



UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2015

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Prise en charge du patient alcoolodépendant en médecine de ville :
évaluation des pratiques professionnelles des médecins généralistes
lillois**

Présentée et soutenue publiquement le 15/04/2015 à 16h00
au Pôle Recherche
Par Marc Ledroit

JURY

Président :

Monsieur le Professeur COTTENCIN Olivier

Assesseurs :

Monsieur le Professeur JARDRI Renaud

Monsieur le Docteur CALAFIORE Matthieu

Directeur de Thèse :

Madame le Docteur BENCE Camille

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Liste des abréviations

BZD : Benzodiazépine
CDA : Consommation Déclarée d'Alcool
CDT : Carbohydrate Deficient Transferine
CMP : Centre Médico-Psychologique
CSAPA : Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
CSSR : Centre de Soins de Suite et de Réadaptation
CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion sociale
DSM : Diagnostic and Statistical Manual of mental disorder
DT : Delirium Tremens
GABA : Acide gamma-amino-butyrique
GGT : gamma-glutamyl transpeptidase sérique
IC : Intervalle de Confiance à 95%
NPDC : Nord-Pas-De-Calais
NMDA : N-Methyl-D-Aspartate
OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
Q : Question
RTU : Recommandation Temporaire d'Utilisation
SFA : Société Française d'Alcoologie
TUA : Trouble de l'Usage d'Alcool
VGM : Volume Globulaire Moyen

Table des matières

Résumé	1
Introduction	3
I. Présentation du contexte	3
II. Définitions.....	5
A. Limites de consommation sans risque	5
B. Modes de consommation d'alcool	6
1. L'usage simple	6
2. Le mésusage.....	6
a) L'usage à risque	6
b) L'usage nocif	6
c) L'usage avec dépendance.....	7
C. Syndrome de sevrage	7
III. Recommandations actuelles sur la prise en charge	8
A. Repérage	8
B. Objectifs thérapeutiques chez le patient alcoolodépendant	9
C. Le sevrage	9
1. Généralités.....	9
2. Pharmacologie du sevrage.....	11
a) Les benzodiazépines et la vitaminothérapie.....	11
b) Les traitements spécifiques de l'alcoolodépendance	12
IV. Suivi et réseau de soins.....	13
1. Le médecin généraliste	13
2. Les structures hospitalières.....	14
3. Les Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA).....	14
V. Objectifs de notre travail	15
Matériels et méthodes.....	16
I. Questionnaire	16
II. Population étudiée	17
III. Analyse statistique.....	18
Résultats	19
I. Diagnostic.....	19
II. Orientation	20
A. Généralités	20
B. Orientation vers les CSAPA.....	21
C. Orientation en service d'addictologie.....	22
D. Orientation chez un médecin addictologue libéral	22
E. Orientation chez un médecin psychiatre ou en CMP.....	23
F. Orientation chez un médecin gastro-entérologue.....	24
G. Orientation vers le service d'accueil des urgences.....	24
H. Orientation vers les associations néphalistes.....	25
III. Organisation du sevrage.....	26
IV. Traitements médicamenteux.....	27
V. Difficultés rencontrées	30

VI. Réseau de soins en addictologie	31
Discussion	32
I. Prise en charge globale	32
II. Dépistage	34
III. Prise en charge médicamenteuse	36
IV. Orientation et réseau de soins	37
V. Critique méthodologique	40
Conclusion	42
Références bibliographiques	45
Annexes	48
Annexe 1 : Critères de la dépendance selon le DSM IV	48
Annexe 2 : Le test AUDIT	49
Annexe 3 : Questionnaire de l'enquête	50
Annexe 4 : Posologies déclarées à la question n°7	52

RESUME

Contexte : L'alcool est la substance psychoactive la plus consommée en France, le Nord pas de Calais ne faisant pas exception avec 9% de consommateurs à risque et d'alcoolodépendants. Les conséquences médicales, économiques et sociales d'un trouble de l'usage d'alcool constituent un enjeu majeur en termes de santé publique. Dans ce contexte, le médecin généraliste joue un rôle essentiel dans la prise en charge de l'alcoolodépendance.

Méthode : Nous avons réalisé une enquête auprès des médecins généralistes lillois. Ces derniers ont été contactés par mail ou téléphone afin de répondre à un questionnaire de 10 items sur les aspects suivants : prise en charge globale de l'alcoolodépendance, repérage, thérapeutiques médicamenteuses, orientation et réseau de soins.

Résultats : 99 médecins ont répondu au questionnaire. 98%(IC [92.89-99.75]) prenaient en charge des patients alcoolodépendants. L'usage de questionnaires spécifiques pour le repérage était marginal (13% IC [7.45-21.76]) à l'inverse de l'utilisation de bilans biologiques (84% IC [74.78-90.2]). 65% (IC [54.33-73.81]) des médecins encadraient eux-mêmes des sevrages et la proportion globale de sevrages réalisés en ambulatoire restait faible (26% IC [21.6-30.2]). Les benzodiazépines et une vitaminothérapie étaient prescrites dans plus de 80% des cas. Parmi les traitements addictolytiques, l'acamprosate était la molécule la plus largement utilisée (77% (IC [67-84.42])). Parmi les difficultés rencontrées, les médecins citaient le déni du patient, son refus de prise en charge, les difficultés du suivi ainsi que le manque de temps. Le

réseau de soins était jugé satisfaisant par 77% des médecins (IC [67-84.42]) et les patients étaient principalement orientés vers les CSAPA et les services hospitaliers d'addictologie.

Conclusion : Notre étude a permis de mettre en évidence une prise en charge de l'alcoolodépendance en partie conforme aux recommandations actuelles, notamment concernant l'approche thérapeutique et la coordination des soins, avec cependant une disparité entre les médecins. Concernant le repérage, la faible utilisation d'outils cliniques spécifiques et les difficultés rencontrées par les médecins face au patient alcoolodépendant semblent constituer des freins à une prévention primaire et secondaire efficaces.

INTRODUCTION

I. Présentation du contexte

On estime le nombre de consommateurs de boissons alcoolisées en 2011 à 44 millions chez les 11-75 ans en France. L'alcool constitue de ce fait la substance psycho active la plus consommée dans notre pays. Par ailleurs, en 2009, 49000 décès étaient attribuables à l'alcool (1).

Toutefois, les niveaux et modes de consommations d'alcool semblent disparates à l'échelon national. La consommation d'alcool dans le Nord Pas de Calais (NPDC) s'inscrit dans une tradition culturelle et historique profonde liée notamment au passé industriel et minier, à une tradition de production de bière mais également à des conditions socio-économiques défavorables (2).

Depuis quelques années, on note, à l'échelon national ainsi que dans le NPDC, une diminution significative des consommations de produits alcoolisés. Avec 13% d'usagers quotidiens parmi les 15-75 ans, contre 11% au niveau national, le NPDC se situe dans le quatuor de régions où la part de buveurs quotidiens d'alcool est la plus forte.(2)

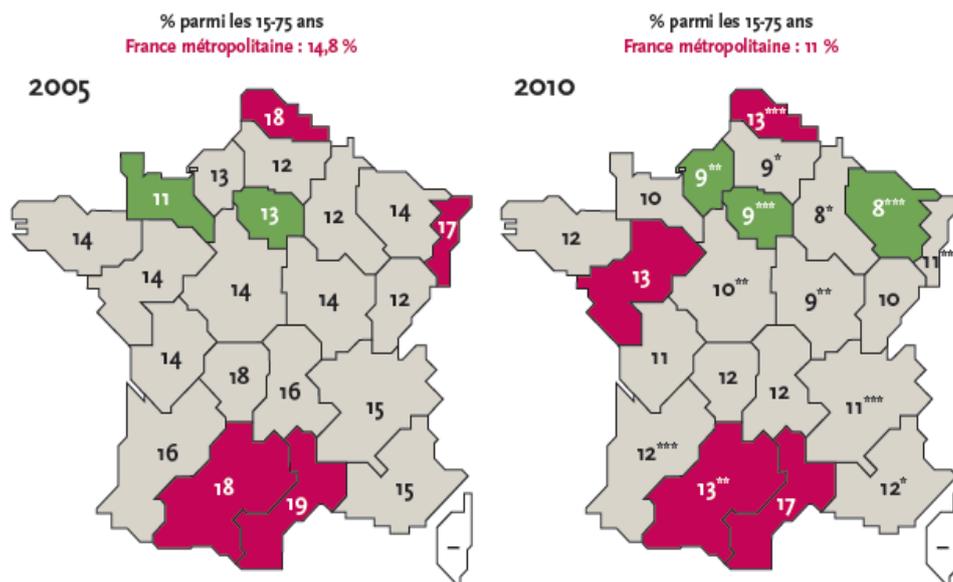


Figure 1 : Usage quotidien d'alcool en France (2)

La région fait partie de celles où la proportion d'individus déclarant avoir connu une ivresse au cours de l'année est la plus basse (16% contre 19% dans le reste de la France) avec un taux de consommateurs à risque superposable au taux national, soit 9%. Malgré une baisse globale de la consommation de boissons alcoolisées, la part d'utilisateurs à risque et d'alcoolodépendants reste stable depuis quelques années.

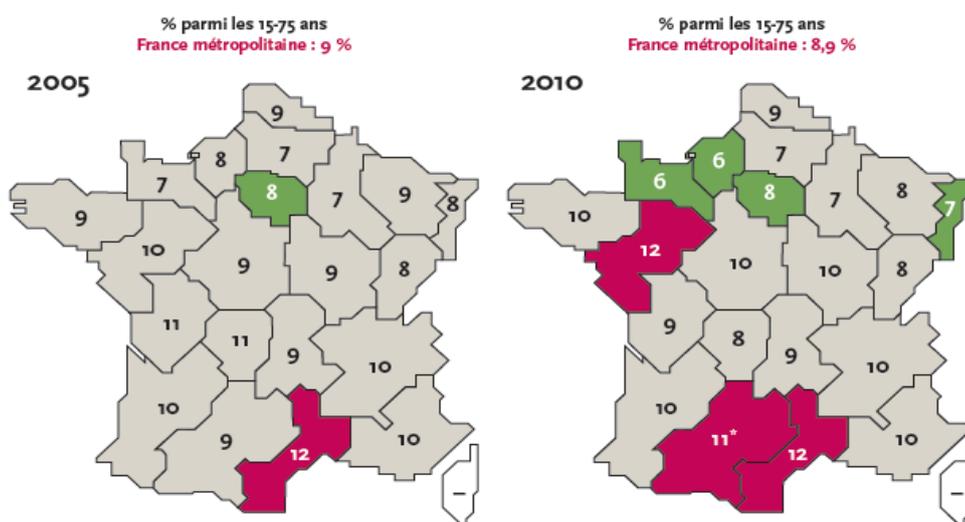


Figure 2 : Usage à risque chronique et dépendance en France(2)

Les répercussions sanitaires de la consommation d'alcool restent très présentes au niveau national et régional, le NPDC se situant en première position concernant les décès liés à l'alcool par cirrhose (0.85/1000 habitants de 40 à 64 ans contre 0.39 pour le reste du territoire) (3).

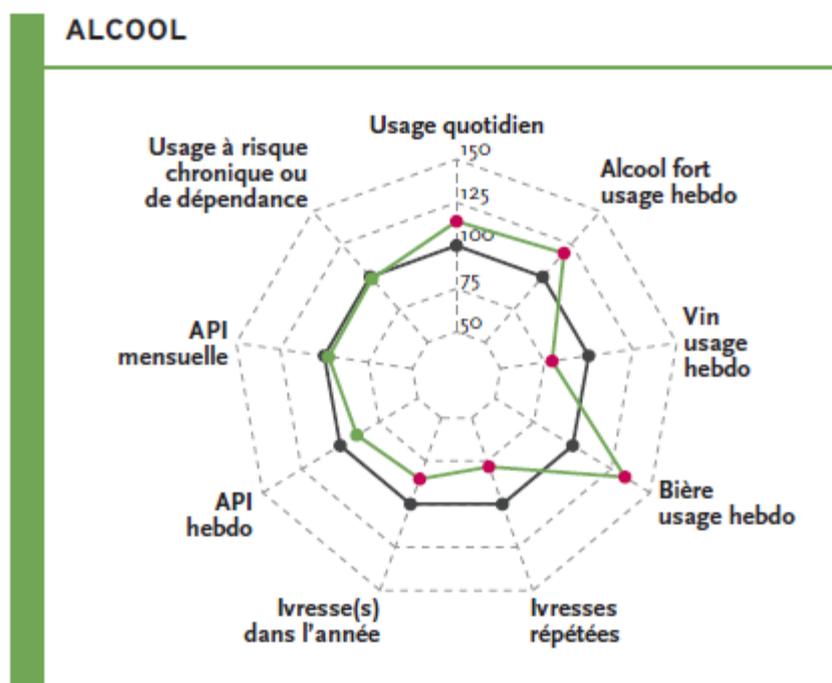


Figure 3 : comparaison des modes de consommation d'alcool dans le NPDC (vert) et la France métropolitaine (noir) (2)

II. Définitions

A. Limites de consommation sans risque

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a proposé des limites au-delà desquelles la consommation d'alcool peut provoquer des dommages pour la santé. La valeur seuil est de 21 verres standards d'alcool par semaine pour un homme et de 14 verres par semaine pour une femme, avec une abstention complète de toute consommation au moins un jour par semaine et sans jamais dépasser quatre verres

par occasion. Au-delà de ces seuils, le risque de développer une pathologie liée à la consommation d'alcool devient significatif (4).

