



UNIVERSITE DE LILLE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2019

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

Mésusage d'alcool : Articulation entre médecins généralistes et Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA).

Présentée et soutenue publiquement le 7 février 2019 à 18 heures
au Pôle Recherche
Par Anne-Flore DASSONVILLE

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Jean-Marc LEFEBVRE

Monsieur le Docteur Nassir MESSAADI

Directeur de Thèse :

Madame le Docteur Anne-Françoise HIRSCH-VANHOENACKER

Avertissement

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

Liste des abréviations

| | |
|--------|--|
| AMM | Autorisation de Mise sur le Marché |
| ANPAA | Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie |
| API | Alcoolisation Ponctuelle Importante |
| ARS | Agence Régionale de Santé |
| AUDIT | Alcohol Use Disorders Identification Test |
| CAARUD | Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques des Usagers de Drogues |
| CCAA | Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie |
| CSAPA | Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Alcoologie |
| CSST | Centres Spécialisés de Soins aux Toxicomanes |
| DRASS | Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales |
| DSM-V | Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders – 5 ^e édition |
| ELSA | Équipe de Liaison et de Soins en Addictologie |
| FACE | Formule pour Approcher la Consommation d'alcool par Entretien |
| FMC | Formation Médicale Continue |
| HAS | Haute Autorité de Santé |
| MSU | Maître de Stage Universitaire |
| NPDC | Nord Pas De Calais |
| OFDT | Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies |
| OMS | Organisation Mondiale Santé |
| ONDAM | Objectif National de Dépense d'Assurance Maladie |
| ORS | Observatoire Régional Santé |
| RPIB | Repérage Précoce et Intervention Brève |

SFA Société Française d'Alcoologie

SSR Soins de Suite et de Réadaptation

Table des matières

| | |
|--|-----------|
| RÉSUMÉ | 1 |
| INTRODUCTION | 2 |
| 1. Contexte | 2 |
| 2. L'alcool | 3 |
| 2.1. Définition | 3 |
| 2.2. Seuils de consommation..... | 3 |
| 2.3. Modes de consommation..... | 5 |
| 2.4. Diagnostic d'un trouble lié à l'alcool..... | 7 |
| 2.5. Complications d'un trouble lié à l'alcool | 8 |
| 3. L'accompagnement des patients présentant un trouble lié à l'usage d'alcool | 9 |
| 3.1. L'objectif de l'accompagnement | 9 |
| 3.2. Place du médecin généraliste..... | 10 |
| 3.3. Les réseaux de soins | 12 |
| 3.4. Les différents dispositifs de soins..... | 12 |
| 3.5. Les associations d'entraide et de prévention..... | 17 |
| 4. Les problèmes de l'étude | 18 |
| MÉTHODE | 20 |
| 1. Le choix de la méthode | 20 |
| 2. La sélection des participants | 20 |
| 3. Le guide d'entretien | 21 |
| 4. Le recueil des données | 21 |
| 5. L'analyse des données | 22 |
| RÉSULTATS | 23 |
| 1. Profil des participants, recueil des données | 23 |

| | |
|---|-----------|
| 2. Analyse qualitative des résultats | 24 |
| 2.1. Représentation des médecins généralistes..... | 24 |
| 2.2. Cadre de la consultation..... | 29 |
| 2.3. Accompagnement par les médecins généralistes | 37 |
| 2.4. Accompagnement par les médecins généralistes | 48 |
| 2.5. Focus sur l’articulation des soins avec les CSAPA..... | 54 |
| DISCUSSION..... | 60 |
| 1. Forces et Limites | 60 |
| 1.1. Limites de l’étude | 60 |
| 1.2. Forces de l’étude..... | 61 |
| 2. Discussion des résultats | 62 |
| 2.1. Les représentations des médecins généralistes | 62 |
| 2.2. Un sujet difficile à aborder | 64 |
| 2.3. Repérage précoce et intervention brève : les outils..... | 66 |
| 2.4. Vécus et expériences difficiles de l’accompagnement..... | 68 |
| 2.5. Nécessité d’un accompagnement pluridisciplinaire | 72 |
| 2.6. Place des CSAPA..... | 73 |
| CONCLUSION..... | 78 |
| RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES..... | 79 |
| ANNEXES | 84 |

RÉSUMÉ

Contexte: Le mésusage d'alcool atteint le patient dans sa globalité. Le médecin généraliste est au centre des soins. Le recours vers des spécialistes est souvent nécessaire. Les dispositifs de soins comme les CSAPA peuvent être des outils précieux mais sont souvent peu utilisés. L'objectif principal est d'évaluer les représentations des médecins généralistes dans l'accompagnement des patients présentant un mésusage d'alcool en lien avec les CSAPA.

