – 63 ans – Formation continue sur prescription du baclofène) :

« *Quand la quantité n'était pas colossale, donc ce n'était pas risqué. »*

C'est pourquoi certains médecins qualifient ces sevrages qu'ils mènent seul de « *petits sevrages, sevrages légers* ». Parfois les médecins ne les considèrent pas comme des « *vrais sevrages* » car ils ne nécessitent aucun traitement.

Dr Gaëlle (PrevQuali OH – 33 ans – Stage d'externat en addictologie – Remplaçante régulière depuis 4 ans) :

« *Disons peut être un sevrage très léger pour le côté renforcement positif. »*

Dr Ilyas (PrevQuali OH – 32 ans – Addictologue libéral) :

« *A la rigueur le sevrage simple sans comorbidité peut se faire en médecine générale. »*

Dr Hélène (PrevQuali OH – 41 ans) :

« *Mes patients qui consomment plus mais pas au point d'être, bah ils se débrouillent à la maison. Mais ce n'est pas des vrais sevrages. »*

Quelques médecins voient ces situations de « *petits sevrages* » comme du soutien, une aide par des paroles de motivation....

Il arrive que des médecins généralistes essaient d'entreprendre un sevrage seul, mais cette prise en charge peut s'avérer de plus en plus compliquée. Les traitements entrepris ne fonctionnent pas, le patient continue de consommer de l'alcool, il rechute... Et le médecin généraliste finit par adresser le patient.

Il est alors parfois difficile d'obtenir un rendez-vous chez le spécialiste, le médecin gère la transition.

Cependant certains patients refusent d'aller voir un spécialiste. Dans ce dernier cas, les médecins qui continuent de s'investir, le font par obligation.

Dr Benjamin (PrevQuali – 59 ans – Médecin coordinateur d'EHPAD) :

« C'est très difficile d'avoir des rendez-vous avec des spécialistes et c'est pour cela qu'on est obligé de s'impliquer. »

Aucun médecin généraliste n'est dans un suivi systématique du patient. Il n'existe aucune règle, ni recommandation, sur lesquelles s'appuyer. Les médecins généralistes font ce qu'ils peuvent avec les éléments en leur possession. Les éléments les plus cités sont la parole du patient, les informations données par son entourage et les divers examens complémentaires effectués (bilan hépatique, VGM, CDT, triglycéride, échographie hépatique ...).

Même si les médecins disent se baser essentiellement sur la parole des patients, beaucoup d'entre eux vont recueillir des informations supplémentaires auprès de la famille et au travers des examens complémentaires.

Dr Benjamin (PrevQuali – 59 ans – Médecin coordinateur d'EHPAD) :

« Pour confronter à ce qu'ils nous disent. »

Dr Amanda (PrevQuali OH – 38 ans – Formation continue à la prescription de baclofène) :

« La famille rapporte ce que fait le patient chez lui. Alors que lui, ne nous le dira pas. »

Cependant, certains trouvent que les bilans sont inutiles.

Dr Félix (PrevQuali – 42 ans) :

« Chez le jeune tu ne trouveras rien, c'est comme la radio thorax chez le fumeur [...] à l'écho, de toute façon ils ont un foie en stéatose et alors »

La fréquence des consultations relève du bon sens des médecins généralistes. Le plus souvent, les consultations sont rapprochées puis espacées par la suite. Plus les médecins sont inquiets, plus souvent ils chercheront à voir le patient.

Le suivi est parfois difficile car les patients à un moment ou un autre ne reviennent plus voir leur médecin généraliste. Souvent, les médecins ne chercheront pas à en savoir plus.

Dr Anne (Thème de l'alcool choisi en PrevQuali – 31 ans – Installation de quelques mois- Un semestre d'internat en addictologie) :

« Il a jamais rappelé. Donc je ne sais pas. Je ne me suis pas permis de le rappeler. »

Dr Benjamin (PrevQuali – 59 ans – Médecin coordinateur d'EHPAD) dit avec ironie :

« Ils s'en vont quand ça marche certainement. »

Que les médecins décident ou se sentent obligés d'être seul pour accompagner les patients, le maître mot reste l'alliance thérapeutique. Les médecins généralistes essaient de mettre les patients au centre et acteurs de leur santé.

Dr Dorian (PrevQuali OH – 60 ans – Secteur 2 – Psychothérapeute – Psychanalyste – Groupe Balint – Formation continue sur la prescription de médicaments de sevrage) :

« On tire la ficelle du même côté, on travaille pour lutter, ensemble. »

Dr Baptiste (PrevQuali – 60 ans) :

« Etre très modeste et vivre avec le patient ce qu'il vit, l'aider à vivre. Le médecin n'est pas un flic qui dit fais ci fais ça. »

Dr Edy (PrevQuali OH – 68 ans – DU du sommeil) :

« Le patient est meneur, nous guide à sortir de l'impasse maladie. »

L'importance de la relation de confiance médecin-patient est mise en exergue au cours des différents entretiens avec les médecins.

Pour qu'une alliance thérapeutique se mette en place, il faut une bonne relation médecin-patient. Celle-ci se crée sur le long terme avec son patient, en prenant des décisions conjointes, en étant à l'écoute. Souvent plusieurs mois, voire plusieurs années, sont nécessaires pour établir cette relation [43].

Les médecins les plus engagés sur le sujet de l'alcool, disent prendre le temps de discuter avec leurs patients. Ils disent essayer d'instaurer un climat de confiance, une bonne relation pour parler de ce sujet délicat. Ils attendent le moment propice où le patient réussira à se confier sans crainte.

Dr Lionel (PrevQuali OH – 32 ans – Remplaçant régulier depuis 2 ans – Prescription du Baclofène vue en formation initiale) :

« Ils m'ont trouvé digne de confiance alors bingo. »

Les médecins disent contrôler leur vocabulaire en consultation et essaient de ne pas employer le mot « alcoolique » qui reflète une image négative et dégradante du patient. Les médecins emploient plus facilement le terme de « *maladie alcool* » pour faire comprendre que le patient subit cette maladie.

Il ressort des entretiens que le positionnement des médecins généralistes tend, la plupart du temps, vers une prise en charge du patient en retrait car traiter du problème de l'alcool est complexe et requiert de multiples intervenants.

3 – Le médecin généraliste en retrait

Dr Cédric est le seul médecin qui refuse catégoriquement d'interférer dans le sevrage de ses patients. Pour lui, cela n'est pas la place du médecin généraliste.

Dr Cédric (PrevQuali OH – 56 ans) :

« Cela sortait du cadre de la médecine générale. »

Il adresse au centre spécialisé le plus proche, dès que le sujet alcool est abordé en consultation. Lorsque les patients refusent, ils doivent changer de médecin traitant.

« S'ils ne veulent pas faire ce que je demande, ils changent de médecin traitant. Je ne vois pas pourquoi je vais m'entêter. »

Il sélectionne les patients.

« Je suis exigeant avec mes patients. Je suis très peu consulté par des patients qui ont une addiction quel que soit le type. J'ai très très peu de patients où l'alcool est un problème. »

En plus de vingt ans de carrière, il n'a mené aucun sevrage. Il ne fait aucun suivi. Si les patients reviennent pour autre chose, il ne parle plus de l'alcool avec eux.

« Si j'ai passé la main ce n'est pas pour interférer sur ce que fait mon confrère. C'est lui qui gère tout. Je n'interviens plus là-dessus, Je n'ai que les comptes-rendus de l'hôpital, je n'ai pas de retour des patients. »

Les autres médecins en retrait sont moins distants que Dr Cédric.

Ces médecins généralistes doutent de leur efficacité.

Pour certains d'entre eux, ils ne doivent jouer aucun rôle dans la prise en charge du sevrage car le patient peut arrêter tout seul. Le patient se doit de trouver une source de motivation autre que son médecin.

Dr Sébastien (PrevQuali – 57 ans – Psychothérapeute – Psychanalyste – Suit des toxicomanes) :

« On a l'impression que quand ils arrêtent, ils arrêtent d'eux-mêmes. »

Dr Thibault (PrevQuali – 41 ans – CAMU) :

« Ce qui l'a fait arrêter c'est un mec. »

Dr Félix (PrevQuali – 42 ans – A eu un procès lié à une mammographie) :

« Je ne suis pas sûr que j'ai réellement été efficace donc ce n'est pas motivant. »

Dr Christian (Thème alcool choisi en PrevQuali – 65 ans) :

« J'ai aucun résultat, zéro. »

Ils assument leur inefficacité.

Dr Christian (Thème alcool choisi en PrevQuali – 65 ans) :

« Je suis parfaitement à l'aise parce que je suis parfaitement inefficace. »

Dr Luc (PrevQuali – 67 ans) :

« Pas du tout, je ne me sens pas coupable de ne pas en faire assez, je dors tranquille. »

Certains médecins, se disant relativement à l'aise avec le sujet de l'alcool, le sont moins avec certaines catégories de patients. La population touchée par des problèmes d'alcool peut parfois être perçue comme repoussante.

Dr Arthur (Thème de l'alcool choisi en PrevQuali – 55 ans) :

« J'ai l'impression de ne servir à rien du tout. J'ai un mauvais contact avec eux, les alcoolos, ce n'est pas moi qui les prends en charge. »

Dr Marion (PrevQuali OH – 40 ans – Semestre d'internat en addictologie – Installation de quelques mois) :

« Il faut les supporter. »

Le sevrage de l'alcool peut aussi faire peur aux médecins, peur du syndrome de sevrage, de ce qui peut arriver aux patients.

Dr Ilyas (PrevQuali OH – 32 ans – Addictologue libéral) :

« C'est un des rares sevrages mortels. »

Pour beaucoup de médecins généralistes, leur rôle s'arrête donc une fois la motivation des patients obtenue.

Dr Pierre (PrevQuali OH – 37 ans) :

« J'essaie de faire réaliser aux gens qu'il faut arrêter mais dès qu'ils veulent vraiment, que c'est acté, j'adresse. »

Dr Florian (PrevQuali OH – 34 ans – DU hypnose – Consultation PASS) :

« Dès qu'on envisage un sevrage, j'adresse. »

Dr Christian (Thème alcool choisi en PrevQuali – 65 ans) :

« S'ils sont demandeurs, je les envoie dans des services spécialisés. »

Parfois la place du médecin généraliste est sous-estimée.

Dr Marion (PrevQuali OH – 40 ans – Semestre d'internat en addictologie – Installation de quelques mois) :

« J'ai du mal à croire en tant que petit médecin généraliste. Je me vois mal avoir la main dessus. Le suivi en parallèle avec le médecin généraliste pourquoi pas »

Dr Sébastien (PrevQuali – 57 ans – Psychothérapeute – Psychanalyste – Suit des toxicomanes) :

« A mon niveau de petit cabinet, c'est difficile. »

Le médecin généraliste a de multiples raisons pour justifier de sa place en retrait dans la prise en charge du patient.

4 – Les raisons d'adresser les patients

Souvent les médecins choisissent d'être distants dans la prise en charge, car pour eux, elle est trop complexe. Elle ne relève pas seulement d'une intervention médicale mais présente aussi un volet psycho-social. Elle s'inscrit dans un accompagnement global et un parcours de soins personnalisé.

Les arguments avancés par les médecins sont le rapport entre le temps consacré et les résultats obtenus, le manque de savoir-faire et de moyens, le constat d'échec important.

Dr Béatrice (PrevQuali OH – 58 ans – Son père était alcoololo-dépendant) :

« A quoi bon ça ne marche pas. Le conseil minimal je l'ai mais je m'arrête là. Je ne vais pas chercher à savoir plus. Parce que c'est toujours pareil. Qu'est ce j'en fais après, comment je gère ? Je n'ai pas les outils. »

Dr Henri (PrevQuali – 51 ans) :

« On n'est pas armé. Tu mets un doigt sur un engrenage, tu ne sais pas jusqu'où ça va mener. Je n'ai pas de solution réelle à proposer. Il n'y a pas de solutions nettes, claires et précises. C'est sur du très long terme et c'est tellement aléatoire. »

L'orientation des soins se fera soit en ambulatoire soit en résidentiel avec l'accord des patients.

Les médecins discutent avec leurs patients, accompagnent et essaient de comprendre ce que ceux-ci souhaitent. Ils proposent aux patients de les adresser à des spécialistes ou à des centres spécialisés, plus ou moins tôt dans la prise en charge. Les médecins expliquent leurs raisons d'adresser les patients.

a – Le manque de temps

Le manque de temps est l'argument le plus mis en avant pour adresser le plus rapidement aux spécialistes.

Dr Henri (PrevQuali – 51 ans) :

« Ça te bouffe un temps fou. »

La prise en charge est longue et nécessite plusieurs consultations. Les consultations doivent souvent être rapprochées.

Chaque consultation prend du temps, dans un contexte où le temps manque de plus en plus.

Certains médecins ont des plannings déjà très chargés avec des difficultés pour recevoir les urgences du jour.

Les consultations sont souvent limitées à 15 minutes, ce qui laisse peu de temps à la discussion. Enfin, une certaine pression est ressentie du fait des patients en salle d'attente. Les médecins peuvent alors être plus préoccupés par l'horloge que par les confidences de leurs patients.

La pathologie est imbriquée dans une histoire personnelle compliquée qu'il faut prendre le temps de décortiquer. Pour bien faire, il faut rester à l'écoute et prendre le temps d'instaurer la relation de confiance.

Souvent les médecins trouvent le sujet de l'alcool compliqué et argumentent ne pas avoir le temps nécessaire. Hélas, c'est aussi un constat de manque de savoir-faire.

De plus, de peur que le sevrage soit voué à l'échec, ils prétextent un manque de temps, parfois même avant d'avoir commencé quelque chose.

Dr Patricia (PrevQuali – 45 ans) :

« C'est beaucoup d'investissement. C'est crevant. Je n'ai plus le temps. »

Un seul médecin évoque le moment de grâce trop rare qu'il faut saisir quel que soit le nombre de patients en attente derrière la porte.

Dr Edy (PrevQuali OH – 68 ans – DU du sommeil) :

« Ce sont des moments trop particuliers pour laisser passer. Quand les gens s'ouvrent complètement, ils se livrent sans retenue, il faut prendre le temps nécessaire. Ce sont des moments pour le médecin très valorisants, ce qui se passe est fantastique. »

Le rapport temps passé / rémunération a également été évoqué.