B. Modes de consommation d'alcool

Parmi les consommateurs d'alcool on distingue l'usage simple et le mésusage.

1. L'usage simple

L'usage simple correspond à une consommation d'alcool en deçà des seuils définis par l'OMS, n'ayant aucune conséquence pour l'individu, et en dehors de situations à risque.

2. Le mésusage

Le DSM IV distingue plusieurs types de mésusage :

a) L'usage à risque

Il correspond à une conduite d'alcoolisation ponctuelle ou régulière, où la consommation est supérieure aux seuils de dangerosité définis par l'OMS et non encore associée à un quelconque dommage d'ordre médical, psychique ou social, mais susceptible d'en induire à court, moyen ou long terme (5).

b) L'usage nocif

Il s'agit d'une consommation répétée induisant des dommages physiques, psycho-affectifs ou sociaux pour le patient ou son entourage.

c) L'usage avec dépendance

Il associe dépendance physique et psychique. La dépendance physique est caractérisée par le phénomène de tolérance (majoration des doses pour obtenir les mêmes effets) et par le syndrome de sevrage. La dépendance psychique est représentée par le phénomène de craving qui est un désir irrésistible de consommer (6) (annexe 1).

Les différents modes de consommation sont résumés par la pyramide de Skinner :

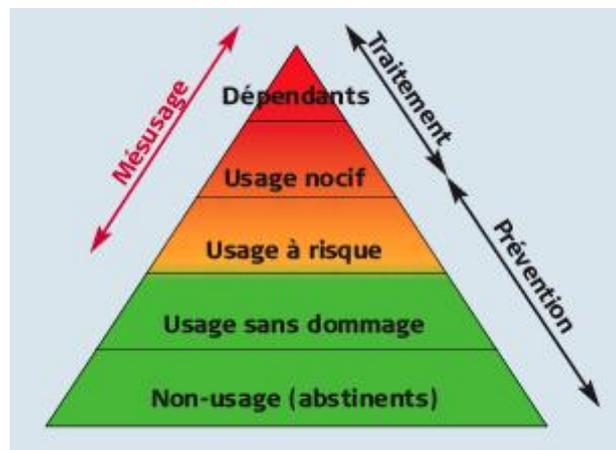


Figure 4: pyramide de Skinner

C. Syndrome de sevrage

Le sevrage est défini par l'arrêt de la consommation d'alcool. Le syndrome de sevrage survient dans les suites immédiates ou différées jusqu'au dixième jour suivant l'arrêt de l'alcool. Il traduit un état de manque psychique, comportemental et physique.

Il est marqué par des troubles subjectifs (anxiété, agitation, irritabilité, insomnie, cauchemars), des troubles neurovégétatifs (sueurs, tremblements, hypertension artérielle) ainsi que des troubles digestifs (anorexie, nausées, vomissements).

Ce tableau peut se compliquer dans les heures qui suivent l'arrêt de l'alcool de signes confusionnels, d'hallucinations, de Délirium Tremens (DT), de convulsions et d'hyperthermie.

La durée du syndrome de sevrage est comprise entre 2 et 5 jours, spontanément ou sous traitement (7).

III. Recommandations actuelles sur la prise en charge

A. Repérage

Le médecin généraliste constitue le premier recours dans le système de soins, ce qui le situe en première ligne pour le repérage des conduites d'alcoolisation.

Depuis 2003, la Société Française d'Alcoologie (SFA) recommande d'évaluer pour tous les patients consultant en médecine générale la Consommation Déclarée d'Alcool (CDA) (8). Lorsque celle-ci suggère une consommation à risque d'alcool, il est préconisé d'approfondir l'entretien et de le compléter éventuellement par un questionnaire standardisé tel que l'AUDIT (annexe 2), ou sa version courte l'AUDIT C, ou le CAGE.

L'usage des marqueurs biologiques n'a pas d'utilité en dépistage de routine (8).

Ce repérage doit s'intégrer dans les habitudes de consultation des praticiens car il est important de détecter les troubles liés à l'usage d'alcool dès l'apparition d'un usage à risque.

B. Objectifs thérapeutiques chez le patient alcoolodépendant

La conférence de consensus de 1999 préconise pour le patient alcoolodépendant une abstinence complète et durable, ce processus nécessitant la réalisation d'un sevrage (9).

Depuis quelques années, une nouvelle approche thérapeutique émerge dans la prise en charge des troubles liés à l'alcool. Celle-ci admet la possibilité d'une diminution du niveau de consommation et le retour à un mode de consommation contrôlée, l'abstinence n'étant plus la seule alternative.

L'objectif thérapeutique est à établir en concertation avec le patient, en fonction de ses représentations et en fonction de facteurs sociaux, cliniques et biologiques. On peut ainsi définir des profils de patients différents parmi les alcoolodépendants et proposer des schémas personnalisés de prise en charge : abstinence complète, abstinence temporaire ou consommation contrôlée (10).

Il semble néanmoins que la proportion des patients alcoolodépendants capables de maintenir une consommation non problématique d'alcool de manière stable dans le temps soit minoritaire (10).

C. Le sevrage

1. Généralités

Le sevrage nécessite une prise en charge médicalisée avec intervenants multiples (médecin traitant, médecin addictologue, infirmière, psychologue).

La plupart des sevrages pourrait être réalisée en ambulatoire en l'absence de contre-indications qui sont (6):

- une mauvaise compliance prévisible
- l'existence d'une polyaddiction
- la présence de troubles somatiques ou psychiatriques évolutifs
- les antécédents de crise convulsive ou DT
- l'isolement médical ou paramédical avec absence de système de recours d'urgence

Le sevrage ambulatoire présente certains intérêts pour le patient (9) (poursuite de l'activité professionnelle, maintien de relations sociales et familiales, meilleur acceptation du sujet qui n'a pas à assumer socialement le statut de malade, participation active de l'entourage) et pour la société (notamment coût moindre par rapport à une institutionnalisation : environ 7 à 8 fois moins cher) (11).

Le sevrage institutionnalisé présente d'autres avantages : surveillance continue, soustraction du patient à son environnement (alcool, situations conflictuelles), garantie de la réalité du sevrage, observance des prescriptions. Il est nécessaire en cas de pathologies intriquées ou de syndrome de sevrage sévère (9).

Plusieurs études ont déjà démontré l'absence de supériorité en termes de complications et d'efficacité à court terme entre le sevrage ambulatoire et hospitalier chez les patients présentant un syndrome de sevrage modéré à faible (11,12).

2. Pharmacologie du sevrage

a) Les benzodiazépines et la vitaminothérapie

La consommation chronique d'alcool entraîne une baisse de l'activité catécholaminergique cérébrale et modifie également l'activité sérotoninergique. L'acide gamma-amino-butyrique (GABA) est un neurotransmetteur inhibiteur du système nerveux. En cas d'alcoolisation, on observe une potentialisation de l'activité GABAergique et lorsqu'il s'agit d'une intoxication chronique, le nombre de récepteurs GABAergiques diminue par rétrocontrôle négatif. Par ailleurs, l'alcool inhibe les récepteurs N-Méthyl-D-Aspartate (NMDA) qui interagissent avec le glutamate, principal acide aminé exciteur. En cas de consommation chronique, le nombre de récepteurs s'accroît. A l'arrêt de l'alcool survient donc une hyperactivité des acides aminés excitateurs et un moindre effet du système GABAergique. Ce sont ces modifications qui sont responsables des hallucinations, crises convulsives et DT.

Les Benzodiazépines (BZD) renforcent le fonctionnement du système GABAergique et contrebalancent l'hyperexcitabilité cérébrale (13).

Les BZD à demi vie longue sont le traitement médicamenteux de première intention lors du sevrage, car elles réduisent l'incidence et la sévérité du syndrome de sevrage alcoolique, des crises comitiales et du Delirium Tremens (14). Les apports hydriques doivent être suffisants mais sans hyperhydratation qui peut être nocive (9). Une supplémentation vitaminique B1 et B6 est justifiée.

b) Les traitements spécifiques de l'alcoolodépendance

Il existe à ce jour deux molécules qui ont l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) en première intention pour diminuer le craving chez les patients abstinents :

- L'acamprosate (AOTAL®) est un agoniste GABAergique. Il est proposé à la posologie de 6 comprimés par jour (4 comprimés par jour si <60 kg) habituellement pendant un an.
- Le naltrexone (REVIA®) est un antagoniste opioïde prescrit à la posologie de 50mg/j pour une durée de 3 mois voire un an chez le patient répondeur.

Le baclofène (LIORESAL®) bénéficie depuis le 13/03/2014 d'une Recommandation Temporaire d'Utilisation (RTU). Il est à instaurer après échec des autres traitements disponibles. Il s'agit donc d'un traitement de seconde intention (15)(16). Il s'instaure à posologie croissante en commençant par ½ comprimé de Baclofène 10 mg trois fois par jour. Au-delà de 120 mg par jour, un avis spécialisé est recommandé et la dose de 300mg par jour ne doit jamais être dépassée (17).

Le disulfirame (ESPERAL®) majore la concentration d'acétaldéhyde créant ainsi une sensation déplaisante lors de la consommation d'alcool. Il reste une option de seconde intention lorsque l'acamprosate et la naltrexone ne sont pas appropriées ou par préférence du patient et avec une surveillance médicale étroite en raison d'effets secondaires potentiellement graves (18).

IV. Suivi et réseau de soins

Le suivi s'articule autour du médecin généraliste et des professionnels de l'addictologie : médecin addictologue, psychologue, psychiatre, intervenants sociaux, infirmière addictologue. Les associations néphalistes peuvent également jouer un rôle essentiel (6).

1. Le médecin généraliste

Actuellement, le repérage et la prise en charge du patient alcoolodépendant reposent en premier lieu sur le médecin généraliste qui est confronté dans sa patientèle à tous les différents types d'usage et de mésusage d'alcool (19). Des études ont montré que ces patients consultaient leur médecin plus fréquemment (9 fois par an contre 5,8 dans la population générale) (5).

Lorsqu'un usage problématique d'alcool a été mis en évidence, le médecin généraliste peut alors prendre en charge lui-même le patient, seul ou en liaison avec une structure (76%des cas) ou l'adresser à une structure spécialisée ou un confrère (24%) (20).

Le généraliste intervient également dans la prescription et/ou l'encadrement des sevrages, le suivi, le traitement des complications et l'accompagnement médico-social du patient.

2. Les structures hospitalières

Les structures hospitalières sont représentées à la fois par les consultations d'addictologie, par l'équipe de liaison intervenant dans les services et aux urgences ainsi que par les services d'hospitalisation.

Ces derniers proposent des prises en charge spécialisées à types d'hospitalisation de jour ou d'hospitalisation à temps complet, pour sevrage simple (en règle générale séjour de 7 jours environ) ou complexe (séjour prolongé).

3. Les Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA)

Les CSAPA regroupent des médecins addictologues, des psychologues, des infirmiers, des travailleurs sociaux et les soins y sont dispensés gratuitement. On comptait 229 CSAPA spécialisés dans la prise en charge de l'alcool en France en 2010. Ces centres ont permis d'effectuer, en 2010, 11015 consultations dans le NPDC ce qui représentait une moyenne de 4.16 consultations pour 1000 habitants de 15 à 65 ans dans la région (moyenne nationale : 3.97) (21,22).