Méthode : Étude qualitative réalisée par entretiens individuels et focus group auprès de médecins généralistes installés du Nord-Pas-de-Calais. Les entretiens étaient enregistrés, retranscrits et anonymisés puis analysés grâce au logiciel NVivo 11®.

Résultats : La consommation d'alcool reste un sujet difficile pour le médecin généraliste. Le déni et les rechutes du patient apparaissent comme les principaux obstacles à leur accompagnement. Les médecins s'accordent sur l'importance d'un accompagnement pluridisciplinaire et les CSAPA semblent être de bons outils. Mais la méconnaissance de ces structures et de leurs actions, le manque de communication et le sentiment d'exclusion des soins sont des freins à leur utilisation. Pour y remédier des solutions telles qu'une ligne directe par téléphone ou mail, des flyers, une rencontre, des participations aux FMC ou aux Intervisions sont évoquées.

Conclusion: Une amélioration de la communication entre le médecin généraliste et les CSAPA favoriserait leur utilisation et permettrait une meilleure articulation des soins autour du patient.

INTRODUCTION

1. Contexte

La consommation d'alcool, en France, fait partie du patrimoine culturel (1). Malgré une diminution des ventes depuis les années 1960, la consommation quotidienne moyenne correspond en 2017 à 2,56 verres standards d'alcool par jour et par habitant de 15 ans et plus. La France reste un des pays ayant le plus fort niveau de consommation d'alcool au monde (2).

Sur le territoire, le Nord-Pas-de-Calais est une des régions les plus touchées par le mésusage d'alcool. En effet, en 2010, la consommation régulière quotidienne d'alcool concerne 12% des 15-75 ans, ce qui est au-dessus de la moyenne nationale à 11% (3).

La consommation d'alcool est aussi à l'origine de risques sanitaires et sociaux selon le mode d'usage. En 2009, 49 000 décès sont attribuables à l'alcool. Le mésusage correspond à la 2^e cause de mortalité évitable après le tabac (4).

2. L'alcool

2.1. Définition

Les boissons alcoolisées sont des boissons contenant de l'éthanol. En jouant un rôle dans les processus addictifs et en agissant sur le système de récompense, il est considéré comme une substance psychoactive des plus nocives et des plus consommées.

La toxicité de l'alcool s'observe de façon directe sur les organes richement vascularisés comme le cerveau, le foie ou les poumons, mais également de façon indirecte avec une majoration de la morbi-mortalité en lien avec les cancers, maladies cardio-vasculaires, cirrhoses, comorbidités psychologiques, actes auto et hétéro-agressifs, ainsi que les accidents domestiques, du travail et de la route (5).

2.2. Seuils de consommation

Un Avis d'experts sur l'évolution du discours public en matière de consommation d'alcool en France, rendu en mai 2017, délivre de nouveaux seuils de consommation pour limiter les risques (6).

Il est ainsi recommandé de :

- **ne pas consommer plus de 10 verres standard par semaine et pas plus de 2 verres standard par jour quel que soit le sexe ;**
- avoir des jours dans la semaine sans consommation.

- Pour chaque occasion de consommation, il est recommandé de :
 - réduire la quantité totale d'alcool bu à chaque occasion ;
 - boire lentement, en mangeant et en alternant avec de l'eau ;
 - éviter les lieux et les activités à risque ;
 - s'assurer d'avoir des personnes permettant de rentrer en toute sécurité.
- Pour les femmes qui envisagent une grossesse, enceintes ou qui allaitent ainsi que pour les jeunes et les adolescents : il est recommandé de ne pas consommer d'alcool.
- D'une façon générale, l'option la plus sûre est de ne pas consommer d'alcool en cas de : conduite automobile, manipulation d'outils ou de machines (bricolage, etc.), pratique de sports à risque, consommation de certains médicaments et de l'existence de certaines pathologies.