La prise en charge peut être très longue et n'influera aucunement sur la rémunération

qui restera la même.

Il peut donc paraître difficile de passer beaucoup de temps avec des patients pour une même rémunération. Une rémunération horaire pourrait être la solution, nous dit l'un des médecins interrogés.

b – Le manque de connaissance en alcoologie

Nous y voyons un effet de génération. Les médecins plus âgés ont tendance à dire que les médecins plus jeunes ont une meilleure formation. Et pourtant les médecins plus jeunes se plaignent aussi de l'insuffisance de la formation universitaire en addictologie.

Dr Henri (PrevQuali – 51 ans) :

« On a été hyper mal formés. Vous serez beaucoup mieux formés que nous. »

Dr Anne (Thème de l'alcool choisi en PrevQuali – 31 ans – Installation de quelques mois- Un semestre d'internat en addictologie) :

« Il n'y a pas eu assez de cours. Il faut que je me forme davantage. »

Tous les médecins trouvent qu'ils n'ont pas été suffisamment formés pour prendre en charge leurs patients. Même ceux qui ont effectué un stage en addictologie se sentent toujours mal à l'aise face à ce sujet.

Les quelques cours reçus à la faculté sont jugés mal adaptés. La part belle est donnée à l'arsenal thérapeutique médicamenteux du sevrage et de son maintien, aux complications en résultant, alors que la prévention, le repérage et l'abord du sujet semblent être négligés.

L'angle d'approche de la question de l'alcool avec le patient, sa prise en charge psychologique, les modalités de suivi ne sont quasiment pas enseignés alors que c'est là que les médecins rencontrent leurs principales difficultés.

Certains médecins déclarent ne pas vouloir se former sur ce sujet qui n'est pas une priorité et privilégient d'autres formations.

Si les médecins se forment en addictologie c'est principalement par nécessité.

Ils n'en ont ni l'envie, ni une réelle volonté. Le sujet ne les intéresse pas mais ils doivent se former car une demande leur revient régulièrement.

Dr Lionel (PrevQuali OH – 32 ans – Remplaçant régulier depuis 2 ans – Prescription du baclofène vue en formation initiale) :

« Pour l'instant ce n'est pas ma priorité. »

Dr Amanda (PrevQuali OH – 38 ans – Formation continue à la prescription de baclofène) :

« J'ai fait cette formation car les patients revenaient avec du baclofène et je ne savais pas comment gérer. »

Nous reviendrons ultérieurement sur ce médicament.

Il est attendu beaucoup du médecin généraliste, ce dernier ne peut pas être omniscient. Il doit faire beaucoup mais il lui est impossible de savoir tout sur tout.

Dr Angélique (PrevQuali – 46 ans) :

« Je ne peux pas prendre tout en charge ici. »

Dr Arthur (Thème de l'alcool choisi en PrevQuali – 55 ans) :

« On n'arrivera jamais à tout faire. »

c – Le besoin d'une pluridisciplinarité

La plupart des médecins ne font pas partie d'un réseau d'addictologie mais tous, lorsqu'il s'agit d'alcoolologie, cherchent à travailler en collaboration avec d'autres professionnels, même les plus engagés en la matière.

Il ressort fréquemment des entretiens que l'alcool n'est pas le seul aspect à prendre en charge. Il est également indispensable de traiter les autres pathologies, les troubles psychiatriques et les problèmes sociaux qui découlent du mésusage.

Sur ces aspects les médecins généralistes sont confrontés à de réelles difficultés. La pluridisciplinarité permet donc une prise en charge globale du patient, chaque intervenant ayant son propre domaine de compétences.

Le suivi pluriprofessionnel permet de mettre en contact le patient avec des médecins, infirmiers spécialisés, assistantes sociales, associations, patients souffrants de la même pathologie, etc., afin de les aider le mieux possible et de leur proposer des approches différentes.

Partager avec d'autres confrères peut permettre aux médecins généralistes de se sentir moins isolés.

La pluridisciplinarité permet parfois de mieux accepter l'échec. Quelque part, la difficulté des spécialistes reconforte les médecins généralistes.

Dr Christian (Thème alcool choisi en PrevQuali – 65 ans) :

« Je les envoie dans des centres qui sont autant en difficulté que moi. »

Dr Karine (PrevQuali OH – 30 ans – Chef de clinique universitaire – DU hypnose) :

« L'addictologue n'arrive pas non plus donc c'est quand même un peu rassurant. »

Dr Victor (PrevQuali) :

« Ce n'est pas en les confiant à un alcoologue que les patients s'en sortent mieux. »

La pluridisciplinarité donne une force supplémentaire pour négocier avec les patients.

Il est plus facile pour les médecins généralistes de travailler de concert avec d'autres intervenants pour faire face aux difficultés rencontrées.

Dr Thibault (PrevQuali – 41 ans – CAMU) :

« Etre pluridisciplinaire c'est aussi de ne pas se mettre en situation d'échec alors qu'on est médecin généraliste pour d'autres pathologies. Le danger c'est de perdre son crédit en s'étant frotté à la maladie alcoolique. C'est bien de se mettre à plusieurs, de le faire en équipe. La prise en charge n'est pas issue de juste notre idée mais que tous les médecins vont dans le même sens. Pour le patient c'est de se dire que quel que soit le médecin à qui il s'adressera, il aura une réponse analogue. »

Mais la prise en charge partagée n'est pas toujours évidente. Les personnels coopérants espèrent travailler en partenariat afin d'accompagner le mieux possible leurs patients. Cependant, ce n'est pas toujours le cas.

Les rendez-vous avec les spécialistes peuvent être difficiles à obtenir.

Les médecins généralistes espèrent recevoir un retour des consultations après avoir adressé le patient. Parfois les courriers peuvent arriver avec plusieurs mois de retard, alors que le patient a déjà eu de nombreuses autres consultations avec des modifications thérapeutiques.

Lorsqu'ils ne reçoivent pas de courriers, les médecins généralistes font parfois la démarche d'appeler les spécialistes pour savoir où en sont leurs patients.

Lorsque le suivi spécialisé a commencé, il se peut que le patient n'éprouve plus le besoin de voir son généraliste. Cette conduite met le médecin à l'écart et provoque une perte d'intérêt pour le malade.

Nous aborderons les différents acteurs de santé qui constituent cette pluridisciplinarité.

5 – A qui les médecins généralistes adressent-ils leurs patients ?

La coopération est très importante pour la plupart des médecins. Il est important pour les médecins de trouver le bon partenariat, celui qui correspondra le mieux au patient, avec des gens de confiance, avec qui on a l'habitude de travailler, qui soient réactifs et efficaces. Avoir plusieurs types de partenariats va permettre de se rapprocher le plus possible de la volonté de chaque patient. La coopération permet d'être plus efficace grâce à la présence de différents acteurs de santé plus spécialisés et d'agir sur plusieurs pans de la pathologie [17].

Il existe différents partenaires. Ils peuvent être installés en libéral ou œuvrer dans des centres spécialisés ou hospitaliers. Nous avons noté que les centres spécialisés, qui sont souvent des CSAPA, ont la préférence des médecins généralistes. Certains médecins généralistes vont chercher à correspondre avec des confrères libéraux. Les associations sont aussi une ressource pour les médecins. Les médecins peuvent s'aider de la famille mais parfois celle-ci est vécue comme un frein dans les démarches.

a – Les centres d'addictologie

Les médecins préfèrent adresser les patients à ce qu'ils appellent le plus souvent un « *centre spécialisé* » ou « *centre de sevrage* ».

Ces centres sont le plus souvent rattachés à un hôpital. Ce sont pour la plupart des CSAPA. Mais peu de médecin les appellent ainsi. Généralement, ils choisissent le CSAPA le plus proche du domicile du patient. Cependant, certains médecins peuvent adresser plus loin, voire dans une autre région, à la demande du patient.

Les arguments pour adresser à tel ou tel CSAPA peuvent également être liés à la réputation, les bons retours des patients, les courriers de satisfaction reçus...

Parfois par manque de structure, ils n'ont pas d'autre choix que de diriger vers la seule structure existante.

Dr Béatrice (PrevQuali OH – 58 ans – Son père était alcoolo-dépendant) :

« En province, il n'y a pas grand-chose. On a 3, 4 noms d'addictologues et un seul centre pour l'ensemble du territoire. Tous les médecins le connaissent. »

Adresser à un CSAPA est aussi une question de facilité. Ces structures regroupent plusieurs corps de métiers permettant d'accompagner les patients.

Dr Florian (PrevQuali OH – 34 ans – DU hypnose – Consultation PASS) :

« Il faut une structure, une prise en charge globale. Il faut que la personne puisse voir l'addictologue, le nutritionniste, le psychologue, une assistante sociale. Il faut que le patient ait plusieurs personnes qui l'aident. L'addicto en ville tout seul c'est dur. »

Dr Gaëlle (PrevQuali OH – 33 ans – Stage d'externat en addictologie – Remplaçante régulière depuis 4 ans) :

« Il y a le package où ils vont voir tout le monde. »

Selon les verbatims, la pathologie est chronique et semble souvent être intriquée dans un contexte social très particulier. Or l'accompagnement social n'a pas été évoqué dans les entretiens.

Dans la littérature, cet accompagnement peut être quelque chose de compliqué pour un médecin généraliste : il ne connaît pas toujours tous les tenants et les aboutissants de ce travail, ni toutes les possibilités d'aide susceptibles de répondre à la prise en charge du patient [17].

Il est alors important de confier le patient à des assistants sociaux. Cette orientation peut être proposée afin de bénéficier d'un accompagnement plus ciblé : difficultés familiales, logement plus adapté, réinsertion professionnelle... Mais il n'existe pas de réel lien entre médecin généraliste et assistance sociale.

Et à qui adresser exactement ? Qui serait plus apte à répondre à ces questions ? Finalement, le plus judicieux serait d'adresser à une structure pluridisciplinaire spécialisée.

Par la suite, les médecins généralistes auront moins de travail puisque les centres gèreront le suivi des patients, les adresseront à des associations, à des assistants sociaux, leur indiqueront des ateliers, assureront le suivi de la famille et leur feront rencontrer des psychologues gratuitement.

Dr Caroline (Thème alcool choisi en PrevQuali – 56 ans – Exerce dans un quartier défavorisé) :

« Au centre à côté, je connais un médecin addictologue qui a sa façon de travailler, il propose des ateliers de couture »

Dr Justin (PrevQuali OH – 63 ans – Formation continue sur prescription du baclofène) :

« Sinon j'envoie en addictologie à l'APHP puis démerdez-vous ».

Les médecins envoient les patients aux CSAPA aussi pour des raisons financières. Ils y envoient davantage les patients qui ont des ressources limitées.

Dr Caroline (Thème alcool choisi en PrevQuali – 56 ans – Exerce dans un quartier défavorisé) :

« Les gens qui n'ont pas trop d'argent de toute façon les médecins qui sont dans le privé, ne les prennent pas. Il faut les envoyer dans le public. »

Les CSAPA représentent un relai entre la ville et l'hôpital.

Dr Marion (PrevQuali OH – 40 ans – Semestre d'internat en addictologie – Installation de quelques mois) :

« Le CSAPA je le vois comme un moyen d'intégrer des hospitalisations. Heureusement qu'il y a les CSAPA. Pour nous, c'est plus difficile de les envoyer en addictologie, en post-cure. C'est bien d'avoir une institution relai entre la ville et l'hôpital. Pour moi les CSAPA c'est un peu leur rôle »

Dr Noémie est addictologue dans un CSAPA. Elle voit le CSAPA comme un deuxième recours, le premier étant les médecins généralistes.

« Il y a des millions de patients qui sont en usage nocif et dépendance, nous en centre addictologie on ne peut pas en absorber beaucoup. Donc les médecins généralistes en voient la majeure partie. Dans le lot il y a en a qui aident beaucoup et il y a ceux qu'ils n'arrivent pas à aider parce que ça dépasse ce cadre de prescription simple entre guillemets de soutien, d'accompagnement, quand il y a des problématiques plus embêtantes, sociaux, de polyaddition donc ils nous les adressent. Il y a aussi des médecins généralistes qui ne veulent pas du tout y toucher qui envoient systématiquement. Il y a ceux qui s'occupent de leur patient, qui les envoient en cure et qui parfois quand il y a des rechutes, réalcoolisations, qu'ils ont moins le temps, que ça devient plus difficile, là ils adressent. C'est une maladie chronique, c'est quand même, et je comprends bien, ça peut être très décourageant. Nous ici on est comme un 2e recours. »

Bien qu'elle travaille dans un CSAPA, Dr Noémie se sent parfois démunie. Elle fait avec les moyens du bord, elle aussi. Elle travaille en lien avec d'autres intervenants. L'alcoologie paraît comme un domaine de toile, de réseau. Il faut savoir constituer son réseau propre avec des correspondants qui ont une sensibilité à l'alcoologie comparable ou non.

« On a énormément de travail de lien. C'est ça qui est intéressant en addicto, on ne peut pas travailler seul. On travaille avec des gens qui ont d'autres logiques, d'autres missions, qui ont d'autres leitmotivs. »

Cependant le manque de retours de la part des centres d'addictologie peut provoquer l'adressage des patients vers des confrères en ville.

Dr Patricia (PrevQuali – 45 ans) :

« Je n'aime pas adresser au centre, j'aime savoir ce que font mes patients. »

b – Les spécialistes libéraux en ville

Quand les médecins généralistes adressent en ville, ils se tournent vers des confrères libéraux qu'ils connaissent et reconnaissent comme ayant une sensibilité à l'addictologie.

Ils peuvent être hépatologue, médecin généraliste ayant une formation d'addictologie ou psychiatre.

Le carnet d'adresses se constitue au fur à mesure des années.

Au départ, les médecins généralistes peuvent récupérer le carnet d'adresses de celui auquel ils succèdent, départ en retraite ou médecin remplacé.

Souvent le nom d'un bon correspondant se donne de bouche à oreille. Rare sont ceux qui cherchent sur internet le nom d'un confrère pour adresser leurs patients.

Dr Karine (PrevQuali OH – 30 ans – Chef de clinique Universitaire – DU hypnose) :

« J'ai une amie psychiatre addictologue qui est géniale. Je connais un généraliste qui fait de l'addicto en ville. »

Dr Justin (PrevQuali OH – 63 ans – Formation continue sur prescription du baclofène) :

« J'ai une addicto que je connais bien. »

Cette démarche est privilégiée pour une meilleure coordination de soins du patient et une meilleure communication entre confrères. Les patients auraient ainsi plus

tendance à revenir vers le médecin généraliste pour parler d'alcool et être suivis en parallèle.