61% des patients qui avaient consulté dans ces CSAPA étaient alcoolodépendants. En 2010 on comptait 24600 patients ayant bénéficié d'un sevrage ambulatoire encadré par un CSAPA, 2000 patients ayant eu un sevrage ambulatoire en dehors du centre et 12600 patients hospitalisés pour sevrage.

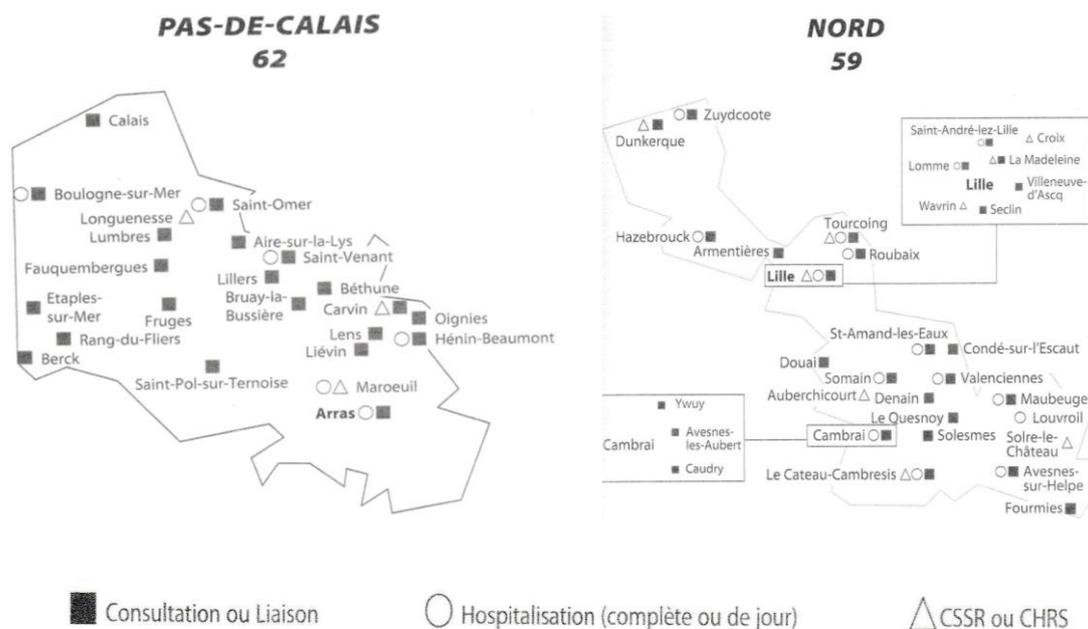


Figure 5 : Répartition des CSAPA dans le Nord et le Pas de Calais

V. Objectifs de notre travail

La prise en charge du patient alcoolodépendant fait l'objet de recommandations précises. Le réseau de soins d'addictologie s'est considérablement développé ces dernières années. Pourtant, l'alcoolodépendance reste un enjeu majeur de santé publique actuellement.

De par son rôle de prévention, premier recours, suivi et coordination des soins, le médecin généraliste apparaît comme la pierre angulaire de la prise en charge de cette pathologie.

Nous nous sommes interrogés sur les aspects de la prise en charge des patients alcoolodépendants par les médecins généralistes lillois, sur l'orientation de leurs patients et sur l'application des recommandations de bonne pratique. Nous avons mené une enquête auprès des médecins généralistes de la ville de Lille.

MATERIELS ET METHODES

I. Questionnaire

Nous avons établi un questionnaire simple de dix questions à choix fermé permettant de refléter les habitudes des pratiques des médecins généralistes lillois quant à la prise en charge du patient alcoolodépendant (annexe 4). Le questionnaire était volontairement court, composé de questions fermées dans le but d'obtenir un taux de réponse élevé.

Quatre questions concernaient la prise en charge globale de l'alcoolodépendance (Q1, Q4, Q5 et Q6), une question portait sur le dépistage (Q2), deux questions étaient axées sur la prise en charge médicamenteuse (Q7 et Q8) et deux questions concernaient l'orientation et le réseau de soins (Q3 et Q10).

Les questions portant sur la prise en charge globale du patient alcoolodépendant permettaient de préciser si le médecin consulté prenait en charge de tels patients (Q1) et s'il réalisait des sevrages ambulatoires sans avoir recours à une structure et à quelle fréquence (Q4 et Q6). Ces questions nous précisaient également les éléments faisant préférer la réalisation d'un sevrage ambulatoire plutôt qu'une prise en charge hospitalière, en proposant les critères des recommandations de bonnes pratiques ainsi qu'une notion de délai qu'il semblait légitime d'ajouter (Q5).

Trois questions concernaient le sevrage (Q4, Q5, Q6), phase clé de la prise en charge.

En ce qui concerne le repérage du patient alcoolodépendant, de nombreuses études ont montré la faible utilisation des questionnaires spécifiques et un recours fréquent aux bilans biologiques qui ne sont pourtant pas forcément nécessaires. Une question (Q2) permettait donc d'étudier leur utilisation.

Deux questions étaient axées sur la prise en charge médicamenteuse (Q7) (Q8).

Enfin, il apparaissait important d'étudier les habitudes des médecins quant à l'orientation de leurs patients alcoolodépendants. Nous proposons donc une liste des principales structures pouvant s'intégrer à la prise en charge de cette pathologie et que le répondeur devait classer par ordre de préférence. Nous disposions ainsi d'un aperçu de la fréquence de recours aux différentes structures (Q3).

Le questionnaire se terminait par l'évaluation du ressenti du médecin traitant en ce qui concerne la qualité du réseau de soins d'addictologie (Q10).

Le questionnaire était anonyme et ne prévoyait aucun renseignement sur les caractéristiques socio-professionnelles du répondeur.

II. Population étudiée

Nous avons recueilli la liste complète des médecins généralistes libéraux lillois en recoupant celles proposées par l'ordre départemental des médecins du nord et l'annuaire téléphonique.

Nous avons interrogé les médecins généralistes libéraux exerçant au sein de la commune de Lille (code postal 59000 et 59800). Nous en avons recensé au total 238 mais 10 ont été secondairement exclus, n'ayant plus un exercice tourné vers la médecine générale (nutrition, médecine esthétique, médecine d'expertises, acupuncture).

228 médecins ont donc été contactés soit par mail soit par téléphone. Ceux qui acceptaient de participer à notre étude choisissaient alors de répondre au questionnaire par mail ou en version papier.

La version électronique avait été numérisée via l'outil de travail Google Docs®.

Les inclusions ont eu lieu du 17/04/2014 au 28/05/2014.

III. Analyse statistique

L'analyse statistique des données a été réalisée par la plate-forme d'aide méthodologique du Centre d'Etude et de Recherche en Informatique Médicale (CERIM). Il s'agit de statistiques descriptives puis bivariées réalisées à l'aide du logiciel R statistical computing version 3.0.1. Les analyses bivariées ont été effectuées au moyen du test du chi2 et du Fisher exact.

RESULTATS

228 médecins ont été contactés, 99 ont répondu au questionnaire (taux de réponse de 43%).

97 médecins ont déclaré avoir déjà pris en charge un patient alcoolodépendant (soit 98% (Intervalle de Confiance à 95 % (IC) [92.89-99.75]) et 2 n'en avoir jamais pris en charge.

I. Diagnostic

Concernant les éléments leur permettant d'affirmer un diagnostic de dépendance à l'alcool, 84 % (IC [74.78-90.2]) des médecins sondés déclaraient se servir de bilans biologiques, 73% (IC [62.7-80.97]) se fiaient aux signes cliniques de sevrage, 71% (IC [60.58-79.21]) réalisaient un calendrier de consommation et 13% (IC [7.45-21.76]) se servaient de questionnaires spécifiques alors que 21% (IC [13.89-30.81]) utilisaient d'autres moyens tels que la déclaration du patient, l'intoxication aigue ou les retentissements sur la vie personnelle ou professionnelle.

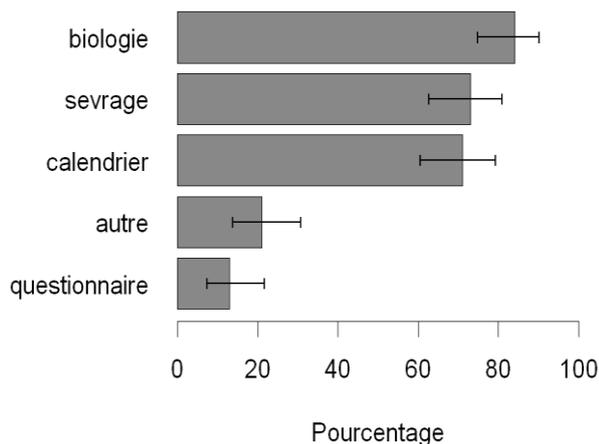


Figure 6 : Éléments permettant de suspecter un diagnostic de dépendance à l'alcool

II. Orientation

A. Généralités

Nous avons demandé aux médecins généralistes de classer par ordre de priorité les structures vers lesquelles ils adressaient leurs patients alcoolodépendants (Q3). Sept structures étaient proposées qu'ils pouvaient classer de 1 à 7, en ne numérotant que celles auxquelles ils avaient ou avaient eu recours.

Le CSAPA était la structure la plus fréquemment sollicitée avec un rang moyen de 1.709 (IC [1.515-1.903]) suivie du service hospitalier d'addictologie à 1.739 (IC [1.569-1.910]), du médecin addictologue libéral à 2.981 (IC [2.659-3.303]), du psychiatre ou Centre Médico Psychologique(CMP) à 3.338 (IC [3.089-3.588]), des urgences à 3.727 (IC [2.727-4.728]), du gastroentérologue à 3.825 (IC [3.416-4.234]), et enfin des associations néphalistes à 4.071 (IC [3.678-4.465]).

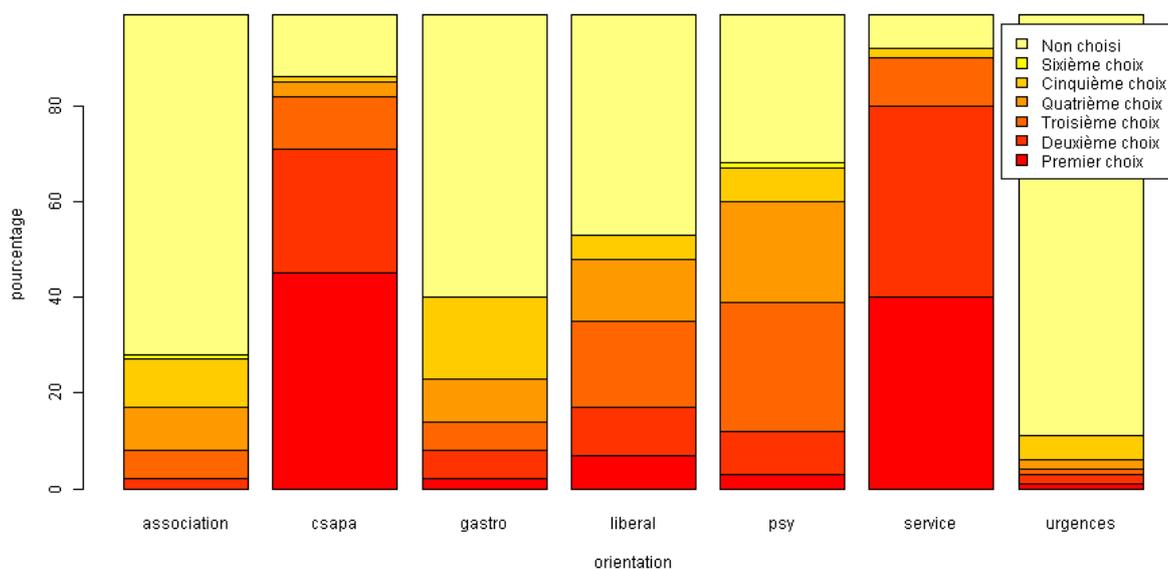


Figure 7 : structures auxquelles les médecins ont recours

B. Orientation vers les CSAPA

87% des médecins citaient le CSAPA comme étant une structure à laquelle ils avaient recours. Le CSAPA était placé en première position dans 52% des cas (IC [41.3-63.1]), en seconde dans 30% des cas (IC [21.04-41.22]), en troisième dans 13% des cas (IC [6.87-22.15]), en quatrième dans 3% des cas (IC [0.73-9.86]), en cinquième dans 1% des cas (IC [0.03-6.31]).