Un verre d'alcool standard contient 10g d'alcool pur, quel que soit le type de boisson alcoolisée, calculé selon la formule :

$$\text{Gramme d'alcool pur} = \text{degré d'alcool pur} \times \text{volume (en litre)} \times 8$$



Figure 1 : Verre standard par type d'alcool (7).

2.3. Modes de consommation

La Société Française d'Alcoologie (SFA) reconnaît 5 catégories d'usage de l'alcool (8) :

- Le non-usage ou « abstinence »,
- L'usage simple,
- Le mésusage qui regroupe les types d'usage entraînant des conséquences néfastes ou qui sont à risque d'en entraîner:
 - L'usage à risque,
 - L'usage avec troubles liés à l'alcool modéré,
 - L'usage avec troubles liés à l'alcool sévère.

L'usage simple est une consommation asymptotique, en dessous des seuils recommandés et dont le risque est faible.

Le **mésusage** est une consommation qui engendre plusieurs risques sur le plan médical, social et environnemental.

L'usage à risque est le premier stade du mésusage. Le patient présente une consommation au-delà des seuils de recommandation sans conséquence médicale, psychique ou environnementale, mais il s'expose à des dommages à plus ou moins long terme. Le risque peut être immédiat avec une consommation lors de situation inappropriée (métiers à responsabilité, femme enceinte, enfance etc.), mais aussi cumulatif et différé avec un sur risque pour la santé.

Les **troubles liés à l'usage d'alcool modéré à sévère** forment un ensemble de symptômes avec dans les formes sévères des complications physiques, psychologiques et sociales associées à un désir irrésistible de consommer ou craving, malgré des problèmes significatifs liés à cette consommation ainsi qu'une perte de contrôle de la consommation.

L'intoxication alcoolique aiguë ou ivresse est le fait d'ingérer plus de 4 verres standard en une seule occasion. Les effets de cette intoxication alcoolique aigue sont variables selon les individus pour un même taux d'alcoolémie et augmentent avec le taux d'alcoolémie. Au début l'effet désinhibiteur et euphorisant prédomine puis viennent les effets sur le système nerveux central avec des perturbations dans le jugement, les facultés cognitives et le comportement. L'ivresse peut se compliquer de mise en danger comportementale, d'agression voir de coma.

L'alcoolisation ponctuelle importante est une forme d'intoxication alcoolique aiguë qui correspond à boire plus de 6 verres standard en une seule occasion. Le « **binge drinking** » est le fait de boire rapidement une quantité importante d'alcool. Ces modes de consommation sont en hausse en 2014 et touchent plus particulièrement les jeunes de 18-25 ans (1). Il est plus nocif chez les jeunes du fait de l'immaturation cérébrale. Ce type d'alcoolisation peut provoquer des dangers à court terme allant d'actes auto ou hétéro agressifs jusqu'au coma éthylique voir au décès, et à long terme altérant particulièrement la mémoire et la prise de décision avec une majoration de l'anxiété et l'apparition de troubles cognitifs.