Dr Lionel (PrevQuali OH – 32 ans – Remplaçant régulier depuis 2 ans – Prescription du baclofène vue en formation initiale) :

« Si j'ai besoin, je l'appelle. »

Dr Hélène (PrevQuali OH – 41 ans) :

« J'ai plus de retours. Je veux savoir ce que font mes patients. »

Dr Baptiste (PrevQuali – 60 ans) :

« Si on l'adresse au truc (le centre spécialisé à côté de son cabinet), de toute façon on ne le voit plus. »

Mais ceci ne concerne qu'une catégorie de patients en mesure de payer le spécialiste et ceux dits les plus « cortiqués ». Ils sont sélectionnés par leurs médecins généralistes.

Dr Justin (PrevQuali OH – 63 ans – Formation continue sur prescription du baclofène) :

« J'envoie quand ce sont des gens super cérébrés et dynamiques. »

Dr Lionel (PrevQuali OH – 32 ans – Remplaçant régulier depuis 2 ans – Prescription du baclofène vue en formation initiale) :

« Ici, les gens ont les moyens et quand ils veulent ils payent. »

Nous observons là une inégalité dans l'accès aux soins.

c – L'hôpital

Aucun médecin ne parle de sevrage résidentiel. Les hospitalisations sont mentionnées pour les cas d'urgence, de pathologies aiguës graves. Mais rarement pour le seul but d'un sevrage résidentiel.

Dr Luc (PrevQuali – 67 ans) :

« A l'hôpital, quand le foie ne marche plus, quand il y a une pancréatite aiguë. »

Quand un patient ne répond pas aux critères de sevrage ambulatoire, il est déjà dans les mains d'un spécialiste de ville qui fait le relai ville-hôpital. Ce ne sont plus les médecins généralistes qui font directement la demande d'un sevrage résidentiel.

Dr Ilyas a travaillé dans un CSAPA pendant deux ans. Bien qu'il soit addictologue en libéral, il trouve les sevrages en ambulatoire dangereux. Avant de s'y lancer, il veille à ce que le patient ne présente aucune contre-indication au sevrage en ville. Le sevrage de l'alcool est son quotidien et pourtant, il arrive qu'il adresse certains patients à l'hôpital, de peur de la décompensation des comorbidités, notamment psychiatrique.

Dr Ilyas (PrevQuali OH – 32 ans – Addictologue libéral) :

« Je fais le maximum pour essayer de la convaincre d'aller en structure, je gère comme je peux. L'intérêt c'est de les traiter à l'hôpital. Je pense aux troubles psychiatriques qui décompensent. »

d – Les associations

Les médecins généralistes mentionnent beaucoup les associations d'entraide qui sont, pour eux, d'une grande importance dans l'accompagnement des patients.

Ils essaient très souvent de diriger les patients vers une association, la plus connue étant « Les Alcooliques Anonymes ».

Dr Edy (PrevQuali OH – 68 ans – DU du sommeil) :

« Les associations pour la compréhension sociétale est plus importante que la compréhension médicale »

Dr Sébastien (PrevQuali – 57 ans – Psychothérapeute – Psychanalyste – Suit des toxicomanes) :

« Ce qui marche le mieux de tout c'est les groupes d'auto-support, c'est les Alcoolique Anonymes. »

Dr Noémie, addictologue dans un CSAPA est du même avis.

Dr Noémie (PrevQuali OH – 60 ans – Addictologue en CSAPA) :

« On travaille beaucoup avec les associations qui font aussi beaucoup dans la restauration puisque il n'y a pas de jugement. Ils me le disent, ils sont très bien accueillis. Ce sont des professionnels de l'accueil, bienveillants, dénués de jugement et qui peuvent permettre de dire à la personne qu'elle n'est pas toute seule, il y a des gens qui souffrent de la même chose. »

Les médecins peuvent donner aux patients les adresses, les numéros qu'ils ont sur des brochures. Pour trouver des associations, les médecins généralistes recherchent sur internet. Parfois par le biais du CSAPA, les patients obtiennent le nom de quelqu'un à qui s'adresser directement. Dr Noémie le fait.

Dr Noémie (PrevQuali OH – 60 ans – Addictologue en CSAPA) :

« Je les informe toujours des noms, des lieux, des dates, des heures. »

De plus, Dr Noémie s'assure que le patient dispose du moyen de transport adéquat pour s'y rendre.

La prise en charge psychologique des patients avec mésusage de l'alcool est souvent perçue comme inévitable par les médecins interrogés. Nous y consacrons une partie à part entière dans ce chapitre.

6 – La prise en charge psychologique

Dans le discours des médecins généralistes, l'alcool est souvent rattaché à un trouble psychiatrique.

Dr Caroline (Thème alcool choisi en PrevQuali – 56 ans – Exerce dans un quartier défavorisé) :

« Je vois les patients pas pour l'alcool mais pour la déprime. »

Si les médecins veulent aider leurs patients à diminuer ou à arrêter leur consommation, ils doivent donc prendre en charge les autres pathologies psychiatriques associées [17][43].

Ils s'occupent de l'anxiété, de la dépression, d'une souffrance, du fameux « *mal être* » qui sont intriqués dans une histoire personnelle. Les médecins ne peuvent pas prendre

en charge les patients sans s'en soucier. L'alcool est perçu pour les patients comme un refuge à leurs problèmes.

A l'unanimité, la prise en charge psychologique est très importante, essentielle, voire au cœur de la problématique d'alcool.

En même temps, les médecins vont adresser pour cette prise en charge spécifique, car ils sont peu formés et ne s'y sentent pas à l'aise.

Lorsqu'ils commencent à prendre en charge un problème d'alcool, les médecins se renseignent et s'intéressent au contexte des patients.

Dr Justin (PrevQuali OH – 63 ans – Formation continue sur prescription du baclofène) :

« Comprendre le pourquoi des choses. »

Dr Fanie (PrevQuali – 63 ans – Psychothérapeute – Psychanalyste – a participé à l'élaboration de FACE) :

« J'essaie d'ouvrir le volet psychothérapie d'accompagnement pour comprendre comment ils en sont arrivés là, ce que ça leur apporte, enfin les écouter. »

Dr Anne (Thème de l'alcool choisi en PrevQuali – 31 ans – Installation de quelques mois- Un semestre d'internat en addictologie) :

« Je vais aller creuser psychologiquement. »

Dr Edy (PrevQuali OH – 68 ans – DU du sommeil) :

« Comprendre le lien entre l'alcool et l'histoire. »

Souvent leur intervention s'arrête à l'écoute des patients.

Pour aller au-delà, c'est à dire une psychothérapie qui demande du temps et une formation spécifique, les médecins généralistes adresseront.

Dr Henri (PrevQuali – 51 ans) :

« Je discute de leurs problèmes avec eux, mais la prise en charge psychothérapie, non. »

Dr Caroline (Thème alcool choisi en PrevQuali – 56 ans – Exerce dans un quartier défavorisé) :

« Je me mets en situation de partage de parole. Mon but c'est de les mener vers un psy. »

Dans la littérature, il est demandé aux médecins généralistes de savoir dépister ces pathologies psychiatriques et de savoir les traiter. Ceci complexifie encore plus la problématique de l'alcool [17][18][43].

C'est pourquoi les médecins généralistes essaient d'adresser leurs patients chez le « psy ». Sous le terme de « psy », ils entendent indifféremment psychologue ou psychiatre, le but étant que le patient puisse bénéficier d'une psychothérapie, quelle qu'elle soit.

Les médecins généralistes sont souvent confrontés à des difficultés pour adresser à un « psy », lorsque les patients refusent d'aller voir le « psy ». Ce mot renvoie une image de maladie psychiatrique non acceptée. Il arrive que les patients ne veulent pas parler à un autre interlocuteur que leur médecin généraliste.

Dr Benjamin (PrevQuali – 59 ans – Médecin coordinateur d'EHPAD) :

« Dès que vous employez le mot « psy », très souvent tout le monde s'en va. »

Dr Hélène (PrevQuali OH – 41 ans) :

« Je propose éternellement mais je me prends des vents. Soit ça ne correspondait pas, soit ils sont arrivés en retard. Je ne suis pas psychiatre mais en même temps ça les maintient hors de l'eau. Ils aiment avoir un seul interlocuteur. Mais ce n'est pas optimal. »

Les médecins généralistes rapportent que les patients reviennent les voir car ils ont eu un mauvais contact avec le « psy ».

Dr Baptiste (PrevQuali – 60 ans) :

« Les psychologues vont fouiller dans le passé, ils n'iront jamais dans l'avenir pour voir ce qu'on peut proposer de bien aux gens. Les gens reviennent toujours tout retournés, blessés intérieurement. »

Dr Baptiste trouve qu'adresser le patient à un psychologue c'est de se débarrasser de lui.

« L'adresser, c'est de se débarrasser de lui. S'ils vous ont choisi c'est qu'ils ont des bonnes relations, confiance, à l'aise, ça ne marchera pas deux fois. »

Il ressort fréquemment, que pour une raison pécuniaire les patients refusent d'aller voir un psychologue.

Une consultation avec un psychologue peut coûter cher aux patients. Elle n'est pas remboursée par la sécurité sociale et très peu par les mutuelles.

D'ailleurs les médecins essaient souvent de trouver des endroits où les psychologues sont gratuits.

Dr Clément (Thème alcool choisi en PrevQuali – 60 ans – Ses parents tenaient un bar) :

« Envoyer les patients au réseau, on a des psychologues gratuits. »

Adresser à un psychiatre est difficile pour diverses raisons : manque de psychiatres en ville, très souvent refus de nouveaux patients, refus de prendre en charge des patients « alcooliques ».

Dr Benjamin (PrevQuali – 59 ans – Médecin coordinateur d'EHPAD) :

« Ils ont d'autres chats à fouetter. Le patient ivre n'est pas passionnant. »

Dr Noémie (PrevQuali OH – 60 ans – Addictologue en CSAPA) :

« Les gens dépendants ont beaucoup de mal à s'exprimer. C'est des emmerdeurs pour la psychiatrie, les psychologues. »

Des médecins généralistes finissent par adresser leurs patients aux CMP mais avec de longs délais d'attente.

Dr Caroline (Thème alcool choisi en PrevQuali – 56 ans – Exerce dans un quartier défavorisé) :

« Je les envoie au psy du CMP. »

Dr Lionel (PrevQuali OH – 32 ans – Remplaçant régulier depuis 2 ans – Prescription du baclofène vue en formation initiale) :

« Il y a un psychiatre c'est 90 euros. Sinon le CMP c'est 4 mois d'attente. »

Parfois, ils les adressent à l'hôpital mais sans grande conviction du résultat.

Dr Benjamin (PrevQuali – 59 ans – Médecin coordinateur d'EHPAD) :

« Le lendemain dessaoulés, ils signent leur pancarte et rentrent à domicile ».

Les recours en soins psychologiques et psychiatriques sont souvent critiqués par les médecins généralistes qui se voient obligés de prendre en charge le volet psychologique.

Pour certains médecins, ceci se résume à « *du soutien, un renforcement positif, une couche d'aide* ». Ils parlent de « *motiver, encourager, féliciter* ».

7 – Le médecin généraliste et la famille

La famille est souvent rencontrée au début de la prise en charge.

Elle exerce une pression et incite le patient à consulter. Souvent, c'est elle qui informe le médecin de la consommation du patient. Parfois elle le fait en catimini du patient.

La famille est utilisée par les médecins comme source de motivation des patients à sevrer. Elle est aussi utilisée comme source de vérification de la parole des patients.

Les médecins apprécient que la famille s'implique en soutenant et aidant les patients.

Cependant, elle peut être également considérée comme un obstacle dans la prise en charge si la famille est absente.

Dr Justin (PrevQuali OH – 63 ans – Formation continue sur prescription du baclofène) :

« C'est souvent aux abonnés absents. J'ai pas eu beaucoup le coup où la famille s'impliquait. »

Quand elle est présente, elle prend beaucoup de place. Certains médecins se sentent comme un relai de la famille. Car la famille est à bout, désemparée. Elle exerce souvent une pression sur le médecin pour trouver une solution. Parfois, la famille est mise à l'écart volontairement par le médecin car elle pourrait nuire à la prise en charge.

Dr Hélène (PrevQuali OH – 41 ans) :

« C'est la famille qui me sollicite. »

Dr Gaëlle (PrevQuali OH – 33 ans – Stage d'externat en addictologie – Remplaçante régulière depuis 4 ans) :

« C'est vital pour le sevrage que la famille soit soutenante. Mais ce n'est souvent le cas. Elle peut être toxique. »

Dr Baptiste (PrevQuali – 60 ans) :

« La famille ne veut pas tellement que le patient aille mieux mais qu'on lui foute la paix. Pour ne plus avoir le mec qui gueule, qui roupille. Donc la famille complique la situation. »

Les médecins comprennent les maladresses de la famille car elle est souvent dans l'incompréhension. Les médecins retrouvent là aussi de la souffrance.

Dr Caroline (Thème alcool choisi en PrevQuali – 56 ans – Exerce dans un quartier défavorisé) :

« Je n'ai pas rencontré de conjoint ou de parents vraiment aidants, soutenant, Ce sont plutôt des gens qui sont également dans une souffrance. »

Dr Edy (PrevQuali OH – 68 ans – DU du sommeil) :

« La famille se met surtout en retrait. Elle est dans l'incompréhension si ce n'est dans l'agressivité par rapport à la personne. Les deux côtés souffrent. »

Elle est aussi mise à l'écart pour des raisons de secret médical.

Dr Patricia (PrevQuali – 45 ans) :

« C'est quelque chose de personnel entre le patient et moi. J'ai jamais songé demandé à un conjoint ce qu'il en pensait. C'est quand même son histoire personnelle. »

Dr Florian (PrevQuali OH – 34 ans – DU hypnose – Consultation PASS) :

« On devrait les inclure mais avec l'histoire du secret médical c'est compliqué. »

Dans les verbatims, la famille est le plus souvent représentée par la femme, la conjointe et le buveur est l'homme, le mari.