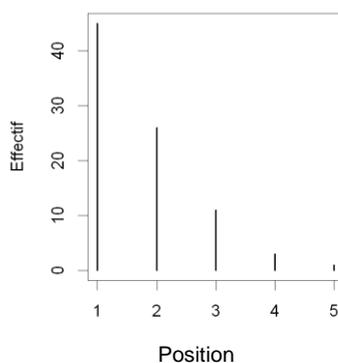


Figure 8 : ordre de sélection du CSAPA

C. Orientation en service d'addictologie

92% des médecins citaient le service d'addictologie, en le plaçant en première position pour 43% d'entre eux (IC [33.3-54.2]), en deuxième position pour 43% (IC [33.3-54.2]), en troisième position pour 11% (IC [5.62-19.51]), et en cinquième pour 2% (IC [0.26-7.63]). Aucun des médecins ne le plaçait en quatrième position.

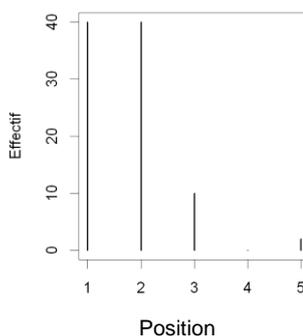


Figure 9 : ordre de sélection du service d'addictologie

D. Orientation chez un médecin addictologue libéral

On note que 53 médecins adressaient leurs patients chez un médecin addictologue libéral en le plaçant en première position pour 13% d'entre eux (IC [5.91-25.95]), en deuxième position pour 19% (IC [9.89-32.41]), en troisième position pour 34% (IC [21.89-48.36]), en quatrième pour 25% (IC [14.19-38.58]), en cinquième pour 9% (IC [3.53-21.42]).

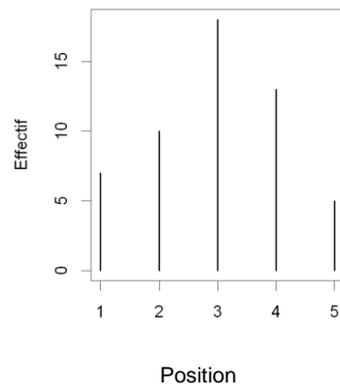


Figure 10 : ordre de sélection du médecin addictologue libéral

E. Orientation chez un médecin psychiatre ou en CMP

68 médecins déclaraient adresser leurs patients au médecin psychiatre(ou CMP), en le plaçant en première position dans 4% des cas (IC [0.92-12.36]), en deuxième position dans 13% des cas (IC [6.6-24.14]) , en troisième position dans 40% des cas (IC [28.27-52.31]), en quatrième position dans 31% des cas (IC [20.54-43.4]) , en cinquième position dans 10% des cas (IC [4.59-20.65]) et en sixième position dans 1% des cas (IC [0.04-7.92]).

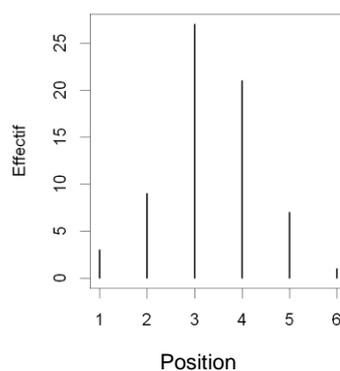


Figure 11 : ordre de sélection du psychiatre

F. Orientation chez un médecin gastro-entérologue

40 médecins déclaraient adresser au médecin gastro-entérologue, en première position dans 5% des cas (IC [0.61-16.92]), en deuxième position dans 15% des cas (IC [6.25-30.52]), troisième position dans 15% des cas (IC [6.25-30.52]), quatrième position dans 22% des cas (IC [11.4-38.86]), cinquième position dans 42% des cas (IC [27.42-58.99]).

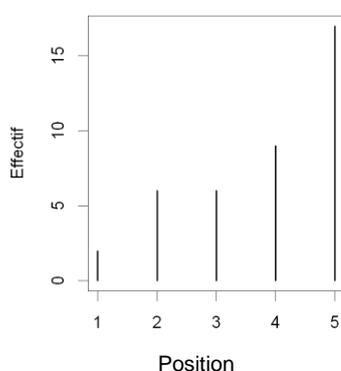


Figure 12 : ordre de sélection du médecin gastroentérologue

G. Orientation vers le service d'accueil des urgences

11 médecins adressaient leurs patients alcoolodépendants au service d'accueil des urgences, en première position dans 9% des cas (IC [0.23-41.28]), en deuxième position dans 18% des cas (IC [2.28-51.78]), en troisième position dans 9% des cas (IC [0.23-41.28]), en quatrième position dans 18% des cas (IC [2.28-51.78]) et en cinquième position dans 45% des cas (IC [18.14-75.44]).

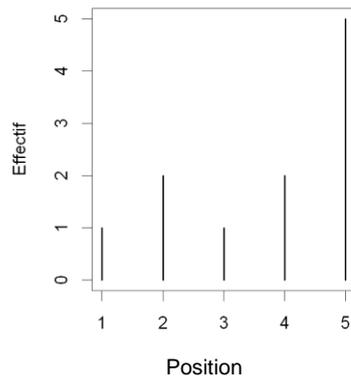


Figure 13 : ordre de sélection du service des urgences

H. Orientation vers les associations néphalistes

28 médecins adressaient leurs patients aux associations d'anciens buveurs, en deuxième position dans 7% des cas (IC [0.88-23.5]), en troisième position dans 21% des cas (IC [9.03-41.46]), en quatrième position dans 32% des cas (IC [16.58-52.43]), en cinquième position dans 36% des cas (IC [19.31-55.89]) et en sixième position dans 4% des cas (IC [0.09-18.35]). Aucun médecin ne les avait sélectionnées en première position.

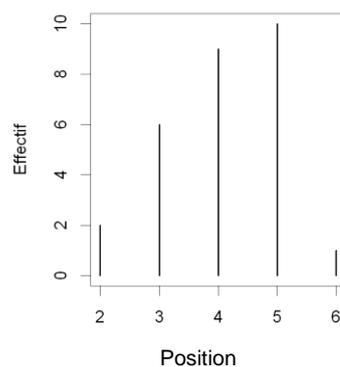


Figure 14 : ordre de sélection des associations d'anciens buveurs.

III. Organisation du sevrage

65% (IC [54.33-73.81]) des sondés déclaraient encadrer des sevrages en ambulatoire sans avoir recours à une structure spécialisées, 35% (IC [26.19-45.67]) ne pas en réaliser.

Concernant les éléments faisant préférer un sevrage ambulatoire à une prise en charge hospitalière, 76% (IC [65.92-83.56]) des médecins citaient le souhait du patient, 68% (IC [57.43-76.53]) la nécessité d'un bon étayage familial et social, 52% (IC [41.31-61.6]) l'absence d'antécédent d'accident de sevrage, 52% (IC [41.31-61.6]) l'absence de comorbidité psychiatrique, 47% (IC [37.44-57.71]) l'absence de comorbidité somatique, 46% (IC [36.48-56.73]) des délais de prise en charge plus rapide en ambulatoire, 36% (IC [27.1-46.7]) l'absence de co-addiction. 12% (IC [6.69-20.59]) des médecins n'ont déclaré aucun élément. 2 médecins ont donné une autre réponse : le désir d'anonymat et la compliance du patient.

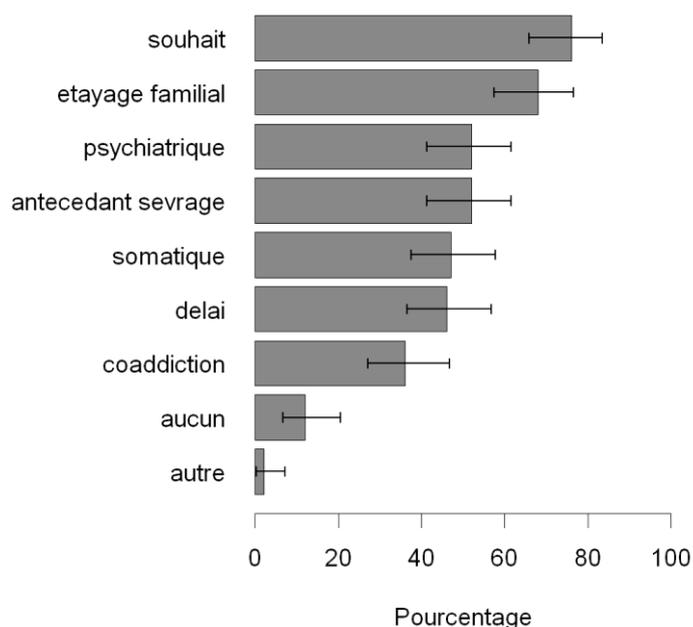


Figure 15 : éléments faisant préférer un sevrage ambulatoire à un sevrage hospitalier

La proportion de sevrages en boissons alcoolisées effectués sans recours à une structure spécialisée par médecin était en moyenne de 26% (IC 95% [21.6 ; 30.2]). Ce chiffre variait entre 0 et 80% selon les médecins, la médiane était à 20%, le premier quartile 10% et le troisième quartile 50%.

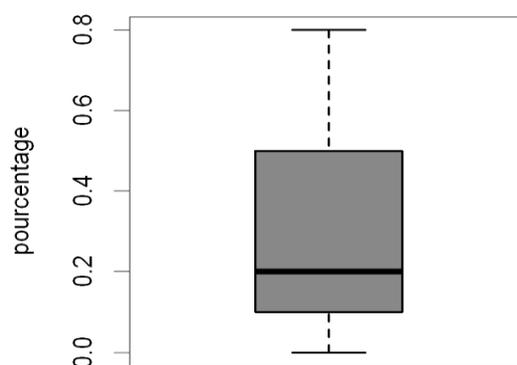


Figure 16 : proportion de sevrages sans recours à une structure spécialisée.

IV. Traitements médicamenteux

Concernant les traitements addictolytiques, 77% (IC [67-84.42]) des médecins déclaraient prescrire de l'acamprosate, 36% (IC [27.1-46.7]) du naltrexone, 32% (IC [27.1-46.7]) du baclofène, 14% (IC [8.22-22.93]) du disulfirame et 11% (IC [5.95-19.41]) n'instauraient aucune molécule.

Un médecin a déclaré utiliser des anxiolytiques et un second a déclaré ne faire que relayer les posologies de ses confrères et parfois utiliser la micronutrition ainsi que la phytothérapie.

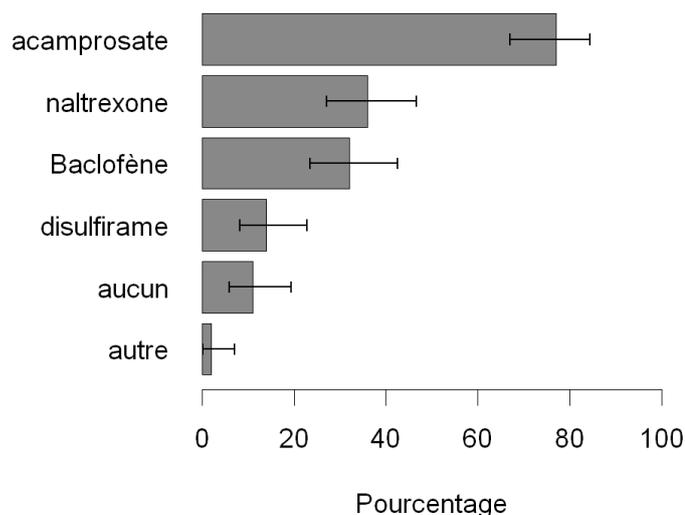


Figure 17 : Traitements addictolytiques prescrits

Concernant les posologies des traitements addictolytiques (annexe 4), sur les 76 médecins prescrivant de l'acamprosate, 33 ont précisé une posologie. La majorité (85%) déclarait prescrire entre 4 et 6 comprimés par jour, 12% prescrivaient 3 comprimés ou moins par jour et 3% plus de 6 comprimés par jour.

Pour le naltrexone, 21 médecins sur les 36 déclarant en prescrire ont proposé une posologie : 1 comprimé par jour pour 86%, 2 comprimés par jour pour 14% des sondés.

Pour le disulfirame, 9 médecins ont proposé des posologies : un comprimé par jour pour 7 d'entre eux, et un demi par jour pour 2 des médecins.

Pour le baclofène, les réponses étaient très variées, de 10 mg à 270 mg/jour selon les médecins.

En analyse bivariée, il apparaissait que les médecins prescripteurs de baclofène étaient plus fréquemment des médecins réalisant des sevrages ambulatoires (84% contre 55% chez les non prescripteurs de baclofène, $p=0.00454$).