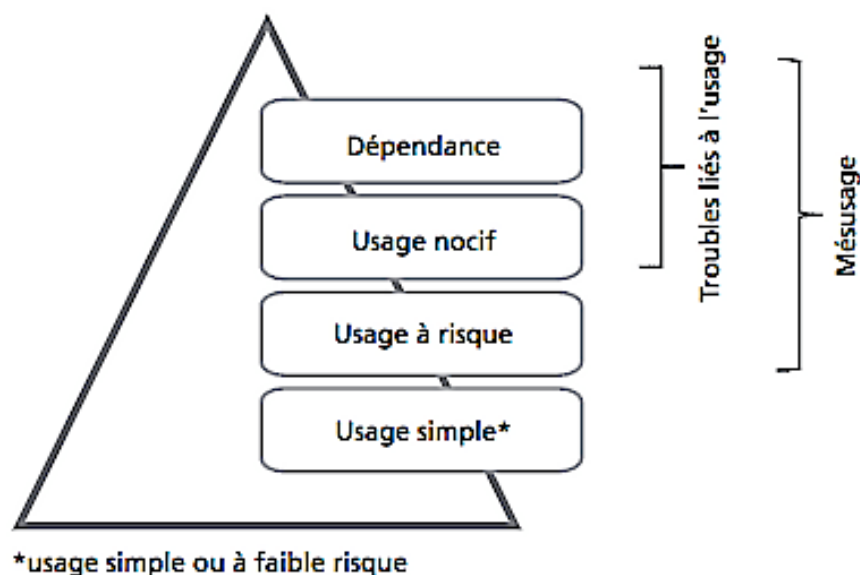


Figure 2 : Usage et mésusage : un continuum (8).

2.4. Diagnostic d'un trouble lié à l'alcool

En France, le système de classification pour le codage des pathologies est la CIM-10 de l'OMS. Cette classification distingue deux diagnostics hiérarchisés : l'usage nocif et la dépendance (Annexe 1) (8).

Le diagnostic de troubles liés à l'usage d'une substance repose sur des critères définis par les instances internationales de santé mentale répertoriés dans la 5^e édition du « Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders » (DSM-5) datant de 2013. Dans cette dernière édition, la notion de « craving » est ajoutée et les termes d' « usage nocif » et de « dépendance » sont regroupés sous la notion de troubles liés à l'usage d'une substance (8).

Les experts du DSM proposent 11 critères pour établir le diagnostic et distinguent 3 niveaux de sévérité (Annexe 2).

2.5. Complications d'un trouble lié à l'alcool

Les risques liés à la consommation d'alcool peuvent atteindre le sujet dans sa globalité. Toute consommation d'alcool, même faible, entraîne un risque pour la santé.

Sur le plan médical, les pathologies sont très variées : cancers, pathologies digestives, neurologiques, cardiovasculaire, rhumatologiques, dermatologiques, métabolique ... Le lien entre consommation et lésions somatiques n'est pas toujours identifié. Le syndrome d'alcoolisation fœtal est actuellement une préoccupation majeure de santé publique. Le syndrome de sevrage peut être à l'origine de convulsions ou d'un délirium tremens.

Sur le plan psychologique et psychiatrique, il existe un risque de dépression, de suicide, de trouble anxieux ou de polyaddictions. On retrouve également une association plus forte entre troubles liés à l'usage d'alcool et psychoses chroniques comme la schizophrénie ou les troubles bipolaires.

Sur le plan social, les troubles liés à l'usage d'alcool ont souvent un retentissement familial (violences, conflits) avec un possible retentissement sur la santé mentale des proches. Il existe des conséquences professionnelles (violences, absentéisme, chômage, licenciement) ainsi qu'un retentissement financier (dettes, négligence, précarité). Des problèmes de justice peuvent également exister (délits, conduite en état d'ivresse).

3. L'accompagnement des patients présentant un trouble lié à l'usage d'alcool

En prenant soin du patient dans sa globalité, l'objectif de l'accompagnement est d'améliorer la qualité de vie du patient et se veut multidisciplinaire.

3.1. L'objectif de l'accompagnement

Les nouvelles recommandations de la Société Française d'Alcoologie publiées en 2015 ont été élaborées en tenant compte du fait que moins de 10 % des personnes souffrant d'un mésusage d'alcool étaient en soins en Europe. Le refus de s'engager dans l'abstinence était la première raison de ce constat, ce qui a suscité une réflexion sur l'adéquation de l'offre de soins avec les besoins des personnes concernées (8).

Le mésusage sévère se caractérise par une incapacité de s'abstenir de manière constante associée à une altération du contrôle du comportement ainsi qu'un « craving » rendant le patient peu apte à l'abstinence (9). Avec l'émergence des thérapies comportementales et cognitives et l'émergence de nouvelles molécules ayant obtenu l'AMM dans la réduction du craving, l'évolution passe désormais par une réduction des risques en recentrant le problème sur les conséquences négatives du mésusage plutôt que sur la consommation en elle-même tout en s'adaptant aux besoins et aux souhaits de l'utilisateur. Le choix laissé au patient permet également une meilleure adhésion aux soins (10).