Dr Henri (PrevQuali – 51 ans) :

« Ce n'est pas la famille, c'est la femme. »

Dr Clément (Thème alcool choisi en PrevQuali – 60 ans – Ses parents tenaient un bar) :

« Souvent c'est l'épouse. »

En effet, selon les chiffres du BEH et de l'OFDT, les hommes sont plus nombreux à boire que les femmes [2][3][5].

Le cas opposé c'est-à-dire le mari qui accompagne la femme qui boit, n'a pas été évoqué dans les verbatims. Quand la buveuse est une femme, celle-ci est souvent représentée seule.

Dr Angélique (PrevQuali – 46 ans) :

« Les femmes en parlent toute seule. »

Ceci peut apparaître comme un cliché, mais la demande des femmes est tellement grande que Dr Noémie a créé un groupe de parole dédié aux femmes.

Dr Noémie (PrevQuali OH – 60 ans – Addictologue en CSAPA) :

« Les femmes sont très présentes dans l'accueil de leur mari. Elles veulent absolument qu'ils arrêtent de boire. Ce sont les premières co-thérapeutes, mais souvent trop précipitantes, elles sont trop insistantes, ne font pas les choses dans le bon sens. Elles souffrent. Elles ont besoin de beaucoup de place. Il y avait une telle demande, un besoin de la part de ces femmes qu'on a ouvert ce groupe chapeauté par une psychologue pour que les femmes puissent, entre elles, essayer de changer de vision c'est-à-dire de voir comment elles pourraient s'occuper d'elles, et laisser leurs maris s'occuper d'eux. »

III – LA PLACE DES MÉDICAMENTS

Les médecins généralistes répartissent les différents médicaments selon leurs principaux objectifs d'interventions pharmacologiques :

- ✓ traitement du syndrome de sevrage alcoolique,
- ✓ aide à la réduction de la consommation,
- ✓ aide au maintien de l'abstinence,
- ✓ traitement des comorbidités somatiques ou psychiatriques.

Que cela soit dans la formation initiale ou continue en alcoologie, nous voyons que les médecins généralistes portent beaucoup d'attention à la prescription des médicaments. Quand les médecins parlent d'un sevrage en échec, souvent cela correspond à un échec d'un traitement médicamenteux.

Nous allons comprendre quelles sont les classes thérapeutiques et quelles places celles-ci occupent dans la prise en charge. Nous nous focaliserons ensuite sur le baclofène.

1 – Le traitement du syndrome de sevrage

a – Benzodiazépine, le diazépam

Dans les entretiens, quand nous abordons le sujet du sevrage, les médecins en viennent rapidement aux traitements de ce syndrome. Souvent, ils parlent des benzodiazépines. La molécule la plus citée est le diazépam.

Le syndrome de sevrage peut faire peur. La survenue et l'intensité des complications du sevrage sont difficilement prévisibles. Pour une consommation d'alcool identique, il existe une grande variabilité.

Pour certains médecins, lorsqu'il est question de prescrire du diazépam c'est que le sevrage est compliqué. Il nécessite alors un avis d'expert. Les médecins redoutent de créer une nouvelle addiction.

Dr Gaëlle (PrevQuali OH – 33 ans – Stage d'externat en addictologie – Remplaçante régulière depuis 4 ans) :

« J'ai peur que ça crée une nouvelle addiction avec les benzos et donc je préfère que cela soit encadré. »

Dr Lionel (PrevQuali OH – 32 ans – Remplaçant régulier depuis 2 ans – Prescription du baclofène vue en formation initiale) :

« S'il faut prescrire le Valium®, c'est qu'il y a déjà une peur du syndrome de sevrage donc des grands consommateurs qui disent que quand ils diminuent, ils tremblent. Bon là, je suis frileux et j'adresse vite à l'addictologue. »

D'autres médecins interrogés ont une tout autre représentation de cette molécule. Ils la manipulent plus facilement. Ils vont même jusqu'à considérer faire du « *petit sevrage, un sevrage léger, pas un vrai sevrage* ».

Dr Hélène (PrevQuali OH – 41 ans) :

« C'est pas des vrais sevrages, une tonne de flotte, vitamine et Valium® »

Dr Justin (PrevQuali OH – 63 ans – Formation continue sur prescription du baclofène) :

« Les petits sevrages, quand la quantité n'est quand même pas colossale, c'est Valium® et compagnie. »

Dr Justin dit être plus prudent en vieillissant. Il ne prescrit plus de benzodiazépines comme avant. Il a eu des expériences de patients qui « *boulotent le Valium® les uns après les autres* ».

Les médecins qui prescrivent le diazépam partent tous du principe de la dégression des doses mais n'ont pas de protocole précis. Certains ont vu cette prescription pratiquée lors de leurs stages et essaient de copier le modèle.

Dr Marion (PrevQuali OH – 40 ans – Semestre d'internat en addictologie – Installation de quelques mois) :

« J'essaie de me rappeler de ce que je faisais à l'hôpital. »

Dr Lionel (PrevQuali OH – 32 ans – Remplaçant régulier depuis 2 ans – Prescription du baclofène vue en formation initiale) :

« Je fais ça à la louche. »

D'autres, durant la consultation, vont chercher sur le Vidal, sur la monographie de leur logiciel de consultation, ou encore sur internet. Parfois, ils préfèrent se laisser du temps pour leurs recherches et convoquent de nouveau les patients.

b – La vitaminothérapie

Aucun médecin ne mentionne quelles vitamines il prescrit. Deux médecins sont scandalisés que la vitaminothérapie ne soit pas remboursée par la Sécurité Sociale dans l'indication du sevrage alors qu'elle a toute son importance.

Dr Marion (PrevQuali OH – 40 ans – Semestre d'internat en addictologie – Installation de quelques mois) :

« C'est n'importe quoi de ne pas le rembourser dans le cas du sevrage »

Nous voyons là encore une inégalité dans l'accès aux soins.

Dr Ilyas peut adresser le patient au CSAPA pour une délivrance gratuite des vitamines.

Dr Ilyas (PrevQuali OH – 32 ans – Addictologue libéral) :

« Je peux les envoyer au CSAPA pour avoir la délivrance gratos »

2 – L'aide au maintien de l'abstinence ou la réduction de la consommation

Les patients qui nécessitent un traitement pour le maintien au sevrage sont parfois classés parmi « *les grands buveurs, les types qui picolent beaucoup, les alcooliques profonds* ».

Le sevrage devient aux yeux de beaucoup de médecins, « *un vrai sevrage* ».

Ceci nous donne l'impression que les choses sérieuses commencent.

Pourtant, l'initiation de ces médicaments reste rare. Les médecins généralistes les prescrivent plutôt dans le cadre d'un renouvellement d'ordonnances de spécialistes.

Dr Pierre (PrevQuali OH – 37 ans) :

« J'ai déjà renouvelé mais pas prescrit. »

En effet, pour la plupart des médecins interrogés, le recours à ces médicaments nécessite un avis d'expert.

Les médecins généralistes ne savent pas vraiment quelle molécule choisir. La plupart du temps cela rassure les médecins généralistes de ne pas avoir à initier ces traitements.

Ils préfèrent laisser la place aux spécialistes qui prendront la responsabilité de faire le suivi et assumeront les effets secondaires si besoin.

Dr Florian (PrevQuali OH – 34 ans – DU hypnose – Consultation PASS) :

« Je ne saurais pas les prescrire et, pareil que le sevrage, je préfère laisser le spécialiste les prescrire. »

Dr Gaëlle (PrevQuali OH – 33 ans – Stage d'externat en addictologie – Remplaçante régulière depuis 4 ans) :

« C'est quand même des cas particuliers. Il y a quand même des effets secondaires, des doses. Calculer le bénéfice-risque, ce n'est pas ma spécialité. »

a – L'acamprosate (Aotal®), la naltrexone (Revia®), le disulfirame (Espéral®), le nalméfène (Selincro®)

L'acamprosate et la naltrexone sont les plus cités dans les verbatims.

Parfois, l'acamprosate est le seul connu du médecin.

Dr Anne (Thème de l'alcool choisi en PrevQuali – 31 ans – Installation de quelques mois- Un semestre d'internat en addictologie) :

« Aotal® et c'est tout. »

Nous avons remarqué que l'abstinence est préférée par la majorité des médecins.

Or, le disulfirame connu pour son effet antabuse et donc indiqué pour l'abstinence, n'a été mentionné que par un seul médecin.

Dr Benjamin (PrevQuali – 59 ans – Médecin coordinateur d'EHPAD) :

« Et pour moi, zéro consommation c'est Espéral®. »

Dr Dorian, psychothérapeute est le seul médecin à avoir parlé du nalméfène. Il a suivi un cours sur la prescription de ce médicament. Il apprécie son mode d'utilisation.

Ces médicaments sont perçus globalement comme non efficaces. Les médecins les ayant prescrit, n'ont pas constaté de réduction de la consommation ou de sevrage

chez leurs patients.

Dr Hugo (PrevQuali – 56 ans) :

« Ça ne marche pas. Les gens se cachent derrière le médicament. »

Dr Christian (Thème alcool choisi en PrevQuali – 65 ans) :

« Je ne les prescris pas. Ça ne marche pas. »

b – Le baclofène

L'intérêt de PrevQuali OH a été de s'intéresser au baclofène. Le baclofène est très controversé dans les médias, la littérature.

L'enquête a été réalisée en 2018, la prescription de baclofène était encore régie par une ATU jusqu'à 80 mg par jour.

Nous nous intéressons donc à la vision et l'expérience qu'en avaient à cette date les médecins généralistes. L'arrivée du baclofène a-t-elle changé leurs pratiques ?

Pourquoi les médecins généralistes prescrivent-ils le baclofène ?

Contrairement aux autres médicaments, en général, la prescription du baclofène résulte de la demande des patients.

Les médecins y répondent et prescrivent le baclofène.

Dr Karine (PrevQuali OH – 30 ans – Chef de clinique Universitaire – DU hypnose) :

« Il en avait eu et ça avait marché. Donc il voulait réessayer. »

Un seul médecin (Dr Marion) relate avoir un jour refusé de l'initier alors que le patient le demandait.

Ce médecin, qui était remplaçante à ce moment-là, explique qu'au vu des effets secondaires rapportés dans une revue de médecine, elle avait préféré laisser la décision au médecin en place.

Dans notre enquête, le baclofène est davantage initié par les médecins généralistes que les autres médicaments.

Dr Karine (PrevQuali OH – 30 ans – Chef de clinique Universitaire – DU hypnose) :

« Le seul que j'ai initié c'est le baclofène. »

Deux médecins (Dr Amanda et Dr Justin) se sont même formés à la prescription du baclofène devant la forte demande des patients.

Mais une fois formés, ils n'ont plus eu d'occasion de le prescrire et ne le proposent pas spontanément à un patient alcoolodépendant qui ne le demanderait pas.

Dr Lionel, un jeune médecin a eu une formation à la faculté de médecine sur le baclofène, qui l'a beaucoup aidé pour le sevrage de deux patients. Il a initié le baclofène car il ne connaissait que lui.

Dr Lionel (PrevQuali OH – 32 ans – Remplaçant régulier depuis 2 ans – Prescription du baclofène vue en formation initiale) :

« C'est grâce au cours, ça a fait de la pub. J'en connais d'autres qui ne prescrivent que ça aussi. »

Le baclofène peut venir en dernier recours, quand il y a eu échec des autres traitements. Il est souvent vu comme un traitement miracle par les patients et une nouvelle corde à l'arc thérapeutique des médecins.

Dr Justin (PrevQuali OH – 63 ans – Formation continue sur prescription du baclofène) :

« Un truc un peu miracle. Des patients qui ont déjà tout eu, alors autant essayer. »

Dr Karine (PrevQuali OH – 30 ans – Chef de clinique Universitaire – DU hypnose) :

« Il a tout essayé sauf ça. »

Dr Hélène (PrevQuali OH – 41 ans) :

« Aotal® c'est pas convaincant franchement, peut-être c'est mieux le baclofène. Dire que j'ai un nouveau truc à vous proposer c'est bien »

A quelle dose le Baclofène® est-il prescrit ?

Quand le baclofène est initié par les médecins généralistes, ils ne suivent pas de protocole défini. Ils partent tous du principe d'une augmentation de dose progressive sans détailler exactement le nombre de comprimés.

Dr Lionel (PrevQuali OH – 32 ans – Remplaçant régulier depuis 2 ans – Prescription du baclofène vue en formation initiale) :

« Commencer bas et augmentation douce, ça je l'ai eu par le cours mais les doses c'est à ma sauce. »

Deux médecins (Dr Dorian et Dr Edy) racontent avoir des patients abstinents à doses très élevées, environ 10 à 20 comprimés par jour bien toléré, avec accord du psychiatre ou du neurologue.

Pour les autres patients, ils arrivent parfois à avoir une « consommation raisonnée » avec maximum 8 comprimés de baclofène par jour.

Les différents points de vue des médecins généralistes sur le Baclofène®

Dans les entretiens de 2018, dès les premières questions sur les traitements, les médecins interrogés ont mentionné davantage le baclofène, voire même spontanément en premier. Mais ce n'est pas pour autant qu'il est plus prescrit. Certains sont très sceptiques sur son effet. Les articles lus sont parfois en défaveur du baclofène, et retiennent les médecins de le prescrire.

Dr Béatrice (PrevQuali OH – 58 ans – Son père était alcoolo-dépendant) :

« J'ai lu des articles, ça ne m'a pas donné envie de le prescrire. »

Dr Marion (PrevQuali OH – 40 ans – Semestre d'internat en addictologie – Installation de quelques mois) :

« J'ai regardé et ça ne m'a pas inspiré confiance. Donc je n'ai pas prescrit. »

Pour certains médecins généralistes, le baclofène provoquerait plus d'effets secondaires que d'autres molécules.

Dr Amanda (PrevQuali OH – 38 ans – Formation continue à la prescription de baclofène) :

« Globalement les patients l'arrêtent parce qu'il n'est quand même pas bien toléré. Même quand il est instauré en cure, après la cure, les patients l'arrêtent assez vite à cause des effets secondaires. Alors que si on met autre chose c'est quand même mieux toléré »

Nous trouvons dans les verbatims de 2018, une tendance à prescrire moins de baclofène que lors de ses débuts sur le marché. Globalement, les médecins qui ont prescrit le baclofène, ne trouvent pas d'efficacité dans le sevrage de l'alcool.