Par ailleurs les médecins qui ne prescrivait aucun traitement addictolytique ne réalisaient que rarement des sevrages ambulatoires (18.2%) alors que les prescripteurs en réalisaient plus fréquemment (70% ($p=0.00123$)).

En dehors des traitements addictolytiques, lors d'un sevrage, 87% (IC [78.24-92.55]) des médecins ont déclaré instaurer une vitaminothérapie, 86% (IC [77.07-91.78]) des benzodiazépines, 29% (IC [20.79-39.42]) des antidépresseurs, 6% (IC [2.49-13.24]) des neuroleptiques, et 4% (IC [1.11-10.02]) aucun traitement.

8% ont déclaré une autre réponse : une hydratation abondante pour quatre d'entre eux, l'instauration de magnésium, de la phytothérapie et de la micronutrition et la pratique du sport pour quatre autres.

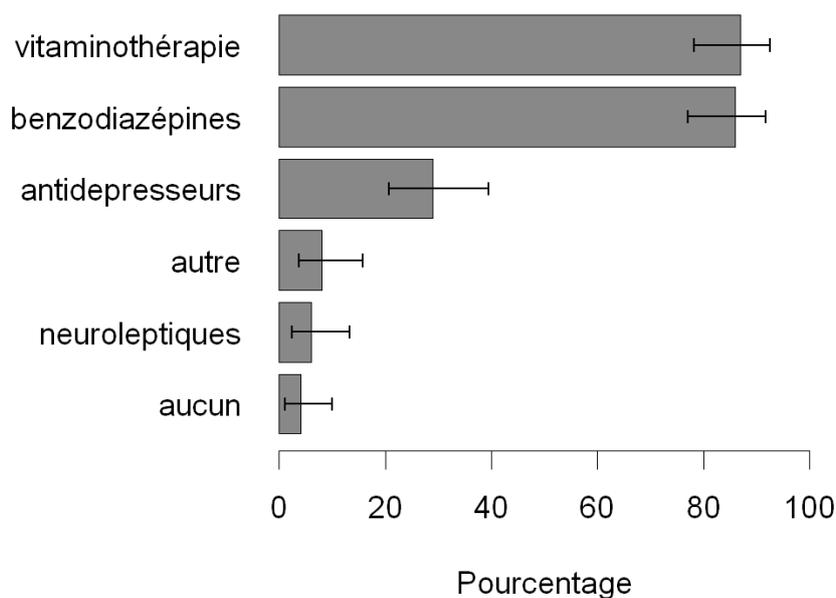


Figure 18 : traitements non addictolytiques prescrits lors du sevrage

V. Difficultés rencontrées

Concernant les difficultés rencontrées en médecine de ville lors de la prise en charge d'un patient alcoolodépendant, 81% (IC [71.4-87.77]) ont cité le déni du patient, 75% (IC [64.84-82.7]) le refus de prise en charge par le patient, 48% (IC [38.4-58.69]) le manque de suivi des patients ayant une problématique alcool, 45% (IC [35.52-55.74]) citaient un temps de consultation insuffisant, 28% (IC [19.91-38.37]) avaient des difficultés à aborder la problématique liée à l'alcool, 1% (IC [0.03-5.5]) ne rencontraient aucune difficulté.

Enfin 5 médecins ont déclaré d'autres difficultés qui sont : un manque d'envie de la part du médecin, les rechutes, un manque de compliance du patient, un manque d'expérience dans ce domaine, une prise en charge difficile.

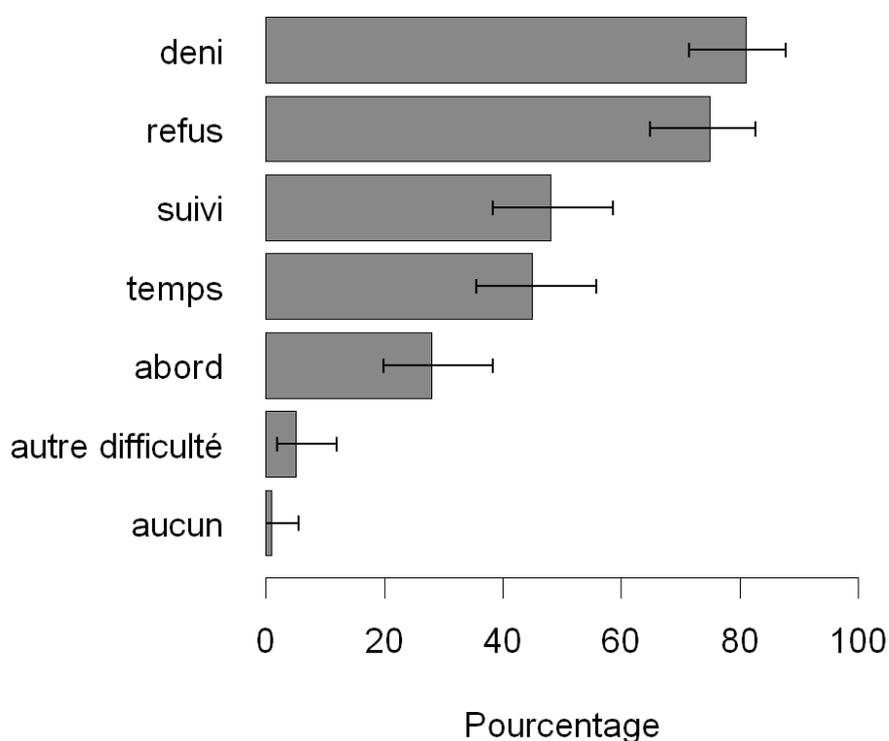


Figure 19 : difficultés rencontrées lors de la prise en charge du patient alcoolodépendant.

VI. Réseau de soins en addictologie

6% (IC [2.49-13.24]) des médecins interrogés trouvaient le réseau de soins très satisfaisant, 71% (IC [60.58-79.21]) plutôt satisfaisant, 21% (IC [13.89-30.81]) plutôt insatisfaisant et 2% (IC [0.25-7.11]) très insatisfaisant.

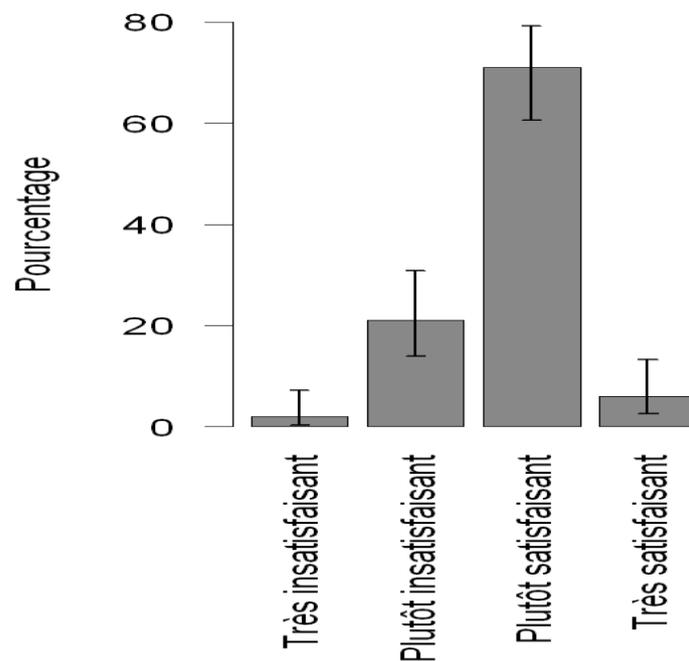


Figure 20 : degré de satisfaction concernant le réseau de soins en addictologie

DISCUSSION

L'alcoolodépendance est une pathologie à laquelle le médecin généraliste est confronté presque quotidiennement. Il est essentiel que la prise en charge, du repérage au suivi, soit en adéquation avec les recommandations actuelles, afin de diminuer les conséquences médicales, psychologiques et sanitaires induites par l'alcool.

Notre étude a permis de montrer que les médecins généralistes sont sensibilisés aux traitements et aux structures de prise en charge.

Ils éprouvent en revanche des difficultés à l'évocation et au repérage des TUA.

C'est au niveau de la réalisation des sevrages ambulatoires que les réponses sont les plus hétérogènes : une partie non négligeable n'en effectue pas et parmi ceux en réalisant, le nombre de sevrages ambulatoires reste faible.

I. Prise en charge globale

Notre travail a mis en évidence que la très grande majorité (98%) des médecins généralistes est confrontée à l'alcoolodépendance et plus généralement aux troubles liés à la consommation d'alcool. La prévalence de l'alcoolodépendance, bien que difficile à évaluer, est estimée selon les études entre 5 et 13% de la population générale (23, 5). Ce chiffre confirme que tout médecin est confronté dans sa pratique à l'alcoolodépendance.

99% des médecins rencontraient des difficultés au cabinet dans la prise en charge du patient alcoolodépendant. Ces difficultés étaient souvent multiples et principalement centrées sur le patient lui-même puisque le déni du patient (81%), le

refus de prise en charge (75%) ainsi que le manque de suivi (48%) ressortaient en priorité. Le temps de consultation insuffisant était également fréquemment cité (45%).

Une étude menée en 2002 sur 200 médecins généralistes français montrait que 75% des médecins ne se sentaient pas à l'aise pour poser des questions aux consommateurs à problème (24). Le manque de temps en consultation est un argument retrouvé dans de nombreuses études et qui constitue un frein à l'évocation des consommations d'alcool (25, 26). Le tabou social autour des consommations d'alcool constitue une autre barrière à la prise en charge ainsi que le manque de confiance vis à vis des usagers à risque d'alcool (25, 27).

Une étude réalisée en 2004 auprès des médecins membres de l'Observatoire de Médecine Générale confirmait l'existence de difficultés lors de consultations avec les patients à problématique alcool avec par ordre de fréquence : la réticence du patient à parler d'alcool avec son médecin (58%), le manque de temps (52%), la réticence du médecin à aborder la problématique alcool (44%), l'inutilité de la démarche (14%), et l'absence de protocole standard (14%) (26).

Parmi leurs patients ayant déjà effectué un sevrage programmé, les médecins estimaient à 26% la part de sevrages réalisés sans l'aide d'une structure spécialisée. Une étude menée par l'INPES en 2009 retrouvait que les médecins généralistes prenaient seuls en charge ces patients dans 17% des cas, en liaison avec une structure dans 59.7% des cas et adressaient à une structure ou un confrère dans 23% des cas (19). Selon les études, seulement 10 à 30% des malades ne peuvent être pris en charge dans le cadre d'un sevrage ambulatoire (28).

Nous constatons donc une discordance importante entre la part de sevrages réalisables en ambulatoire et ceux qui le seront réellement. Dans le questionnaire, nous interrogeons les médecins sur les conditions leur faisant préférer un sevrage

ambulatoire. Nous leur proposons l'absence des contre-indications précisées dans la conférence de consensus ainsi qu'une notion de délai de prise en charge. Les médecins ont mis en avant principalement le souhait du patient et le bon étayage familial et social (76 et 68%). Peu de médecins ont répondu la totalité des propositions (12%) mais une large majorité en avait citées plusieurs (83%). 12% des répondeurs ne citaient aucun élément.

Les praticiens reconnaissaient donc des circonstances propices à la réalisation du sevrage en ambulatoire, et 46% des médecins jugeaient le délai de prise en charge ambulatoire plus rapide. Ces éléments semblent contradictoires avec le faible taux de sevrage ambulatoire retrouvé dans l'étude. Notre enquête ne comportait pas de question sur les raisons des réticences des médecins envers le sevrage ambulatoire. Une étude australienne qualitative de 2001 mettait en avant certains arguments comme des lignes directrices insuffisamment claires, une formation insuffisante dans le domaine de l'addictologie et une rémunération inadéquate à ces pathologies chroniques (29). Ces arguments semblent transposables à la situation du médecin généraliste lillois.

II. Dépistage

Concernant les éléments de dépistage du patient alcoolodépendant, les médecins généralistes lillois utilisaient principalement les arguments biologiques (84%) et cliniques (73%), ainsi que des calendriers de consommations (71%).

L'usage de questionnaires spécifiques apparaissait très en retrait (13%), résultat comparable à l'enquête de l'INPES de 2003 (12.9%) (20). Une étude australienne

confirmait la faible utilisation de questionnaires spécifiques en médecine générale (14%) (30).