3.2. Place du médecin généraliste

Les médecins généralistes voient chaque année près de 75% de la population française (11). En 2000, une enquête réalisée par la Direction Régionales des Affaires Sanitaire et Sociale (DRASS) et les Observatoires Régionaux de la Santé (ORS), révèle que 18% des patients vus en consultation par les médecins généralistes présentent un risque d'alcoolisation excessive et 5% un risque de dépendance (12).

De par sa proximité, sa polyvalence et la durée de la relation médecin patient, le médecin généraliste est au cœur de la prise en charge. Il a un rôle essentiel dans la prévention, le dépistage, le repérage de la maladie et l'accompagnement des patients présentant un mésusage notamment pour le sevrage ambulatoire ou l'orientation du parcours de soins (13). Le repérage précoce et l'intervention brève (RPIB) sont des outils à sa disposition.

Le repérage précoce concerne tout patient quel que soit son âge lors d'un examen de routine ou dans toutes situations à risque. Il se fait préférentiellement de façon ouverte pour permettre la libre expression du patient et ainsi récolter le maximum d'informations spontanées (8).

Ce repérage peut se faire au moyen de plusieurs questionnaires dont ceux à privilégier sont :

- Le questionnaire AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) est un auto questionnaire développé par l'OMS permettant d'évaluer la consommation d'alcool et de préciser les répercussions de cette consommation (Annexe 3).

- Le questionnaire AUDIT-C est la forme simplifiée du questionnaire AUDIT reprenant les 3 premières questions (Annexe 4).
- Le questionnaire FACE (Formule pour Approcher la Consommation d'alcool par Entretien) permet au moyen de 5 items de repérer un mésusage (Annexe 5).

Lorsque le questionnaire permet de mettre en évidence un mésusage il convient de réaliser une intervention brève.

L'intervention brève a pour objectif de réduire la consommation d'alcool tout en respectant la responsabilité du patient vis à vis de son comportement.

Elle se décompose en 6 étapes selon l'acronyme « FRAMES » (11) :

- Feed back : restituer les résultats du test de repérage et informer sur les problèmes présentés de la consommation.
- Responsibility : la décision du changement de comportement appartient au patient
- Advice : donner un conseil de modération
- Menu of change : évoquer avec le patient les différents choix possibles pour réduire sa consommation d'alcool
- Empathy : user de bienveillance et ne pas juger
- Self-efficacy : laisser le patient acteur de son changement et l'encourager en ce sens, pour renforcer sa motivation.

3.3. Les réseaux de soins

Plusieurs acteurs du champ médico-psycho-social tels que les médecins spécialistes (addictologue, psychiatre), les pharmaciens, les psychologues, les assistantes sociales, les infirmiers, les établissements hospitaliers (services d'urgences ou services spécialisés) mais aussi les éducateurs, les diététiciennes ou les associations d'anciens buveurs, peuvent être sollicités par le médecin généraliste pour l'aider dans l'accompagnement du patient. Ces acteurs peuvent se regrouper et former des « réseaux de soins ».

Selon la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, « les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations. » (14) (15)

3.4. Les différents dispositifs de soins

3.3.1. Le volet « sanitaire »

Le volet sanitaire regroupe les structures hospitalières. Celles-ci sont composées de consultations spécialisées, d'équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA), d'hôpitaux de jour, de lits d'hospitalisation complète pour sevrage simple ou pour des soins résidentiels complexes et des soins de suite et réadaptation (16).

Le but de ces services est d'assurer la coordination des soins autour du patient tout au long de son parcours hospitalier, d'établir un projet thérapeutique individualisé et de préparer la sortie avec les intervenants de ville et du secteur médico-social. Il existe trois niveaux selon la gravité du trouble.

Le **niveau I ou de « proximité »** permet d'assurer les réponses de proximité et les sevrages simples. Ce niveau comprend des consultations hospitalières d'addictologie, des équipes hospitalières de liaison et de soin en addictologie et des structures d'hospitalisation permettant de réaliser des sevrages simples.