Dr Justin (PrevQuali OH – 63 ans – Formation continue sur prescription du baclofène) :

« J'ai essayé au début. Mais ça ne changeait rien. Je n'en prescris pas à nouveau. J'ai essayé mais ça n'a pas eu beaucoup de résultats. »

D'autres médecins, sans même l'avoir essayé, ne prescrivent pas le baclofène à cause des rumeurs qui circuleraient autour de ce produit.

Dr Pierre (PrevQuali OH – 37 ans) :

« J'ai entendu de vagues échos que ça ne marchait pas bien. »

Même quand il s'avère être efficace, deux médecins généralistes ne donnent pas la médaille au baclofène mais supposent un effet placebo.

Dr Hélène (PrevQuali OH – 41 ans) :

« Avec le Baclofène® tant que ça fonctionne, je ne sais pas si c'est psy. »

Dr Justin (PrevQuali OH – 63 ans – Formation continue sur prescription du baclofène) :

« A part le patient qui l'a toujours, mais c'est un peu placebo. »

Dr Ilyas, addictologue le pense aussi.

Dr Ilyas (PrevQuali OH – 32 ans – Addictologue libéral) :

« Quand les gens y croient beaucoup, ça m'arrive de le prescrire mais à but placebo. »

L'abstinence a longtemps été considérée comme le seul objectif de consommation chez les personnes dépendantes.

Dr Dorian et Dr Lionel remarquent que l'arrivée du baclofène a radicalement modifié la pratique en alcoologie.

Avec le baclofène, l'objectif à atteindre n'est plus l'abstinence mais une consommation raisonnée. Cet objectif est plus souple et, de fait, mieux accepté par les patients et les médecins.

Dr Dorian (PrevQuali OH – 60 ans – Secteur 2 – Psychothérapeute – Psychanalyste – Groupe Balint – Formation continue sur la prescription de médicaments de sevrage) :

« Avant c'était la loi du tout ou rien, abstinence totale. Depuis le baclofène c'est plus confortable, moins culpabilisant. Ça les aide à réduire significativement la prise d'alcool et à maintenir une vie sociale, une vie professionnelle, une vie familiale. La notion du tout ou rien en médecine ne correspond pas à la réalité humaine, dans tout finalement. »

Dr Lionel (PrevQuali OH – 32 ans – Remplaçant régulier depuis 2 ans – Prescription du baclofène vue en formation initiale) :

« Aujourd'hui on est plus dans la diminution des risques plutôt que l'abstinence zéro alcool. C'est même le baclofène qui a contribué à ce changement avec la notion de craving, une indifférence à l'alcool, ne plus avoir cet effet de pulsion de boire. »

c – Les antidépresseurs, les anxiolytiques et autres

La prescription d'anxiolytiques aux patients faisant mésusage de l'alcool est fréquente.

La consommation d'alcool est souvent nommée « *alcool anxiolytique* ». Les anxiolytiques sont dans ce cas, suffisants pour le sevrage selon quelques médecins interrogés.

Le syndrome dépressif est fréquemment lié à la consommation d'alcool. Pour les médecins interrogés, l'alcool est un dépresseur de l'humeur. Il suffirait d'arrêter la consommation pour percevoir l'humeur réelle des patients. Prescrire un antidépresseur n'est pas inutile dans ce cas. Mais il n'est pas toujours évident de faire le lien entre une dépression et une consommation nocive d'alcool qui se cacherait derrière. Parfois, les médecins prescrivent les antidépresseurs sans se poser cette question.

A côté de l'anxiété et du syndrome dépressif, il existe d'autres comorbidités psychiatriques, telles que les troubles de la personnalité, les troubles bipolaires, les psychoses [17][43].

Les neuroleptiques et les thymorégulateurs ne sont pas du tout évoqués par les médecins généralistes. En revanche, ils sont fréquemment prescrits par les deux addictologues de l'échantillon observé. Ces classes médicamenteuses semblent, pour eux, les plus nécessaires dans le sevrage d'alcool.

Dr Noémie (PrevQuali OH – 60 ans – Addictologue en CSAPA) :

« Même s'il n'y a pas de pathologie psychiatrique, l'effet du produit sur le cerveau est délétère en terme d'équilibre. Le rythme de la pensée est souvent anormal. Une hyperthymie, des pensées fluctuantes, des périodes d'exaltation, d'irritabilité. On ne traite pas le diagnostic, on traite le symptôme. Le symptôme n'étant pas l'alcool mais l'irritabilité, l'impulsivité et l'angoisse. »

Pour finir, les médicaments semblent prendre une place très secondaire dans la prise en charge des patients.

Dr Thibault (PrevQuali – 41 ans – CAMU) :

« Je ne vais pas leurs dire de manger les médicaments. C'est un acte qui ne sert à rien. »

Prescrire des médicaments officialise la pathologie. Ceci peut avoir deux facettes contradictoires : reconforter le patient ou vexer le patient.

Certains médecins disent que les médicaments permettent aux patients de se sentir reconnus en tant que malades.

Dr Edy (PrevQuali OH – 68 ans – DU du sommeil) :

« Le traitement médical c'est aussi valider la maladie. C'est montrer qu'on est dans l'aide, attentif à leur maladie. »

Selon certains médecins, les patients se cacheraient derrière le médicament. Prendre le médicament serait vu comme une échappatoire aux commentaires, à la pression constante de l'entourage du patient.

A contrario, les patients peuvent se sentir gênés de prendre un médicament. Cela les

classerait dans la catégorie malade de l'alcool. Les médecins se sentent aussi gênés de les prescrire dans ces conditions.

Dr Baptiste (PrevQuali – 60 ans) :

« Dans leur conscience ça les dérange. »

Prescrire des médicaments paraît comme une nécessité de la consultation. Quand les patients viennent c'est souvent pour demander un traitement qu'ils appellent « traitement miracle », pour un renouvellement d'ordonnance de spécialiste. Pour ces consultations, les médecins répondent facilement à cette demande.

Dr Pierre, a renouvelé l'Aotal® car le patient est venu pour ce motif. Dr Pierre dit ne pas avoir d'avis sur « *ce genre de traitement* ». Il renouvelle donc l'ordonnance en tant que « *prestataire de santé* » et laisse la prise en charge du patient au médecin qui a initié le traitement.

Les médecins généralistes vont prescrire les médicaments qu'ils connaissent, qu'ils ont déjà vu chez d'autres patients. La prescription des médicaments est essentiellement liée à des renouvellements d'ordonnances initiées par d'autres. L'initiation de ces traitements est rare sauf pour le baclofène. Le baclofène a bénéficié d'un plus grand engouement de la part des patients qui poussent les médecins à les initier.

Les deux alcoologues de l'échantillon n'apprécient pas que les médecins généralistes initient les traitements avec tant d'aisance.

Dr Noémie (PrevQuali OH – 60 ans – Addictologue en CSAPA) :

« Les médecins se prennent pour des apprentis sorciers à donner tout et n'importe quoi. Enfin moi je suis prudente sur les prescriptions »

Dr Ilyas (PrevQuali OH – 32 ans – Addictologue libéral) :

« Je trouve ça maltraitant d'introduire les médicaments comme ça la première fois qu'on le voit sans lui donner accès à toutes les ressources. »

A l'issue de ces observations, nous constatons beaucoup de freins à vouloir aller plus loin que le dépistage. Les médecins rencontrent des obstacles à chaque étape de la prise en charge des problèmes d'alcool. Ce qui explique que la plupart du temps les médecins généralistes se positionnent en retrait de la prise en charge.

Malgré ceci, nous avons relevé un nombre de médecins qui essaient d'aller plus loin dans l'accompagnement. Nous chercherons à dresser plusieurs profils de ces médecins en fonction de leurs pratiques. Nous présenterons deux façons de faire avec les patients.

IV - DEUX FAÇONS DE FAIRE AVEC LES PATIENTS

Pour débiter un sevrage, la prise de conscience est primordiale, comme nous venons de le voir.

Tous les médecins s'accordent à dire que la motivation du patient est indispensable.

Ils essaient donc d'engager une prise en charge à la condition expresse que le patient en manifeste le désir. Mais il est rare que le patient arrive avec ce motif clairement exprimé.

Les médecins font parfois le premier pas en abordant le sujet d'alcool. Mais dès lors qu'ils rencontrent une résistance du patient, la majorité des médecins dit ne plus insister, sur le moment en tout cas.

Souvent, les médecins disent essayer de remettre le sujet d'alcool sur le tapis, de trouver des moments pour en reparler, des moyens et astuces pour remettre le sujet au cœur de la conversation.

Le premier portrait porte sur ces médecins.

1 – Le médecin « préparateur bienveillant »

Même s'ils ne prennent pas en charge le patient au travers de traitements, ils le font d'une autre manière, en les dépistant et en les conduisant à réaliser qu'ils ont un problème avec l'alcool.

Il s'agit moins d'une prise en charge du patient que d'un accompagnement dans la prise de conscience de son problème de consommation d'alcool et dans la démarche de sevrage.

Ces médecins expliquent qu'ils ne vont pas beaucoup plus loin car il est important de s'arrêter là où on ne sait plus bien faire, là où le travail des spécialistes commence quelle que soit la pathologie (comme un patient diabétique sera adressé vers un diabétologue, un patient coronarien vers un cardiologue ...)

Ces médecins ont également mis en évidence le risque de déception du patient et du médecin en cas d'échec. C'est la raison pour laquelle la motivation initiale du patient est l'élément clé de la réussite. Il est essentiel que le patient accepte d'arrêter ou, a minima, qu'il consente à diminuer sa consommation pour que cela fonctionne. Si le patient n'est pas investi, la démarche de soins est compromise.

Ces médecins n'ont pas peur de la rechute de leur patient. Ils ne sont pas déçus en cas d'échec et ils continueront à les encourager, à leur souligner chaque victoire, si petite soit-elle : quelques jours sans consommation sont déjà bénéfiques.

Ils sont unanimes : si le médecin montre sa déception, s'énerve lors d'un échec, le patient risque de ne pas revenir consulter en cas de nouvel échec... Cette posture n'aidera ni le patient, ni le médecin. Un échec peut donc être démotivant, autant pour le médecin que pour le patient, mais il faut toujours relativiser et l'accepter pour mieux rebondir.

Ce profil est assez courant dans les verbatims, même si le dépistage des patients n'est pas forcément systématiquement effectué, même si certains affirment que le sujet ne les intéresse pas, même s'ils déclarent ne pas aimer, la plupart tentera de faire comprendre au patient que sa consommation d'alcool est devenue un problème. De plus, ils restent bienveillants en l'accompagnant dans son travail sur lui-même.

La recherche de motivations va permettre de préparer le patient et de le conduire vers une position plus réceptive pour la future prise en charge. Celui-ci s'appropriera davantage sa démarche de soins.

Le suivi conjoint avec le spécialiste n'est pas forcément mis en place. Mais à chaque fois que le patient reviendra voir son médecin pour autre chose, celui-ci apportera des paroles de soutien et s'efforcera à l'encouragement.

Faire prendre conscience au patient que l'alcool devient un problème nécessite de connaître son patient. Cela prend donc du temps et par conséquent, les remplaçants ou les jeunes médecins, tout juste installés, n'endosseront pas ce rôle.

En règle générale, même s'ils prennent à coeur pour motiver les patients, ces médecins disent ne pas être à l'aise avec le sujet. Quand il s'agit de la prise en charge, ils le sont encore moins. Prendre en charge un patient avec problème d'alcool requiert une envie de le faire.

Le médecin qui va plus loin dans la prise en charge avec son patient constitue le deuxième portrait.

2 – Le médecin « accompagnateur bienveillant »

Ces médecins abordent plus souvent le sujet d'alcool avec leurs patients.

Même si pour eux, l'abord du sujet est délicat, ils arrivent à en parler de manière systématique en dédramatisant, souvent en l'associant avec l'addiction au tabac.

Ils ont plusieurs stratégies d'approche et de prise en charge à proposer à leur patient, pour permettre à celui-ci de toujours rester acteur de sa santé, de décider ce qu'il souhaite : essayer de diminuer la consommation, arrêter totalement, prendre des médicaments d'aide au sevrage...

Ils sont entourés d'un bon réseau qui prendra en charge leur patient, si besoin. Ils mettent en avant l'importance du travail conjoint avec des rendez-vous consécutifs : spécialiste et généraliste. Pour ces médecins ceci est indispensable pour assurer un suivi rapproché et surtout garder le contact avec le patient.

Ils ont généralement bénéficié de formations dans ce sens ou bien ils se forment eux-mêmes en lisant des articles sur l'alcool. Dans tous les cas, ils se renseignent davantage sur ce sujet.

S'intéresser au sujet de l'alcool est souvent décrit comme quelque chose qui vient petit à petit. La plupart du temps, ce sont les patients eux-mêmes qui ont permis au médecin de changer. Comme si, avec l'expérience, les médecins apprennent à mieux appréhender leurs patients.

Dr Edy (PrevQuali OH – 68 ans – DU du sommeil) :

« J'étais plus dans le jugement, les gens dans le déni m'agaçaient, me vexaient. petit à petit mon

regard change, on commet des erreurs, on rectifie, l'expérience et la maturité. J'ai changé ma façon de dire, ma façon de renvoyer aux propres compétences des gens. Ce sont les patients, leurs histoires personnelles que j'ai petit à petit appris à écouter. »

Dr Fanie (PrevQuali – 63 ans – Psychothérapeute – Psychanalyste – a participé à l'élaboration de FACE) :

« Les gens sont touchants »

Ces médecins ont une tendance à faire plus de psychothérapie, soit ils sont diplômés pour cela, soit ils ont une sensibilité d'écoute. Tous ont une écoute empathique. En effet, les problèmes d'alcool sont le plus souvent rencontrés dans des histoires difficiles, fréquemment dans des histoires familiales. Les médecins voient des patients en souffrance, ayant une honte ou une culpabilité. Il faut savoir écouter les mots des patients et comprendre leurs maux pour savoir les prendre en charge. Certains médecins parlent de « *comprendre, vivre avec son patient, ressentir ce que ressent le patient* ». Une prise de conscience est donc aussi indispensable de la part du médecin. Le savoir-faire découle donc du savoir-être vis-à-vis du patient.