Pourtant les recommandations actuelles préconisent l'utilisation de ces questionnaires tels que l'AUDIT-C approuvé par l'OMS. Ce repérage est d'autant plus efficace qu'il fait partie intégrante des pratiques cliniques de routine. A l'inverse, les analyses biologiques ne devraient pas servir de base au dépistage des consommations d'alcool problématiques ou de l'alcoolodépendance en médecine générale et en soins primaires, car leur sensibilité est faible, ne permettant de dépister qu'un faible pourcentage de patients ayant une consommation dangereuse (31). L'utilisation de bilans biologiques peut néanmoins être utile pour le suivi de la pathologie.

Une étude britannique confirme l'intérêt de l'utilisation de questionnaires spécifiques pour le dépistage de l'abus d'alcool et de la dépendance : ces derniers avaient une meilleure sensibilité (entre 68 et 93%) que les tests biologiques (entre 57 et 67%) ou l'évaluation clinique du médecin traitant (33.5%) (32).

Malgré la reconnaissance de ces tests à l'échelle internationale, les médecins lillois, à l'image des autres médecins généralistes français et étrangers, n'utilisaient que très peu ces questionnaires dans leur pratique. Ceci nous amène à nous interroger sur la connaissance et l'accessibilité de ces questionnaires.

Il semble cependant nécessaire de se poser la question de la faisabilité de ceux-ci en consultation. Bien que ces questionnaires soient simples et relativement rapides (quelques minutes) à compléter, le temps de réalisation s'ajoute à la demande initiale du patient. En effet, dans l'immense majorité des cas, le motif de consultation du sujet en mésusage ne concerne pas l'alcool et cette pratique de repérage doit alors s'ajouter au déroulement normal de la consultation, il peut alors paraître plus rapide de

soupçonner un mésusage devant des anomalies biologiques au risque de ne pas dépister bon nombre de faux négatifs.

Il aurait été intéressant de demander aux médecins généralistes à quel moment ils effectuaient ce repérage, s'ils l'effectuaient de façon systématique pour tous leurs patients ou uniquement lorsque les circonstances étaient évocatrices.

III. Prise en charge médicamenteuse

Concernant les traitements addictolytiques instaurés par les médecins généralistes, l'acamprosate arrivait assez largement en tête (77%). Suivaient le naltrexone (36%), le baclofène (32%), puis le disulfirame (14%).

Les médecins connaissaient pour la plupart les posologies de l'acamprosate, du naltrexone ainsi que du disulfirame, ces médicaments faisant partie de l'arsenal thérapeutique depuis plusieurs années.

La proportion de médecins ayant recours au baclofène apparaissait déjà importante pour un traitement de seconde intention bénéficiant d'une RTU récente. Cela reflétait probablement l'attente importante des patients et des soignants autour d'un traitement fortement médiatisé et suscitant beaucoup d'espoir, notamment en terme de réduction de consommation. Les posologies utilisées étaient très disparates, allant de 10 mg à 270 mg par jour.

Malgré l'existence d'effets indésirables non négligeables (convulsion, épilepsie, troubles cardiaques), le disulfirame était prescrit par 14% des médecins.

Concernant la prise en charge médicamenteuse non addictolytique du sevrage, 87% prescrivaient une vitaminothérapie et 86% des BZD. Une très grande majorité des médecins suivait donc les recommandations de 1999 sur la prise en charge du

sevrage (9). Même si ces résultats paraissent encourageants, cela signifie que 14% des médecins n'utilisent pas de BZD lors du sevrage, alors que leur utilité est indiscutable et reconnue depuis plusieurs dizaines d'années.

29% déclaraient instaurer généralement des antidépresseurs au cours du sevrage. Il existe en effet un syndrome dépressif chez 80% des patients en sevrage, mais régressant dans la majorité des cas spontanément en deux à quatre semaines et ne justifiant donc pas de traitement. Seulement 10 à 15% des patients nécessiteront l'instauration d'un traitement antidépresseur au-delà de cette période (7).

D'autres enquêtes corroborent la prescription inadaptée d'antidépresseurs dans le sevrage (33). Devant la prescription excessive de ces molécules par presque un tiers des médecins, une campagne de sensibilisation semblerait nécessaire.

6% prescrivaient des neuroleptiques. Les recommandations de bonne pratique précisent pourtant que ces médicaments ont une activité moindre que les BZD, que leur tolérance est moins bonne et qu'ils sont potentiellement épiléptogènes. Leur prescription n'est à envisager qu'en cas d'accident de sevrage (9).

La prescription médicamenteuse chez le patient alcoolodépendant apparaît donc globalement adaptée en dehors d'un recours trop fréquent aux antidépresseurs.

IV. Orientation et réseau de soins

Les médecins de l'étude choisissaient très largement d'orienter leurs patients alcoolodépendants vers les CSAPA et les services hospitaliers d'addictologie en première intention. Suivaient ensuite le psychiatre, le médecin addictologue libéral et le gastro-entérologue. Les urgences ainsi que les associations d'anciens buveurs n'étaient que faiblement choisies.

Notre étude a donc montré que les médecins généralistes semblaient d'avantage orienter leurs patients vers des structures de soins spécialisées en addictologie.

Néanmoins, on constate que parmi les patients ayant consulté un CSAPA en France suite à une problématique alcool en 2012, seuls 12.6% étaient orientés par le médecin généraliste (34). Cette proportion reste stable depuis plusieurs années : en 2004, 13.9% des consultations en CCAA (Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie, ancêtre des CSAPA) provenaient du médecin traitant (35).

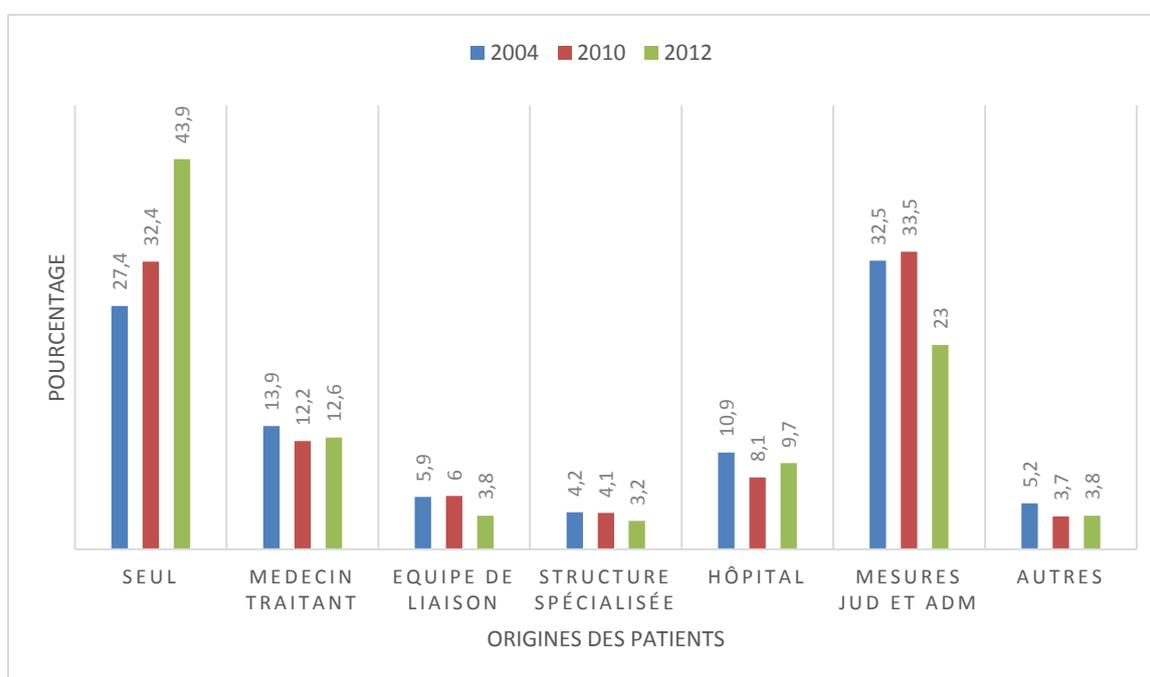


Figure 21 : Origine des patients pris en charge en CSAPA pour une problématique alcool (Source OFDT : rapports RECAP 2006 et 2012)(34)

Le nombre de consultations pour problématique alcool augmente d'années en années dans les centres spécialisés (128436 pour les CCAA en 2006, 160887 pour les CSAPA en 2010). Les médecins orientent donc un plus grand nombre de leurs patients vers les CSAPA.

Concernant les patients pris en charge par les structures hospitalières en addictologie, 26.3% étaient adressés par leur médecin généraliste (36).

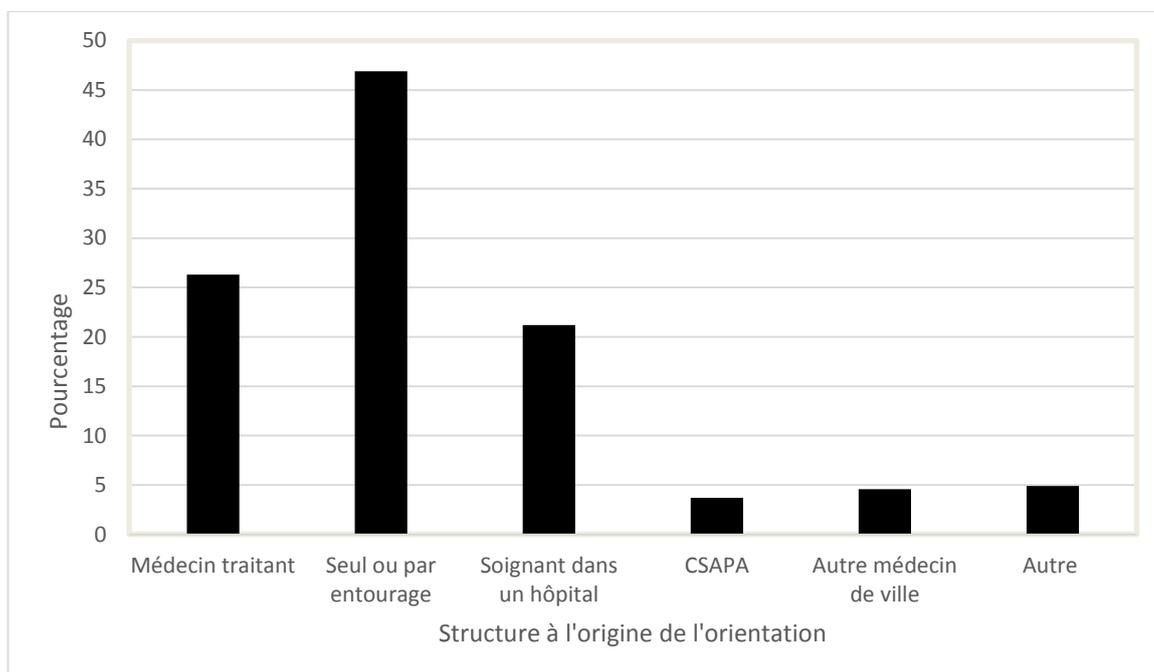


Figure 22 : type d'orientation des patients en difficultés avec l'alcool vus en 2010 dans les structures hospitalières en addictologie

Il apparaît par contre que la proportion de patients consultant spontanément au CSAPA (43.9%) et en service hospitalier d'addictologie (46.9%) est très importante. Certains de ces patients n'ont donc probablement pas été repérés et orientés par leur médecin généraliste. Il serait donc intéressant d'étudier les raisons des consultations spontanées des patients alcoolodépendants en structure spécialisée.

Les médecins généralistes français semblent se rapprocher de plus en plus souvent d'un réseau de soins en addictologie. Une étude auprès d'un échantillon de médecins généralistes français mettait en avant que, lorsqu'un usage problématique d'alcool était mis en évidence, le médecin généraliste prenait en charge lui-même le patient, sans liaison avec une structure dans 17% des cas. Cette proportion a

tendance à diminuer depuis plusieurs années (25.4% en 1993) ce qui semble confirmer le recours plus fréquent au réseau de soins (20).

77% des médecins généralistes lillois jugeaient d'ailleurs le réseau de soins satisfaisant voire très satisfaisant. Une étude réalisée auprès de médecins généralistes du Languedoc retrouvait une bonne connaissance du réseau de soins en addictologie. 71% des médecins généralistes déclaraient avoir en leur possession des adresses de structures locales et la prise de rendez-vous était déclarée facile dans 51% des cas (37).