Le **niveau II ou de « recours »** comprend des structures avec un personnel formé à l'addictologie et propose des accompagnements spécialisés. Ces structures accueillent des patients pour lesquels les structures du niveau I n'ont pas permis d'obtenir de résultat suffisant. Le niveau II regroupe les services d'addictologie et les soins de suite et de réadaptation addictologiques (SSR).

Le **niveau III ou de « référence »** regroupent les centres d'addictologie universitaires permettant, en plus des mêmes prestations médico-techniques que le niveau II, la coordination de l'enseignement et de la recherche.

3.3.2. Le volet « médico-social »

Ce dispositif médico-social a un rôle important dans l'articulation avec le pôle hospitalier et la médecine de ville. Il doit remplir quatre missions qui sont de :

- Développer des interventions précoces auprès des usagers
- Apporter les aides nécessaires par toutes les ressources accessibles
- Favoriser l'accès aux soins
- Assurer les soins et l'accompagnement médical, psychologique et social spécifique et nécessaire (16).

a. Le CSAPA

Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie sont des structures pluridisciplinaires qui ont un rôle de proximité et de référence. Ils regroupent les anciens centres de cures ambulatoires en alcoologie (CCAA) et les anciens centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST). Les CSAPA sont, en grande partie, financés par l'Objectif National de Dépense d'Assurance Maladie (ONDAM).

L'équipe d'un CSAPA regroupe différents intervenants tels que des médecins généralistes, psychiatres, addictologues, psychologues, infirmiers, assistantes sociales, éducateurs spécialisés, diététiciennes et animateurs. Cette équipe permet un accompagnement global du patient dans la réduction des risques.

Selon le décret n°2007-877 du 14 mai 2007, les principales missions des CSAPA sont (17) :

- L'accueil, l'information, l'évaluation médicale, psychologique et sociale et l'orientation de la personne ou de son entourage ;
- La réduction des risques associés à la consommation de substances psychoactives ;
- La prise en charge médicale, psychologique, sociale et éducative, comprenant le diagnostic, les prestations de soins, l'accès aux droits sociaux et l'aide à l'insertion ou à la réinsertion ;
- L'accompagnement dans le sevrage, la prescription et le suivi des traitements.

Il existe deux types de CSAPA :

- Les centres ambulatoires sans hébergement.
- Les centres avec hébergement, le plus souvent collectif pour un séjour de quelques mois, permettant un accompagnement protecteur et intensif même aux usagers les plus marginalisés (Centres Thérapeutiques Résidentiels, appartements thérapeutiques et familles d'accueil) (18).

Lorsqu'un patient se présente dans un centre, il est d'abord accueilli. Le centre lui est présenté, le mode de fonctionnement est expliqué et un livret d'accueil ainsi que des brochures lui sont remis. Puis en fonction du degré d'urgence et des délais, le patient rencontre un intervenant médico-social en général un infirmier, un éducateur ou une assistante sociale. Ce premier rendez-vous permet de déterminer la gravité du trouble et de réaliser une ébauche de parcours de soins. L'accompagnement de situations complexes est réfléchi et actualisé lors des réunions d'équipe et si possible lors des Intervisions où le médecin traitant du patient est convié.

Le Nord-Pas-de-Calais recense 47 centres.



Figure 3 : Répartition des CSAPA dans le NPDC (19)

b. Les CAARUD

Les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques des Usagers de Drogues (CAARUD), permettent de venir en aide à une population très marginalisée ; leur travail est fondé sur la tolérance. Les produits les plus fréquemment consommés par les usagers restent les psychotropes tels que l'alcool, le cannabis et d'autres drogues illicites.

Les principales missions des CAARUD selon le décret n°2005-2006 du code de santé publique sont (20) :

- L'accueil collectif et individuel, l'information et le conseil personnalisé pour usager de drogues, avec un espace d'accueil une mise à disposition de

boissons et nourriture et un accès téléphonique/WIFI et parfois des installations sanitaires ainsi que des laveries,

- Le soutien aux usagers dans l'accès aux soins, aux droits, au logement et à l'insertion ou réinsertion professionnelle,
- La mise à disposition de matériel de prévention des infections,
- L'intervention de proximité à l'extérieur du centre, en vue d'établir un contact avec les usagers,
- Le développement d'actions de médiation sociale.