Dans prise en charge se retrouve le mot « charge », comme un poids. En effet, cette charge n'est pas facile même pour les médecins les plus investis. Les médecins savent que « *le terrain est miné* », que ce n'est jamais gagné. Dans leur carrière, il existe plus de rechutes que de réussites. Malgré tout, aucun médecin « accompagnateur bienveillant » dit avoir abandonné le patient.

Dr Benjamin (PrevQuali – 59 ans – Médecin coordinateur d'EHPAD) :

« Ce ne sont pas des rechutes, ce sont des accidents. On reprend, on n'est toujours pas rodé mais on recommence, et on y arrive. »

Face à des patients qui refusent de consulter des spécialistes, certains médecins se sentent obligés d'intervenir. Malgré ce sentiment-là, ces derniers prennent le temps d'effectuer des recherches sur le sujet de l'alcool et finissent par s'y intéresser.

Dans les verbatims, nous retrouvons souvent la notion de sélection de patient au fil du temps. Les médecins parlent ouvertement de « *recrutement des patients* ».

Dr Hélène (PrevQuali OH – 41 ans) :

« Je recrute les patients alcooliques du cabinet »

Nous retrouvons cette notion de recrutement surtout quand l'alcool est mis en comparaison avec les drogues dites « dures » comme l'héroïne ou la cocaïne. Les médecins qui ont tendance à s'occuper des « toxicomanes » même s'ils font beaucoup de psychothérapie, aiment moins s'occuper des « alcooliques ». En revanche, il semble que ceux qui s'occupent des « alcooliques » s'occupent aussi des « toxicomanes ».

Dr Sébastien (PrevQuali – 57 ans – Psychothérapeute – Psychanalyste – Suit des toxicomanes) :

« Je préfère dix fois plus l'héroïnomanes qu'un patient alcoolique »

Dr Fanie (PrevQuali – 63 ans – Psychothérapeute – Psychanalyste – a participé à l'élaboration de FACE) :

« Je trouve que la relation avec les toxicomanes est d'une autre nature et peut-être par le biais de l'objet transitionnel, le traitement de substitution. Ils sont moins fuyants. Ils sont obligés de venir sinon ils vont être mal. C'est différent face à l'alcool. On doit établir davantage un climat de confiance »

3 – La place du baclofène dans ces deux profils

L'étude Prevquali OH a été l'occasion d'aborder plus précisément le rapport au baclofène avec quinze médecins.

Où se situent les médecins prescripteurs de cette molécule dans les profils précédemment décrits ? Où classer les médecins défavorables au baclofène ?

La plupart des médecins interrogés n'ont pas d'avis tranché sur le baclofène. Ils ont tendance à écouter ce qui se passe autour d'eux que ce soient les médias ou leurs confrères. Ils ont souvent une image négative du baclofène. Ils le jugent inefficace et les effets indésirables dont ils entendent parler les freinent pour le prescrire.

Lorsqu'ils ne prescrivent pas le baclofène, ils sont également frileux à prescrire d'autres molécules aidant à l'abstinence (le plus mentionné est l'Aotal®) ou au sevrage (le seul mentionné est le Valium®). Ceci reste le rôle du spécialiste.

Les médecins ayant effectué leurs stages d'internat en addictologie ou en hépatogastrologie ne sont pas plus à l'aise avec le baclofène (Dr Gaelle et Dr Marion).

Les formations continues sur le baclofène n'ont pas convaincu non plus (Dr Amanda).

Se positionner face au baclofène ne relève pas de la formation qu'elle soit initiale ou continue mais plutôt des expériences de sevrage réussies.

Ces médecins peuvent se retrouver dans le profil « préparateur bienveillant » ou restent totalement en retrait.

Dans le profil « accompagnateur bienveillant », se retrouvent indifféremment des médecins prescripteurs comme des médecins anti-baclofène.

L'effet placebo a été mentionné par trois médecins (Dr Illyas, Dr Justin et Dr Hélène, cette dernière n'hésite pourtant pas à le prescrire dans certains cas).

Les médecins qui sont contre le baclofène sont convaincus que le sevrage ne passe pas par des médicaments quels qu'ils soient.

Par exemple, Dr Justin qui a beaucoup prescrit le baclofène au moment de la montée de ce médicament et s'est formé sur le sujet, n'a observé aucun résultat sur des patients qu'il suivait depuis des années pour des problèmes d'alcool. Il a donc cessé de le prescrire. D'ailleurs, il ne prescrit, plus aucun médicament d'aide au sevrage. Si le patient veut absolument des médicaments, il a tendance à l'adresser aux spécialistes.

Les deux médecins qui sont pour le baclofène parlent d'expérience (Dr Edy et Dr Dorian). Ils suivent des patients sevrés grâce à la molécule, parfois à dose très élevée. Ils les accompagnent avec la psychothérapie. Le baclofène a permis de modifier la vision du sevrage. La réduction est enfin officiellement acceptée pour les alcoolodépendants.

Quel que soit le rapport du médecin avec le baclofène, cette molécule reste un outil dans un accompagnement global et personnalisé.

CONCLUSION

Notre travail s'est attaché à interroger et à comprendre la place et le rôle du médecin généraliste dans l'accompagnement, la prise en charge et le suivi des patients ayant un problème avec l'alcool.

L'alcool est considéré comme un problème de santé publique. Le médecin généraliste doit s'en préoccuper et sa place est essentielle.

Cependant, à travers divers résultats d'études relatives aux problématiques d'alcool en médecine générale, nous avons pu constater que les médecins généralistes ne semblent pas toujours repérer et prendre en charge ce mésusage.

La place importante de l'alcool dans la société complexifie parfois le rôle des médecins généralistes : l'usage de l'alcool en France est tantôt encouragé et tantôt réprimé. Du fait de sa place importante dans l'économie française (domaine financier, secteur de l'emploi....) les politiques ne se penchent peut être pas suffisamment sur les problèmes découlants de l'usage de l'alcool.

Le médecin doit ainsi faire face à une certaine pression sociale, dans un pays où l'alcool est considéré à la fois comme positif de par ses apports économiques et à la fois comme négatif en ayant un fort impact sur la santé publique. Comment trouver le juste équilibre ?

L'alcool a une place particulière dans la culture française. Il est un symbole de convivialité, mais porte aussi une notion de tabou. Les médecins et les patients ont tous un rapport différent à l'alcool, celui-ci est intégré dans l'histoire personnelle de chacun. Cette place influe au moins inconsciemment sur les soins apportés aux patients car chaque médecin a sa propre perception de l'alcool.

Afin de faciliter les pratiques des médecins, divers outils existent. Mais ils restent peu utilisés en consultation. Les médecins font souvent preuve de créativité et surtout de bon sens.

Ils ont leurs propres définitions de l'usage à risque, de l'usage nocif et de l'usage avec dépendance. Ce qui provoque un repérage des problèmes différent et de ce fait, une prise en charge personnelle.

Les médecins généralistes sont souvent revenus sur les principales difficultés qu'ils rencontraient.

En premier lieu, la formation semble manquer. Cependant, la médecine générale est une vaste spécialité. Un généraliste se doit d'être formé dans de nombreux domaines. Chacun choisit la formation qu'il souhaite. L'alcoologie ne fait pas partie des priorités. Il faut un minimum s'intéresser au sujet et à ses problématiques. Pour ce faire, il ne suffit pas d'un déclic, il faut ensuite prendre beaucoup de temps. L'intérêt pour « les alcooliques » est quelque chose de profond qui vient année après année, une fois que chaque partie s'est comprise.

Cette posture ne peut-elle être enseignée et s'acquérir sur les bancs de l'université ? S'acquiert-elle seulement avec l'expérience ?

Des cours d'entretiens motivationnels, des groupes Balint peuvent aider.

Il serait nécessaire de former les médecins à davantage d'écoute et à une certaine empathie à propos de l'alcool. Mais il s'agit là de grands mots rencontrés dans les livres. Sans une réelle prise de conscience de la part des médecins de l'ampleur de ce fléau qu'est l'alcool, tant pour la société que dans le quotidien des patients, l'écoute et l'empathie ne peuvent être acquises.

Les médecins même peu intéressés par ce problème, cherchent à aider les patients et les adressent aux spécialistes.

Le réseau en alcoologie est très important. Les dispositifs de soins ne sont pas connus de tous. Il serait très intéressant de disposer d'un service, site internet qui regrouperait tous les recours de soins en alcoologie qu'ils soient dans un centre hospitalier ou en libéral.

Au fil des ans, la patientèle se fait à l'image des médecins généralistes. Ceux-ci parlent souvent de recrutement des patients. Mais, en fait, qui recrute qui ?

Les médecins qui se posent en retrait de la prise en charge ont tendance à sélectionner leurs patients. Tandis que les médecins plus dévoués en la matière ont tendance à être sélectionnés par les patients.

Enfin à titre personnel, ce travail m'a permis de m'initier aux méthodes qualitatives et de porter un regard extérieur et complémentaire sur la profession médicale.

La démarche qualitative est sans cesse en mouvement comme nos observations du terrain. Faire les entretiens, les analyser, les allers-retours avec les verbatims ont été des phases de travail très enrichissantes. Les rencontres que j'ai faites m'ont ouvert les yeux et l'esprit sur des pratiques très différentes mais toujours menées avec une envie de bien faire.

A mon tour, j'ai essayé de parler d'alcool en cabinet. Mais face au patient, l'exercice devient plus compliqué. J'ai encore des années devant moi pour m'entraîner et essayer de mieux faire. Cette thèse m'aura sans aucun doute sensibilisée à toutes ces questions.

BIBLIOGRAPHIE

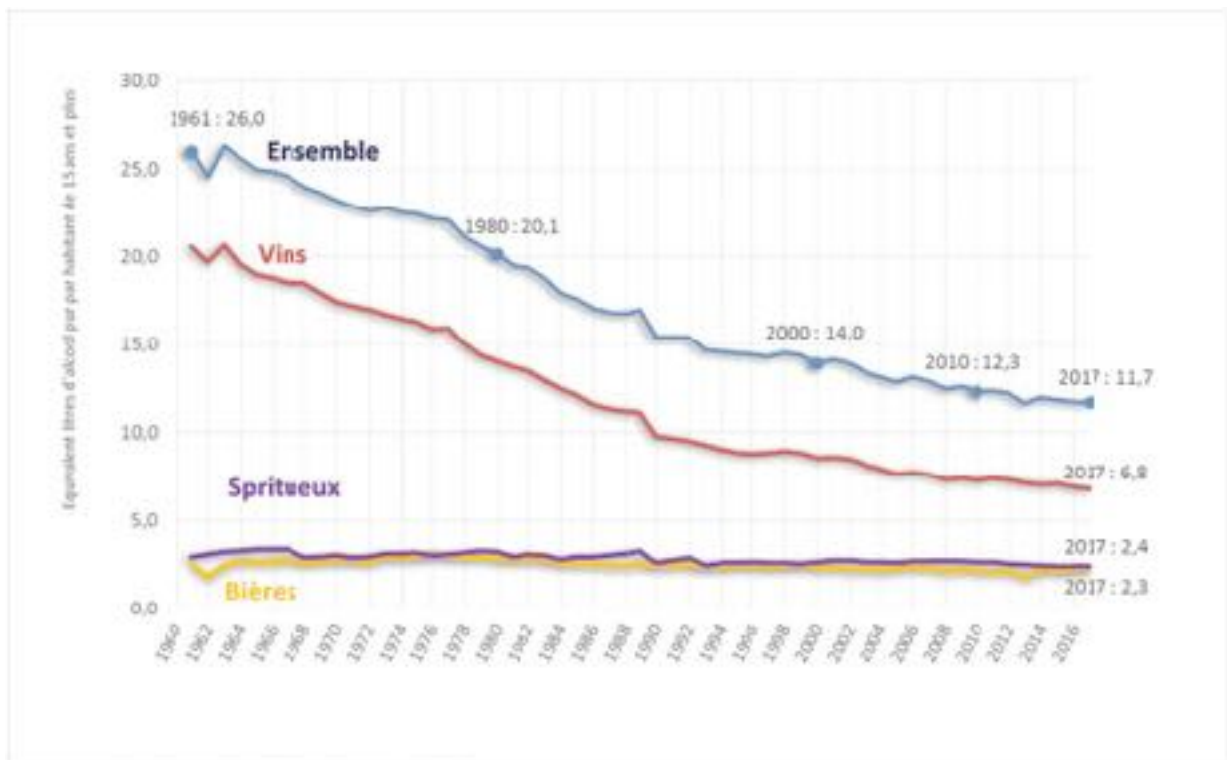
- [1] Cour des comptes. Les politiques de lutte contre les consommations nocives d'alcool. 2016 : 262 p.
- [2] Richard J-B, Andler R, Cogordan C, Spilka S, Nguyen-Thanh V, et le groupe Baromètre de Santé publique France 2017. La consommation d'alcool chez les adultes en France en 2017. BEH. 2019;(5-6):89-97
- [3] Beck F, Richard J-B, Guignard R, Le Nézet O, Spilka S. Les niveaux d'usage des drogues en France en 2014, OFDT, Tendances n°99. Mars 2015 : 8 p.
- [4] Richard J-B, Palle C, Guignard R, Nguyen-Thanh V, Beck F, Arwidson P, « La consommation d'alcool en France en 2014 », Évolutions, INPES, n°32. 2015 : 6 p.
- [5] Bonaldi C, Hill C. La mortalité attribuable à l'alcool en France en 2015. BEH. 2019; (5-6):97-108
- [6] Nguyen-Thanh V, Guignard R. Consommation d'alcool, comportements et conséquences sur la santé. BEH n°5-6/2019
- [7] Kopp P. Le coût social des drogues en France, Note de synthèse OFDT. 2015
- [8] Obadia L. ; Le « boire », une anthropologie en quête d'objet, un objet en quête d'anthropologie. 2004
- [9] Berlivet L. Les démographes et l'alcoolisme. Du « fléau social » au « risque de santé » ; Vingtième siècle. Revue d'Histoire, 2007, vol. 3,(95) : 93-113
- [10] Bergeron H. ; Qualifier en politique : l'exemple du problème alcool ; Santé Publique, 2008, vol. 20 : 341-352
- [11] www.anpaa.asso.fr
- [12] Duhamel G, Hesse C. Evaluation du dispositif médicosocial de prise en charge des conduites addictives. 2013. Rapport des inspections générales des affaires sociales n°2013-119R
- [13] Huas D, Allemand H, Loiseau D, Pessione F, Rueff B. Prévalence du risque et des maladies liées à l'alcool dans la clientèle adulte du généraliste : presque un patient sur cinq. Rev Prat MG 1993 ; 203 : 39-44
- [14] Blanquet M, Peyrol F, Morel F, Morge A, Maradeix B, Gerbaud L, Llorca P-M, 2015. Médecine générale. Prévalence du mésusage de l'alcool et attitudes des médecins libéraux. Alcoologie et Addictologie, 37(2), 105-113
- [15] Michaud et coll. Alcool, Tabac, Drogue: le public fait confiance aux médecins. Rev. Prat. 2003; 17(621): 605-608
- [16] Reynaud M, Parquet Ph J. Les personnes en difficultés avec l'alcool. Rapport de mission. Paris : CFES -1999 293 p