Les médecins généralistes lillois orientaient préférentiellement leurs patients vers les structures de soins spécialisées en addictologie et en étaient plutôt satisfaits. Cependant, notre étude ne permettait d'avoir qu'un ressenti global du médecin vis-à-vis du réseau de soins, et une évaluation qualitative pourrait apporter des renseignements complémentaires.

V. Critique méthodologique

Le choix d'un questionnaire court permettait d'avoir un taux de participation satisfaisant, mais limitait le nombre de questions. Les questions étaient fermées dans un but de simplifier les réponses et limiter la contrainte temporelle et donc d'optimiser le taux de réponse. L'anonymisation du questionnaire a également incité l'enquêté à participer à l'étude.

Le choix d'un tel type de questionnaire limitait le nombre d'informations exploitables.

La taille de l'échantillon relativement faible (228 médecins contactés, 99 réponses) est liée au choix géographique de la seule ville de Lille.

Cela entraînait également un biais de sélection et notamment de recrutement. En effet nous ne nous adressions qu'à la population de médecins généralistes lillois représentant un mode d'exercice urbain et disposant d'un réseau de soins dense.

De plus il existait un biais de volontariat : les médecins répondants sont probablement les mieux sensibilisés à la problématique alcool.

Il existait également un biais déclaratif émanant du choix d'une étude quantitative avec réalisation d'un questionnaire anonymisé.

D'autre part, nous ne prévoyions pas de données sur l'enquête (âge, sexe, date d'installation, formation en addictologie) qui nous auraient permis d'effectuer d'autres analyses multivariées et d'évaluer la représentativité de l'échantillon.

CONCLUSION

Notre étude a permis de dresser un état des lieux sur la prise en charge ambulatoire des patients alcoolodépendants par les médecins généralistes lillois.

Tous les médecins sont confrontés à cette problématique et semblent éprouver des difficultés qui tendent à limiter une prise en charge ambulatoire optimale : 35% des médecins n'encadraient jamais de sevrage et la proportion globale de sevrages réalisés en ambulatoire était à peine d'un sur quatre alors que 70% des sevrages pourraient en théorie relever d'une prise en charge ambulatoire avec ses avantages tant pour le patient que pour la société.

Le réseau de soins addictologique s'est maintenant bien développé et les médecins orientent plus facilement leurs patients vers des structures spécialisées qu'il s'agisse notamment des services hospitaliers d'addictologie ou des CSAPA. Notre étude a montré que 70% des médecins généralistes lillois étaient satisfaits du réseau de soins en addictologie. Dans la métropole lilloise, ce dernier est développé et relativement facile d'accès. Il serait intéressant d'étendre cette étude au reste de la région afin de savoir s'il s'agit là d'une réalité régionale ou d'un phénomène local.

Il apparaît que 13% des médecins n'avaient pas recours aux BZD lors du sevrage et que l'utilisation d'antidépresseurs semblait beaucoup trop répandue. Aussi, il paraît nécessaire de sensibiliser les médecins à ce sujet.

Si certains médecins généralistes laissent aux structures spécialisées le soin d'initier la prise en charge médicamenteuse, il apparaît néanmoins primordial qu'ils participent au repérage des TUA.

En effet, la prise en charge est d'autant plus efficace que le trouble est repéré précocement avant que les conséquences somatiques et psychosociales ne se soient durablement installées.

Par son rôle de premier recours, le médecin se doit d'avoir des habitudes de repérage plus systématisées. Compte tenu de la prévalence très importante des alcoolodépendants et plus généralement des patients présentant un TUA, interroger son patient sur ses habitudes de consommation et le cas échéant, réaliser un questionnaire spécifique devrait s'intégrer dans la pratique courante au cabinet. A l'instar du test de Fagerström pour le tabac, des outils simples et rapides existent (AUDIT C, CAGE), ou des tests plus complets (AUDIT). Dans notre étude, de tels questionnaires n'étaient utilisés que dans 13% des cas. Le jugement clinique et les tests biologiques ne sont pourtant pas des outils assez performants pour le repérage des TUA.

Des difficultés rencontrées en médecine de ville sont systématiquement mentionnées, notamment liées à la complexité inhérente aux troubles addictologiques et aux patients qui en souffrent (déli, tabou social, banalisation et sous-estimation). Toutefois il semblerait que les croyances des soignants et leur degré d'implication soient également un frein à la bonne prise en charge de ces pathologies. Plusieurs études ont montré l'impact d'une formation même ancienne en addictologie sur l'implication des médecins généralistes dans les troubles de la consommation d'alcool (38). Dans le cadre de la formation médicale continue, des séances spécifiques concernant la prise en charge du mésusage d'alcool existent et la participation des médecins généralistes à celles-ci pourrait améliorer leur pratique.

La formation initiale pourrait également être orientée afin d'acquérir d'avantage les bases nécessaires à la pratique de l'addictologie au cabinet : une étude suisse

montrait par exemple l'intérêt d'une formation à l'entretien motivationnel chez les étudiants en médecine (39).

Les difficultés des médecins généralistes sont également d'ordre organisationnel et administratif : bien que les autorités aient fait de la prise en charge des troubles liés à l'alcool une de leurs priorités, le système de soins ambulatoire actuel n'encourage clairement pas les actes de prévention notamment dans le domaine de l'addictologie.

L'absence de cotation spéciale pour les consultations de prévention et de repérage en addictologie, et le manque de temps n'incitent malheureusement pas le médecin à initier la discussion autour des addictions (40). Dans notre étude, 45% des médecins citaient le manque de temps comme un des principaux freins à la prise en charge de l'alcoolodépendance. Cependant, l'accessibilité du réseau de soins permet au médecin qui repère un mésusage chez un patient de l'adresser vers un CSAPA ou une consultation des structures d'addictologie où l'organisation est plus propice pour effectuer un dépistage complet et initier une prise en charge adaptée.

De plus, alors que le dispositif de la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP) (41) est censé inciter les médecins généralistes à effectuer le dépistage de pathologies chroniques, comme le cancer du col de l'utérus ou le cancer du sein, et à optimiser la prise en charge thérapeutique et le suivi d'autres pathologies (diabète, dyslipidémie, hypertension artérielle), aucun indicateur ne concerne l'alcool que ce soit dans le domaine du dépistage ou de la prise en charge thérapeutique. La création d'un tel indicateur pourrait sensibiliser les médecins à la nécessité d'améliorer le repérage et la prise en charge des TUA.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Palle C. « Alcool » dans OFDT, Drogues et addictions, données essentielles. OFDT. Saint-Denis; 2013;204-13.
2. Beck francois, Guignard romain, Leon C, Richard J-B. Atlas des usages de substances psychoactives 2010 Analyses régionales du Baromètre santé de l'Inpes [Internet]. Saint-Denis: INPES/OFD; 2013. 104 p. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1479.pdf>
3. Wohl M, Adès J. Conduites alcooliques : épidémiologie et aspects cliniques. EMC - Psychiatr. janv 2009;6(2):1-12.
4. Cottencin O, Guardia D, Karila L, Rolland B. Alcoolologie clinique. Presse Médicale. déc 2012;41(12):1248-58.
5. Référentiel des bonnes pratiques cliniques : Sevrage simple en alcool. Société Française d'Alcoolologie; 2006 déc.
6. Les mésusages d'alcool en dehors de la dépendance Usage à risque – Usage nocif. Société Française d'Alcoolologie; 2003.
7. PAILLE F, SICARD D. Conférence de consensus: Modalités de l'accompagnement du sujet alcoolodépendant après un sevrage. Paris: ANAES; 2001 mars.
8. Rolland B, Laprevote V, Geoffroy PA, Guardia D, Schwan R, Cottencin O. Abstinence dans l'alcoolodépendance: approche critique et actualisée des recommandations nationales de 2001. Presse Médicale. janv 2013;42(1):19-25.
9. Hayashida M, Alterman AI, McLellan AT, O'Brien CP, Purtill JJ, Volpicelli JR, et al. Comparative effectiveness and costs of inpatient and outpatient detoxification of patients with mild-to-moderate alcohol withdrawal syndrome. N Engl J Med. 9 févr 1989;320(6):358-65.
10. Stockwell T, Bolt L, Milner I, Russell G, Bolderston H, Pugh P. Home Detoxification from Alcohol: Its Safety and Efficacy in Comparison with Inpatient Care. Alcohol Alcohol. 1 janv 1991;26(5-6):645-50.
11. Menecier D, Thomas M. Traitement de l'alcoolodépendance. EMC - Gastro-Entérologie. janv 2009;4(3):1-11.
12. Mayo-Smith MF. Pharmacological management of alcohol withdrawal. A meta-analysis and evidence-based practice guideline. American Society of Addiction Medicine Working Group on Pharmacological Management of Alcohol Withdrawal. JAMA J Am Med Assoc. 9 juill 1997;278(2):144-51.
13. Morley KC, Baillie A, Leung S, Addolorato G, Leggio L, Haber PS. Baclofen for the Treatment of Alcohol Dependence and Possible Role of Comorbid Anxiety. Alcohol Alcohol Oxf Oxf. 21 sept 2014;

14. Lesouef N, Bellet F, Mounier G, Beyens M-N. Efficacy of Baclofen on Abstinence and Craving in Alcohol-dependent Patients: a Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *Thérapie*. 18 sept 2014;
15. RECOMMANDATION RELATIVE A LA PRISE EN CHARGE A TITRE DEROGATOIRE DU BACLOFENE DANS LE CADRE D'UNE RECOMMANDATION TEMPORAIRE D'UTILISATION [Internet]. HAS; 2014 avr [cité 14 nov 2014]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-05/baclofene_rtu_has_02042014_vf_post_college.pdf
16. ESPERAL 500 mg, comprimé [Internet]. HAS; 2012 janv [cité 14 nov 2014] p. 3. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-02/esperal_18012012_avis_ct10948.pdf
17. Skinner HA. Spectrum of drinkers and intervention opportunities. *CMAJ Can Med Assoc J*. 15 nov 1990;143(10):1054.
18. Huas D, Rueff B. alcool et médecine générale. Global Média Santé- CNGE. Neuilly-sur-Seine; 2010. 196 p.
19. Beck F, Guignard R, Obradovic I, Gautier A, Karila L. Le développement du repérage des pratiques addictives en médecine générale en France. *Rev D'Épidémiologie Santé Publique*. oct 2011;59(5):285-94.
20. Palle C, Rattanatravay M. Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie en 2010. OFDT; 2013 juin.
21. Beck F, Richard J-B. Épidémiologie de l'alcoolisation. *EMC - Endocrinol - Nutr*. janv 2013;10(1):1-9.
22. Bouix J, Gache P, Rueff B, Huas D. Parler d'alcool reste un sujet tabou. Connaissances, opinions et attitudes pratiques de médecins généralistes français concernant l'alcool. *Rev Prat Médecine Générale*. 2002;1488-92.
23. Mules T, Taylor J, Price R, Walker L, Singh B, Newsam P, et al. Addressing patient alcohol use: a view from general practice. *J Prim Health Care*. 2012;4(3):217-22.
24. Kaner EF, Heather N, McAvoy BR, Lock CA, Gilvarry E. Intervention for excessive alcohol consumption in primary health care: attitudes and practices of English general practitioners. *Alcohol Alcohol Oxf Oxf*. août 1999;34(4):559-66.
25. Tam CW, Zwar N, Markham R. Australian general practitioner perceptions of the detection and screening of at-risk drinking, and the role of the AUDIT-C: a qualitative study. *BMC Fam Pract*. 20 août 2013;14(1):121.
26. Couzigou P, Ledinghen V. Le sevrage du malade alcoololo-dépendant (syndrome de sevrage alcoolique – traitement préventif et curatif) - EM|Premium [Internet]. 2002 [cité 29 août 2013]. Disponible sur: <http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/article/99327/resultatrecherche/4>
27. M. Roche KW, Jane Fischer, Ann. General Practitioners' views of home detoxification. *Drug Alcohol Rev*. 1 janv 2001;20(4):395-406.