Le personnel de ces établissements médico-sociaux travaille dans des lieux fixes mais également « hors des murs » avec des unités mobiles, des équipes de rue et des interventions dans les squats et rassemblements festifs ainsi qu'en milieu carcéral (21).

L'équipe d'un CAARUD est composée principalement de professionnels du secteur socio-éducatif (éducateurs, animateurs) et de personnel soignant (infirmiers, médecins généralistes, psychologues, psychiatres). Dans certaines structures on trouve des moniteurs éducateurs, des conseillers en insertion professionnelle, des chargés de mission et assistants juridiques ainsi que des bénévoles ou volontaires. Les CAARUD sont également financés par l'ONDAM.

3.5. Les associations d'entraide et de prévention

Les associations d'entraide sont des structures composées principalement de bénévoles. Ces associations permettent d'accueillir des personnes quelle que soit

leur situation face à l'alcool et interviennent donc à toutes les étapes de l'accompagnement. Leur but est de créer des liens sociaux et d'améliorer le maintien de la réduction des risques.

Les associations reconnues d'utilité publique sont très impliquées dans l'accompagnement des patients addicts et dans la prévention. Dans le Nord-Pas-de-Calais, la Fédération Addiction et l'Association Nationale de Prévention en Alcoologie et addictologie (ANPAA) sont les principaux opérateurs reconnus par l'Agence Régional de Santé.

4. Les problèmes de l'étude

Les médecins généralistes sont donc au cœur des soins. Plusieurs acteurs médicaux et non médicaux peuvent les aider dans l'accompagnement des personnes qui présentent un mésusage de l'alcool. Ces acteurs peuvent se regrouper au sein de CSAPA et constituer un outil précieux. Mais les CSAPA restent souvent peu exploités par les médecins généralistes. En effet selon une enquête réalisée en 2010, seul 12,2% des patients consultant les CSAPA sont adressés par leur médecin traitant (18).

L'objectif principal de ce travail est d'évaluer les représentations des médecins généralistes dans l'accompagnement des patients présentant un mésusage d'alcool en lien avec les CSAPA.

Les objectifs secondaires sont de faire ressortir les freins à l'utilisation des CSAPA et de réfléchir à des solutions afin de favoriser l'articulation entre médecin de ville et CSAPA dans l'intérêt du patient en fonction des besoins des médecins généralistes.

MÉTHODE

1. Le choix de la méthode

Afin d'étudier les représentations, le ressenti, le comportement et les expériences personnelles des médecins généralistes, il est apparu nécessaire de recourir à une méthode qualitative par théorie ancrée (22).

Les données ont été obtenues à l'aide d'entretiens semi dirigés permettant aux sujets interrogés de s'exprimer librement et d'un entretien de groupe entraînant une dynamique de groupe permettant une confrontation d'idées variées pour favoriser l'émergence de nouvelles hypothèses.

2. La sélection des participants

Les participants étaient des médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais installés. Ils ont été contactés par mail et recrutés pour la plupart parmi les Maîtres de Stage Universitaires de la faculté de Médecine et Maïeutique, sans leur spécifier le contenu exact du sujet. Après accord, un rendez-vous était fixé selon leurs disponibilités.

Les participants étaient sélectionnés afin d'obtenir une variation maximale en termes de sexe, d'âge, d'ancienneté d'installation, de lieu d'exercice et de distance par rapport au CSAPA le plus proche, afin d'obtenir un échantillonnage raisonné (23).

3. Le guide d'entretien

Le guide d'entretien comportait trois questions fermées afin de préciser les caractéristiques du médecin interviewé suivies de cinq questions ouvertes (Annexe 6). Ces questions portaient sur leur vision du patient présentant un mésusage d'alcool, leur expérience personnelle dans l'accompagnement de ces patients et l'utilisation des dispositifs de soins et plus particulièrement des CSAPA. Des questions de relance étaient élaborées afin d'approfondir les réponses des participants.