- [17] Mesusage de l'alcool. Dépistage, diagnostic et traitement. Recommandation de bonne pratique. Alcoologie et Addictologie. SFA, 2015 ; 37(1) : 5-84
- [18] Alcool et médecine générale, recommandations cliniques pour le repérage précoce et les interventions brèves; INPES 2006
- [19] www.omg.smg.org
- [20] Kiritzé-Topor P. Historique du soin et de la prise en charge de l'alcoologie. 2016
- [21] World Cancer Research Fund (WCRF), American Institute for Cancer Research (AICR). Food, Nutrition, physical activity and the prevention of cancer: a global perspective. Washington DC: AICR/ WCRF;2007
- [22] Diet, nutrition, physical activity and breast cancer, AICR/WCRF, 2017
- [23] GBD 2016 Alcohol Collaborators, Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016, Lancet 2018; 391: 2236–71
- [24] Cuijpers P, Riper H, Lemmers L. The effect on mortality of brief interventions for problem drinking : a meta-analysis. Addiction 2004;99:839-45
- [25] Alcoolisation excessive : des interventions brèves pour modérer la consommation. Revue Prescrire 2005;262:450-7
- [26] Locquet C. Repérage précoce et intervention brève en alcoologie en premier recours. HAS, mars 2014
- [27] Reanaud M, Paille F. Les diagnostics des troubles liés à l'alcool dans les hôpitaux français : PMSI et alcool : 2015
- [28] Palle C, Rattanaray M. Les Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie en 2016. Situation en 2016 et évolutions sur la période 2005-2016. Analyse des données des rapports d'activité des CSAPA. OFGT/DGS, 2018, 111 p
- [29] Conférence de consensus par SFA et ANAES. 1999. Objectifs, indications et modalités du sevrage du patient alcoolo-dépendant
- [30] Conférence de consensus par SFA et ANAES. 2001. Modalités de l'accompagnement du sujet alcoolo-dépendant après un sevrage
- [31] Comité de transparence de l'HAS. Acamprosate. 2018
- [32] Rösner S et al. Acamprosate for alcohol dependence. Cochrane. 2010 Sep 8; (9):CD004332. DOI:10.1002/14651858.CD004332
- [33] Comité de transparence de l'HAS. Naltrexone. 2018

- [34] Comité de transparence de l'HAS. Disulfiram. 2018
- [35] Comité de transparence de l'HAS. Nalméfène. 2018
- [38] Naassila M, Paille F. Baclofène et consommation d'alcool : que peut-on en dire en 2018 ? ; Société Française d'Alcoologie, rapport mars 2018
- [39] CNAM/ANSM/INSERM ; Le Baclofène en vie réelle en France entre 2009 et 2015. Usages, persistance et sécurité, et comparaison aux traitements des problèmes d'alcool ayant une autorisation de mise sur le marché. 2017
- [40] Reynaud M. et al. Etude Alpadir, essai multicentrique en double aveugle versus placebo évaluant l'efficacité de baclofène à hautes doses chez des patients ayant une dépendance à l'alcool, 2016
- [41] Jaury P, Porcher R, Le Gall J-R, de Beaurepaire R, Sidorkiewicz S, Treluyer J-M, et al. Clinical efficacy study of high dose baclofen in reducing alcohol consumption in high-risk drinkers : The Bacloville study. ISBRA, Berlin, 2016
- [42] Coulomb D. RTU du baclofène : les plus gros prescripteurs sont les généralistes mais les modalités ne sont pas respectées ; www.lequotidiendesmedecins.fr ; 2015
- [43] Huas D, Rueff B. Alcool et médecine générale. édition GMSanté 2010
- [44] Prochaska J-O, Velicer W-F. The transtheoretical model of health behavior change. Amer J Health Prom 1997;12:38-48
- [45] Michaud P . Boire moins c'est mieux. Alcool ou santé 2001 ; (237) : 4-15.
- [46] Michaud P et Abesdris J. Diffusion de la pratique de l'intervention brève : méthodes de formation et de mobilisation des acteurs de premier recours. Med Hyg 2003;61 : 1817-1822.
- [47] Huas D, Rueff B. Le repérage précoce et l'intervention brève sur les consommateurs excessifs d'alcool en médecine générales ont-ils un intérêt ? Excercer 2010;90:20-3
- [48] Huas D, Rueff B.Efficacité à un an d'une intervention brève auprès des consommateurs d'alcool à problèmes.Rev Prat Med Gen 2002;16 (586) : 1343-8.
- [49] La prise en charge et la Prévention des Addictions. Plan 2007-2011. Ministère de la santé et des solidarités. 15 novembre 2006.
- [50] Kaufmann J-C. L'entretien compréhensif. 1996. édition Armand Colin
- [51] Imbert S, Blaise S, Bérard J, de Beaurepaire R, Stafford A, Jaury P. Recommandations de bonnes pratiques à l'usage des médecins et patients. Baclofène et troubles liés à l'usage de l'alcool. 2018

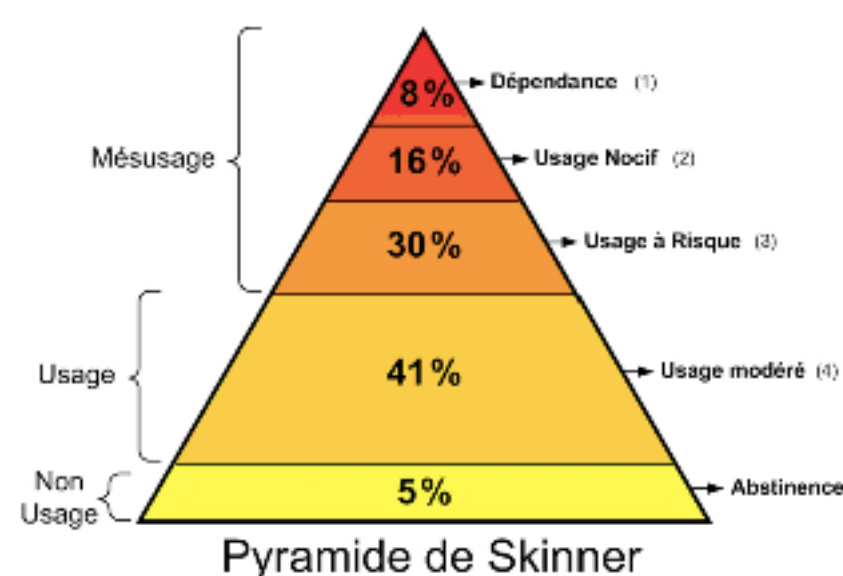
ANNEXES

Annexe 1 : Quantité d'alcool consommé par habitant de 15 ans et plus de 1960 à 2017



Source : OMS, groupe IOA, Insee/OFDT

Annexe 2 : Pyramide de Skinner



Annexe 3 : Critères d'usage nocif d'une substance psychoactive selon la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes de l'OMS, 10e révision (CIM-10)

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

Les complications peuvent être physiques ou psychiques.

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

Ce mode de consommation donne souvent lieu à des critiques et a souvent des conséquences sociales négatives.

La désapprobation par autrui, ou par l'environnement culturel, et les conséquences sociales négatives ne suffisent toutefois pas pour faire le diagnostic.

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

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

Annexe 4 : Définition de la dépendance à une substance psychoactive selon DSM-IV et CIM-10

Définition de la dépendance d'après le DSM-IV⁴¹

DSM-IV : Au moins trois des manifestations, à un moment quelconque d'une période continue de 12 mois

- 1) Tolérance, définie par l'un des symptômes :
 - a. Besoin de quantités plus fortes de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré
 - b. Effet nettement diminué en cas d'usage continu de la même quantité de substance
 - 2) Manifestations de sevrage : a ou b :
 - a. Développement d'un syndrome spécifique dû à l'arrêt (ou à la réduction) de l'utilisation prolongée ou massive de la substance qui cause une souffrance significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel (ou autre)
 - b. Consommation pour diminuer les symptômes de sevrage
 - 3) La substance est prise en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu
 - 4) Désir persistant, ou efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'utilisation de la substance
 - 5) Beaucoup de temps passé pour obtenir la substance, à utiliser le produit ou à récupérer de ses effets
 - 6) Activités sociales, professionnelles ou de loisirs importantes abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation de la substance
 - 7) Utilisation de la substance poursuivie malgré des problèmes psychologiques ou physiques persistants susceptibles d'avoir été causés ou exacerbés par la substance
-

Définition de la dépendance d'après la CIM-10⁴²

CIM-10 : Certains symptômes du trouble ont persisté au moins un mois ou sont survenus de façon répétée sur une période prolongée. Présence d'au moins trois des manifestations suivantes en même temps au cours de la dernière année

- 1) Désir puissant ou compulsif d'utiliser une substance psychoactive
 - 2) Difficultés à contrôler l'utilisation de la substance
 - 3) Syndrome de sevrage physiologique quand le sujet diminue ou arrête la consommation d'une substance psychoactive, comme en témoignent la survenue d'un syndrome de sevrage caractéristique de la substance, ou l'utilisation de la substance pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage
 - 4) Mise en évidence d'une tolérance aux effets de la substance psychoactive : le sujet a besoin d'une quantité plus importante de la substance pour obtenir l'effet désiré
 - 5) Abandon progressif d'autres sources de plaisir et d'intérêt au profit de l'utilisation de la substance psychoactive, et augmentation du temps passé à se procurer la substance, la consommer ou récupérer ses effets
 - 6) Poursuite de la consommation de la substance malgré la survenue de conséquences manifestement nocives
-

Annexe 5: Définition de l'addiction d'une substance selon DSM-V

Evaluation de l'Addiction : DSM-5

Source : *American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*

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

1. Le produit est souvent pris en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu
 2. Il existe un désir persistant ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'utilisation du produit
 3. Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir le produit, utiliser le produit ou récupérer de leurs effets
 4. Craving ou une envie intense de consommer le produit
 5. Utilisation répétée du produit conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison
 6. Utilisation du produit malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets du produit
 7. Des activités sociales, occupationnelles ou récréatives importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation du produit
 8. Utilisation répétée du produit dans des situations où cela peut être physiquement dangereux
 9. L'utilisation du produit est poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par cette substance
 10. Tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :
 - a. besoin de quantités notablement plus fortes du produit pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré
 - b. effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité du produit
 11. Sevrage, caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
 - a. syndrome de sevrage du produit caractérisé (cf diagnostic du syndrome de sevrage du produit)
 - b. le produit (ou une substance proche) sont pris pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.
- Présence de 2 à 3 critères : ADDICTION LÉGÈRE
 - Présence de 4 à 5 critères : ADDICTION MODÉRÉE
 - Présence de 6 critères ou plus : ADDICTION SÉVÈRE

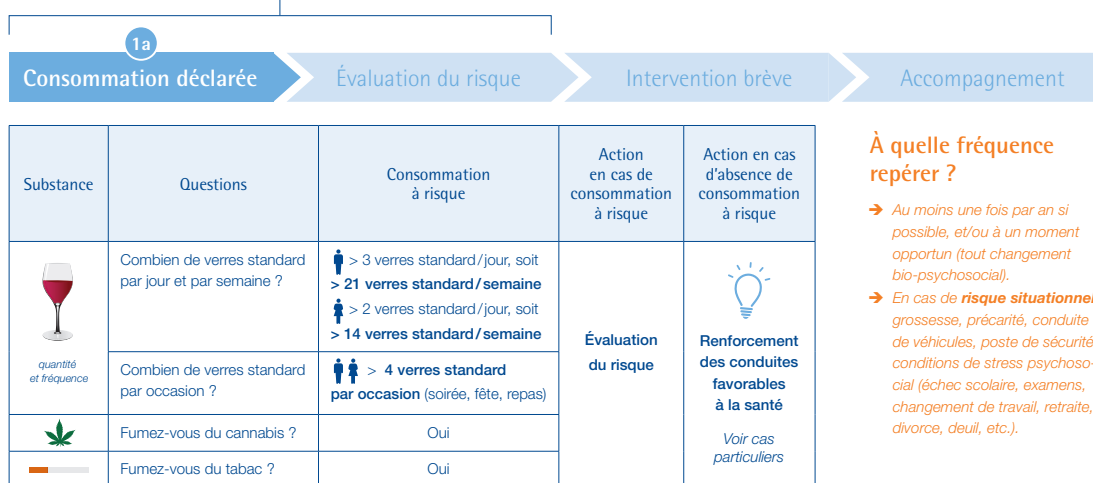
Annexe 6 : Outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève pour la réduction ou arrêt de la consommation alcool chez l'adulte

Outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève

ALCOOL, CANNABIS, TABAC CHEZ L'ADULTE

Alcool, tabac et cannabis sont les 3 substances psychoactives les plus consommées en France.
Le repérage précoce accompagné d'une intervention brève constitue une réponse individuelle à des consommations à risque de dommages physiques, psychiques ou sociaux.

REPÉRAGE PRÉCOCE



À quelle fréquence repérer ?