28. Doran CM, Duszynski KM, Beilby JJ, Mattick RP. Use of pharmacotherapies for the management of addictive behaviours in Australian clinical practice. *Addict Behav.* nov 2006;31(11):1947-58.
29. Anderson P, Gual A, Colom J, INCa(trad.). *Alcool et médecine générale Recommandations cliniques pour le repérage précoce et les interventions brèves* [Internet]. 2008. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1146.pdf>
30. Aertgeerts B, Buntinx F, Ansoms S, Fevery J. Screening properties of questionnaires and laboratory tests for the detection of alcohol abuse or dependence in a general practice population. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract.* mars 2001;51(464):206-17.
31. Kandel O, Bernard G, Roy C, Maugard F. Le dossier médical informatisé Comment peut-il contribuer à l'évaluation des pratiques professionnelles ? *26 sept 2006;20(742/743):967-9.*
32. Rapport 2012 RECAP OFDT. OFDT; 2012.
33. Rapport RECAP 2005 [Internet]. OFDT; 2005. Disponible sur: <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxcpn6.pdf>
34. Palle C, CANARELLI T, Bonnet N, Borgne A, Boyer C, Breurec J. Profil des patients en difficulté avec l'alcool accueillis à l'hôpital. OFDT; 2012 sept p. 6.
35. Nalpas B, Lemaitre R, Dalbies P-A, Monod P, Martin S, Balmes J-L. Attitudes et opinions des médecins libéraux sur l'alcoolisme : Une enquête en région Languedoc-Roussillon. *Presse Médicale.* 32(9):391-9.
36. Naudet M, Miche J-N. Prise en charge du problème alcool par le médecin généraliste : Impact de sa formation et de ses représentations = General practice management of alcohol-related problems. Impact of the general practitioner's training and representations. *Alcoologie Addictologie.* 2006;28(1):41-50.
37. Daepfen CF et J-B. Se former à l'entretien motivationnel pour aider ses patients à changer. *Chirurgie.* 20 juin 2012;Volume 346(24):1359-61.
38. ameli.fr - Rémunération sur objectifs de santé publique [Internet]. 2015 [cité 8 mars 2015]. Disponible sur: <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/votre-convention/remuneration-sur-objectifs-de-sante-publique.php>

ANNEXES

Annexe 1 : Critères de la dépendance selon le DSM IV

La dépendance est un mode d'utilisation inapproprié d'une substance, entraînant une détresse ou un dysfonctionnement cliniquement significatif, comme en témoignent trois (ou plus) des manifestations suivantes, survenant à n'importe quel moment sur la même période de douze mois :

1. Tolérance, définie par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
 - a. Besoin de quantités nettement majorées 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. Comme en témoigne l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
 - a. Syndrome de sevrage caractéristique de la substance ;
 - b. La même substance (ou une substance apparentée) est prise dans le but de soulager ou d'éviter les symptômes de sevrage.
3. Substance souvent prise en quantité supérieure ou sur un laps de temps plus long que ce que la personne avait envisagé
4. Désir persistant ou efforts infructueux pour réduire ou contrôler l'utilisation de la substance ;
5. Temps considérable passé à faire le nécessaire pour se procurer la substance, la consommer ou récupérer de ses effets ;
6. D'importantes activités sociales, occupationnelles ou de loisirs sont abandonnées ou réduites en raison de l'utilisation de la substance ;
7. Poursuite de l'utilisation de la substance malgré la connaissance de l'existence d'un problème physique ou psychologique persistant ou récurrent déterminé ou exacerbé par la substance.

Préciser :

Avec dépendance physique : signes de tolérance ou de sevrage (item 1 ou 2 présents)

Sans dépendance physique : pas de signes de tolérance ou de sevrage (item 1 ou 2 absents).

Annexe 2 : Le test AUDIT

	0	1	2	3	4	Score de la ligne
1. Quelle est la fréquence de votre consommation d'alcool ?	Jamais	Au moins 1 fois par mois	2 à 4 fois par mois	2 à 3 fois par semaine	Au moins 4 fois par semaine	
2. Combien de verres contenant de l'alcool consommez-vous un jour typique où vous buvez ?	1 ou 2	3 ou 4	5 ou 6	7 ou 8	10 ou plus	
3. Avec quelle fréquence buvez-vous six verres ou davantage lors d'une occasion particulière ?	Jamais	Moins d'1 fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Tous les jours ou presque	
4. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous constaté que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire une fois que vous avez commencé ?	Jamais	Moins d'1 fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Tous les jours ou presque	
5. Au cours de l'année écoulée, combien de fois votre consommation d'alcool vous at-elle empêché de faire ce qui était normalement attendu de vous ?	Jamais	Moins d'1 fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Tous les jours ou presque	
6. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu besoin d'un premier verre pour pouvoir démarrer après avoir beaucoup bu la veille ?	Jamais	Moins d'1 fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Tous les jours ou presque	
7. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou des remords après avoir bu ?	Jamais	Moins d'1 fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Tous les jours ou presque	
8. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous été incapable de vous rappeler ce qui s'était passé la soirée précédente parce que vous aviez bu ?	Jamais	Moins d'1 fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Tous les jours ou presque	
9. Avez-vous été blessé ou quelqu'un d'autre a-t-il été blessé parce que vous aviez bu ?	Non		Oui, mais pas au cours de l'année écoulée		Oui, au cours de l'année	
10. Un parent, un ami, un médecin ou un autre soignant s'est-il inquiété de votre consommation d'alcool ou a-t-il suggéré que vous la réduisiez ?	Non		Oui, mais pas au cours de l'année écoulée		Oui, au cours de l'année	

Annexe 3 : Questionnaire de l'enquête

Prise en charge du patient alcoolodépendant :

Enquête auprès des médecins généralistes de Lille

Dans le cadre de notre thèse, nous interrogeons les médecins généralistes de Lille sur la prise en charge des patients alcoolodépendants en ville. Ce questionnaire est anonyme, il comporte 10 questions, chaque médecin cochant la ou les réponses de son choix.

Nous vous remercions par avance de l'attention et du temps que vous consacrerez à notre enquête.

M Ledroit et J Himpens

Question 1 : Avez-vous déjà pris en charge un patient alcoolodépendant ?

- Oui
- Non

Question 2 : Sur quel(s) élément(s) vous appuyez-vous afin d'affirmer un diagnostic de dépendance à l'alcool ?

- Calendrier de consommations
- Questionnaires spécifiques (exemple: questionnaire AUDIT)
- Bilan biologique (gamma GT, CDT, enzymes hépatiques, VGM,...)
- Signes de sevrage (tremblements, sueurs...)
- Autre (précisez) :

Question 3 : Parmi les structures suivantes, pourriez-vous classer par priorité, celle(s) vers laquelle (lesquelles) vous orientez vos patients alcoolodépendants ? (1 étant la structure sollicitée en priorité)

- Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA)
- Service hospitalier d'addictologie
- Médecin addictologue libéral
- Psychiatre, CMP
- Gastro-entérologue
- Service d'accueil des urgences
- Association d'anciens buveurs
- Autre (précisez) :

Question 4 : Réalisez-vous des sevrages ambulatoires sans avoir recours à une structure spécialisée ?

- Oui
- Non

Question 5 : Quels éléments vous font préférer la réalisation d'un sevrage ambulatoire plutôt qu'une prise en charge hospitalière ?

- Délai de prise en charge plus rapide
- Absence d'antécédent d'accident de sevrage (délirium tremens, convulsions)
- Absence de comorbidité somatique
- Absence de comorbidité psychiatrique
- Absence de co-addiction
- Souhait du patient
- Bon étayage familial et social
- Aucun
- Autre :

Question n°6 : Parmi vos patients ayant réalisé un sevrage, quel pourcentage n'a pas eu recours à une structure spécialisée ?
.....%

Question n°7 : Parmi les addictolytiques suivants, le(s)quel(s) prescrivez-vous à vos patients alcoolodépendants et à quelle posologie ?

Molécule	Posologie
<input type="radio"/> Naltrexone (REVIA®)	
<input type="radio"/> Baclofène (LIORESAL®)	
<input type="radio"/> Acamprosate (AOTAL®)	
<input type="radio"/> Disulfirame (ESPERAL®)	
<input type="radio"/> Autre :	
<input type="radio"/> Aucun	

Question n°8 : En dehors des traitements addictolytiques, quel(s) traitement(s) instaurez-vous généralement dans le cadre d'un sevrage en alcool ?

- Benzodiazépines
- Vitaminothérapie
- Antidépresseurs
- Neuroleptiques
- Aucun
- Autre :

Question n°9 : Quelle(s) difficulté(s) rencontrez vous au cabinet dans la prise en charge du patient alcoolodépendant ?

- Difficultés à aborder la problématique alcool avec les patients
- Manque de suivi des patients avec problématique d'alcool
- Patient refusant une prise en charge
- Déni du patient
- Temps de consultation insuffisant
- Aucune
- Autre :

Question n°10 : Comment jugez-vous le réseau de soins addictologiques autour de vous?

- Très satisfaisant
- Plutôt satisfaisant
- Plutôt insatisfaisant
- Très insatisfaisant

Annexe 4 : Posologies déclarées à la question n°7

Acamprosate : 33 réponses :

- a) 6/jour : n=22
- b) 4 à 6/jour : n=2
- c) 4/jour : n=3
- d) 5/jour : n=1
- e) 3/jour : n=2
- f) 2/jour : n=2
- g) 3 à 9/jour : n=1

Naltrexone : 20 réponses :

- h) 1/jour : n=17
- i) 2/jour : n=3

Baclofène :

- j) Selon patient : n=5
- k) Posologie croissante jusque 180 mg/jour : n=1
- l) 3/jour : n=1
- m) 3/jour jusque 4/jour : n=1
- n) 6/jour : n=5
- o) 9/jour : n=2
- p) 1 à 12/jour : n=1
- q) 3 à 12/jour : n=1
- r) 12 à 24/jour : n=1
- s) 15/jour : n=1
- t) 27/jour : n=1

Disulfirame :

- u) 1/jour : n=7
- v) 0.5 à 1/jour : n=2

AUTEUR : Nom : LEDROIT

Prénom : Marc

Date de Soutenance : 15/04/2015

Titre de la Thèse : Prise en charge du patient alcoolodépendant en médecine de ville : évaluation des pratiques professionnelles des médecins généralistes lillois.

Thèse - Médecine - Lille 2015

Cadre de classement : médecine générale

DES + spécialité : médecine générale

Mots-clés : Alcoolodépendance-médecin généraliste-repérage-prise en charge

Résumé :

Contexte : L'alcool est la substance psychoactive la plus consommée en France, le Nord-Pas-De-Calais ne faisant pas exception avec 9% de consommateurs à risque et d'alcoolodépendants. Les conséquences médicales, économiques et sociales d'un trouble de l'usage d'alcool constituent un enjeu majeur en termes de santé publique. Dans ce contexte, le médecin généraliste joue un rôle essentiel dans la prise en charge de l'alcoolodépendance.

Méthode : Nous avons réalisé une enquête auprès des médecins généralistes lillois. Ces derniers ont été contactés par mail ou téléphone afin de répondre à un questionnaire de 10 items sur les aspects suivants : prise en charge globale de l'alcoolodépendance, repérage, thérapeutiques médicamenteuses, orientation et réseau de soins.

Résultats : 99 médecins ont répondu au questionnaire. 98%(IC [92.89-99.75]) prenaient en charge des patients alcoolodépendants. L'usage de questionnaires spécifiques pour le repérage était marginal (13% IC [7.45-21.76]) à l'inverse de l'utilisation de bilans biologiques (84% IC [74.78-90.2]). 65% (IC [54.33-73.81]) des médecins encadraient eux-mêmes des sevrages et la proportion globale de sevrages réalisés en ambulatoire restait faible (26% IC [21.6-30.2]). Les benzodiazépines et une vitaminothérapie étaient prescrites dans plus de 80% des cas. Parmi les traitements addictolytiques, l'acamprosate était la molécule la plus largement utilisée (77% (IC [67-84.42])). Parmi les difficultés rencontrées, les médecins citaient le déni du patient, son refus de prise en charge, les difficultés de suivi ainsi que le manque de temps. Le réseau de soins était jugé satisfaisant par 77% des médecins (IC [67-84.42]) et les patients étaient principalement orientés vers les CSAPA et les services hospitaliers d'addictologie.

Conclusion : Notre étude a permis de mettre en évidence une prise en charge de l'alcoolodépendance en partie conforme aux recommandations actuelles, notamment concernant l'approche thérapeutique et la coordination des soins, avec cependant une disparité entre les médecins. Concernant le repérage, la faible utilisation d'outils cliniques spécifiques et les difficultés rencontrées par les médecins face au patient alcoolodépendant semblent constituer des freins à une prévention primaire et secondaire efficaces.

Composition du Jury :

Président : Pr Cottencin Olivier

Assesseurs : Pr Jardri Renaud, Dr Calafiore Matthieu

Directeur de thèse : Dr Bence Camille