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

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

REPÉRAGE PRÉCOCE



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

- À quelle fréquence consommez-vous des boissons contenant de l'alcool ?
Jamais = 0 ; Une fois par mois ou moins = 1 ; Deux à 4 fois par mois = 2 ; Deux à 3 fois par semaine = 3 ; Quatre fois par semaine ou plus = 4 ; **Score :**
- Combien de verres standard buvez-vous, les jours où vous buvez de l'alcool ?
1 ou 2 = 0 ; 3 ou 4 = 1 ; 5 ou 6 = 2 ; 7 à 9 = 3 ; 10 ou plus = 4 ; **Score :**
- Est-ce que votre entourage vous a fait des remarques concernant votre consommation d'alcool ?
Non = 0 ; Oui = 4 ; **Score :**
- Vous est-il arrivé de consommer de l'alcool le matin pour vous sentir en forme ?
Non = 0 ; Oui = 4 ; **Score :**
- Vous est-il arrivé de boire et de ne plus vous souvenir le matin de ce que vous avez pu dire ou faire ?
Non = 0 ; Oui = 4 ; **Score :**

Interprétation du score total : hommes (H) / femmes (F)
Risque faible ou nul : H moins de 5 ; F moins de 4 : **renforcement des conduites favorables à la santé**
Consommation excessive probable : H 5 à 8 ; F 4 à 8 : **intervention brève**
Dépendance probable : H et F plus de 8 : **proposer une consultation d'addictologie**

Pratiques à risque majorant les dommages

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



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

Situations particulières entraînant une majoration du risque de dommages

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

REPERAGE PRECOCE

Consommation déclarée

Évaluation du risque

2
Intervention brève

Accompagnement

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

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



- Adopter une **posture partenariale** favorisant la confiance et les échanges (alliance thérapeutique).
- Échanger avec le consommateur sur sa **motivation**, sa **confiance** dans la réussite de réduction ou d'arrêt de sa consommation et déterminer si c'est le **bon moment**, grâce à 3 échelles sur lesquelles il va se situer.

Motivation pour réduire ou arrêter sa consommation de substance psychoactive



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



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



REPERAGE PRECOCE

Consommation déclarée

Évaluation du risque

Intervention brève

3
Accompagnement

Accompagnement des consommateurs

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

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

- La notion d'**essai** dans un changement de comportement est fondamentale pour ne pas attribuer l'échec au patient mais à des circonstances.
- La rechute est davantage la règle que l'exception et chaque rechute rapproche le thérapeute et le patient du succès consolidé.



Annexe 7 : Les missions des CSAPA

Le décret n°2007-877 du 14 mai 2007 relatif aux missions CSAPA (Journal officiel du 15 mai 2007) détaille les missions de ces établissements :

- ✓ Lieu d'accueil : Recevoir toute personne se présentant au CSAPA ou faisant appel à lui. C'est donc d'abord un lieu d'écoute, où l'équipe apporte, dès l'accueil, les premières réponses aux questions que se pose l'utilisateur sur sa consommation. On doit y trouver une grande disponibilité, un local facile d'accès et des horaires souples, des formalités d'accueil simples, un espace d'écoute et de travail permettant respect et confidentialité,
- ✓ Lieu d'information : l'information va du dialogue en tête à tête à la remise de documents ou de brochures. Les informations concernent la nature et les effets des produits consommés, les risques médicaux induits par la consommation, les droits et les modalités de prise en charge,
- ✓ Lieu d'évaluation médical, psychologique et social : il s'agit de déterminer l'importance de la consommation du patient, sa situation sociale et les éventuelles difficultés associées afin de lui proposer la prise en charge la plus adaptée à ses besoins,
- ✓ Lieu d'orientation : toute personne accueillie va bénéficier d'un projet de prise en charge, décidé d'un accord commun, ou, si besoin, d'une orientation vers une structure plus adaptée. »

Les prestations sont prises en charge par la Sécurité Sociale et principalement ambulatoires.

« La prise en charge est médicale :

- ✓ Evaluation de la dimension médicale et psychologique de la dépendance par un médecin du centre en lien avec les infirmières,
- ✓ Recherche de comorbidités somatiques ou psychiatriques,
- ✓ Proposition des différents types de soins possibles, incluant notamment les prises en charge des états de manque inhérents à la dépendance, et les traitements des comorbidités,
- ✓ Proposition d'un sevrage thérapeutique.

Elle est aussi psychologique :

- ✓ Evaluation de la dimension psychologique des consommations et des dépendances,
- ✓ Suivi psychologique et soutien adaptés aux besoins, orientation vers le secteur psychiatrique en cas de comorbidités psychiatriques.

Et peut être également sociale :

- ✓ Proposition d'hébergement sur une courte ou longue durée, dépannage alimentaire,
- ✓ Aide à l'insertion ou à la réinsertion (acquisition de droits sociaux, accès ou retour au travail).

Score de gravité : échelle de Cushman

SCORE	0	1	2	3
Freq. Cardio.	< 80	80 - 100	100 - 120	> 120
TA	< 135	136 - 145	146 - 155	> 155
Tremblements	aucun	maines	Membres sup	généralisés
Sueurs	aucune	paumes	Paumes et front	généralisées
Agitation	aucune	discrète	Généralisées et incontrôlables	hallucinations
TOTAL				

- Cushman < 5 : Valium® = 0
- Cushman entre 5 et 7 : Valium® toutes les 4 heures
- Cushman > 7 : Valium® toutes les 3 heures

Annexe 9 : Nombre de patients recevant du baclofène entre 2007 et 2017

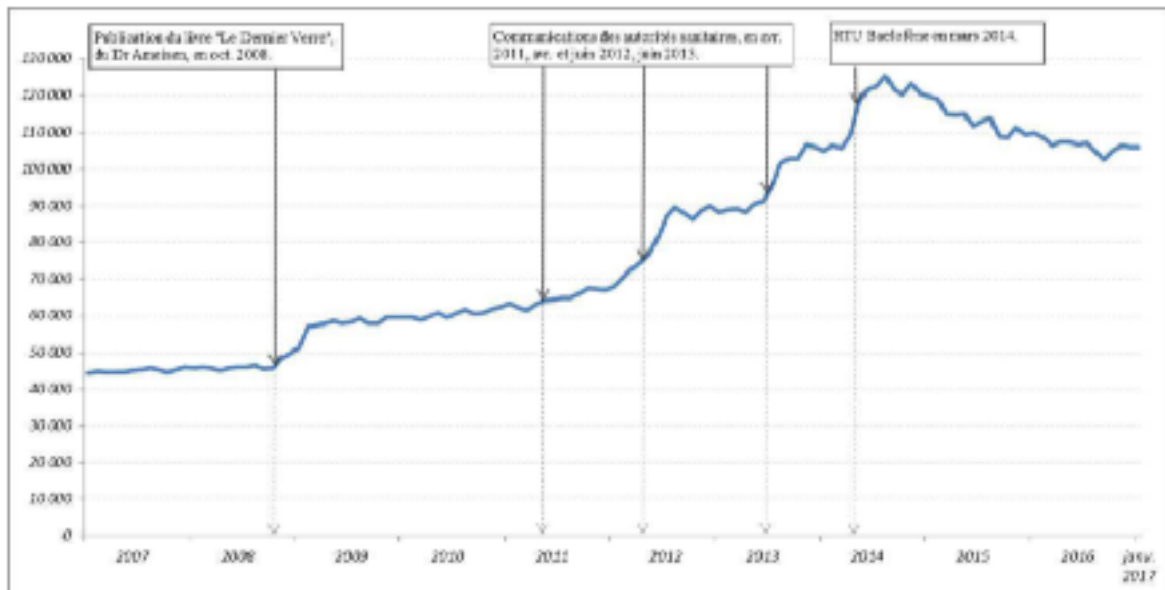
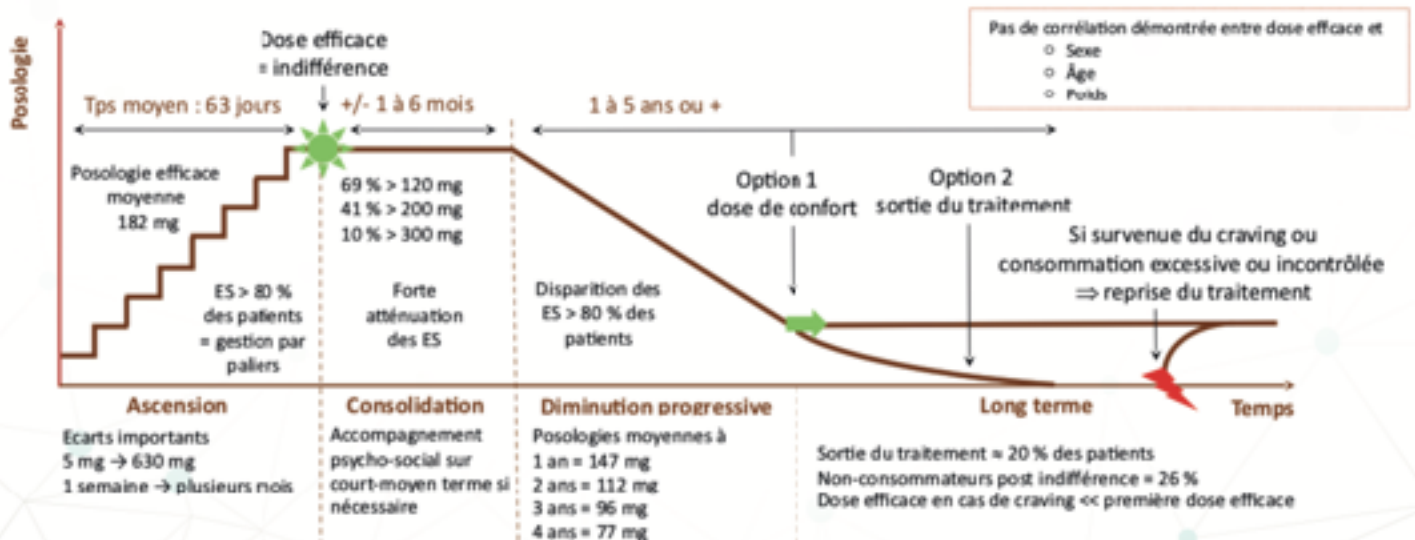


Figure 1. Nombre de patients recevant du Baclofène par mois en France. *Données tous régimes d'Assurance Maladie du SNIRAM.*

Annexe 10 : Une proposition de schéma thérapeutique du baclofène dans l'alcoolodépendance

BACLOFÈNE ET TRAITEMENT DE L'ALCOOLODÉPENDANCE Schéma thérapeutique & statistiques posologiques – Janvier 2016



Co-pilotage médecin-patient ↔ médecine 2.0

Sources : - Retours d'expériences des médecins primo-prescripteurs et des associations : Aubes, Baclofène, Resab, Olivier Améisen
- Analyse de la littérature médicale, des suivis de cohortes des primo-prescripteurs et parcours thérapeutiques sur les forums patients et médecins
- Références posologiques & statistiques : association Baclofène – études web 2.0 août 2013 & septembre 2015

o-ameisen.org
baclofene.org
resab.fr
baclofene.fr

Titre en français : LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES DANS LA PRISE EN CHARGE /
ACCOMPAGNEMENT DES PATIENTS AVEC MÉSUSAGE DE L'ALCOOL

Résumé (français) :

Introduction : L'alcool a deux facettes. Il enrichi l'économie française mais il a aussi un coût sanitaire important. Il est la deuxième cause de mortalité évitable dans notre pays. Pour lutter contre ce fléau qu'est l'alcoolisme, les autorités demandent aux médecins généralistes de s'impliquer. Il est le seul professionnel de santé à être consulté par toute la population. Il a donc de nombreuses opportunités de parler d'alcool avec ses patients pour ensuite les mener vers un sevrage. Plusieurs outils sont à disposition des médecins généralistes tels que les différents recours de soins en alcoologie, les formations, les médicaments et notamment le très controversé : le baclofène ... La place des médecins généralistes et cruciale et devrait être central mais quelle place occupent-ils réellement ?

Matériel et méthode : Pour explorer la prise en charge / accompagnement des patients avec mésusage d'alcool en médecine générale, nous avons travaillé sur une grande étude qualitative déjà existante : PrevQuali (2010-2012) qui s'intéressait à plusieurs domaines de préventions en médecine générale dont l'alcool. Puis nous avons réactualisé les données avec une étude ancillaire : PrevQuali OH (2018-2019). Au total une analyse s'est faite sur 99 entretiens semi-dirigés dont 19 traitant plus particulièrement l'alcool dans le cadre de PrevQuali et sur 15 entretiens supplémentaires par PrevQuali OH.

Résultats : La tâche des médecins généralistes s'avère difficile. Les formations semblent manquer ou mal adaptées. La part belle est donnée à la prescription médicamenteuse, les protocoles de sevrage mais c'est le travail surtout la prise de conscience du problème et la motivation à vouloir changer de comportement qui est difficile. Ceci demanderait de l'expérience et une bonne relation médecin-patient. Les recours de soins ne semblent pas être connus de tous. Il est souvent nécessaire d'avoir un bon carnet d'adresse avec des confrères qui ont la même sensibilité sur l'alcool.

Mots clés (français) : Alcool, médecins généralistes, baclofène

Titre en anglais : GENERAL PRACTITIONERS IN THE CARE AND SUPPORT PATIENTS WITH
MISUSE OF ALCOHOL

Abstract (english) :

Introduction: Alcohol has two facets. It enriches the French economy but it also has a significant health cost. It is the second leading cause of preventable death in our country. To fight against this scourge of alcoholism, the authorities ask general practitioners to get involved. They are the only health professional to be consulted by the entire population. They suppose to have many opportunities to talk with their patients about alcohol and then lead them to weaning. Several tools are available to general practitioners such as the different remedies of alcohol care, training, drugs and especially the controversial: baclofene... The place of GPs is crucial and should be central but what place do they actually occupy ?

Material and method: To explore the care / support of patients with alcohol misuse in general medicine, we had worked on a large qualitative study already existing: PrevQuali (2010-2012) which was interested in several areas of prevention in general medicine including alcohol. Then, we updated the data with an ancillary study: PrevQuali OH (2018-2019). In total, an analysis was made of 99 semi-structured interviews, 19 of which dealt more specifically with alcohol, under PrevQuali and 15 additional interviews with PrevQuali OH.

Results: The task of general practitioners is difficult. The formations seem to be lacked or no adapted. The formations focus on the drug prescription, the protocols of weaning but it is the work especially the awareness of the problem and the motivation to want to change of behavior which is difficult. But, this would require experience and a good doctor-patient relationship. The healthcare remedies seem not to be known to everyone. It is often necessary to have a good address book with colleagues who have the same sensitivity on alcohol.

Université Paris Descartes
Faculté de Médecine Paris Descartes
15, rue de l'Ecole de Médecine
75270 Paris cedex 06