Le guide d'entretien a été réadapté après les trois premiers entretiens.

4. Le recueil des données

L'étude a été réalisée de novembre 2017 à octobre 2018 au moyen de 5 entretiens individuels semi dirigés et d'un focus group composé de 6 médecins.

Les entretiens individuels étaient menés par l'investigatrice de l'étude à leur cabinet ou à la faculté. Le focus group était animé par un modérateur extérieur à l'étude, à la faculté, l'observateur était l'investigatrice de l'étude.

Les entretiens étaient enregistrés à l'aide du dictaphone de l'iPhone 6s® et pour le focus group deux autres moyens d'enregistrement étaient installés afin d'éviter les pertes d'information.

Avant de débiter la méthode était présentée aux participants. Ils étaient avertis de l'enregistrement et de la durée prévisionnelle de l'interview. L'accord oral du

participant à la réalisation de l'entretien, à son enregistrement et à sa retranscription était systématiquement recherché et obtenu. Un consentement était signé par le participant (Annexe 7).

5. L'analyse des données

Les données enregistrées étaient retranscrites mot à mot sur Word® sous forme de verbatim. Les paroles des intervenants ont été anonymisées en utilisant un codage spécifique : médecin généraliste 1 (M1) à 11 (M11).

L'analyse des données a été réalisée à l'aide du logiciel informatique NVivo 11®.

La première étape était celle du codage ouvert, consistant à attribuer à chaque mot, groupe nominal, phrase ou paragraphe un nœud (ou code) correspondant à un concept intéressant le champ de l'étude. Ce codage a été réalisé par un deuxième chercheur extérieur à l'étude afin de garantir une triangulation des données.

La seconde étape, le codage axial, consistait à regrouper les codes obtenus en catégories et ainsi dégager les grands thèmes.

La saturation des données a été obtenue après la réalisation de deux entretiens ne permettant pas l'analyse de nouveaux éléments (24).

RÉSULTATS

1. Profil des participants, recueil des données

Les médecins généralistes ont été interrogés entre novembre 2017 et novembre 2018, au moyen de 5 entretiens individuels et d'un focus group de 6 médecins.

Sur les 11 participants, 5 étaient des femmes et 6 des hommes. L'âge moyen était de 51,7 ans, avec une durée d'installation moyenne de 22,3 ans. Les milieux d'exercices étaient variés. La distance moyenne de leur cabinet par rapport au CSAPA le plus proche était de 7,7 kms.

Les caractéristiques des médecins interviewés sont regroupées dans le tableau 1.

La durée des entretiens individuels variait de 11 minutes à 18 minutes avec une moyenne de 14 minutes. Le focus group a duré 1 heure et 47 minutes. La durée totale des entretiens était de 2 heures et 57 minutes.

Suite au focus group, 2 entretiens supplémentaires ont été réalisés permettant de s'assurer de la saturation des données.

L'analyse des entretiens par codage ouvert a permis d'obtenir 126 nœuds, regroupés ensuite en 23 catégories et 5 grands thèmes.

| MÉDECIN | ENTRETIEN | SEXE | ÂGE | INSTALLATION | EXERCICE | DISTANCE CABINET/CSAPA |
|---------|--------------|-------|-----|--------------|------------|------------------------|
| M1 | Individuel | Femme | 52 | 23 ans | Urbain | 4,6 kms |
| M2 | Individuel | Homme | 47 | 18 ans | Urbain | 6,2 kms |
| M3 | Individuel | Femme | 51 | 24 ans | Rural | 10,3 kms |
| M4 | Focus groupe | Femme | 47 | 21 ans | Urbain | 6 kms |
| M5 | Focus groupe | Homme | 61 | 33 ans | Semi rural | 5,9 kms |
| M6 | Focus groupe | Homme | 62 | 32 ans | Urbain | 1,2 kms |
| M7 | Focus groupe | Homme | 56 | 31 ans | Semi rural | 13,9 kms |
| M8 | Focus groupe | Homme | 45 | 12 ans | Rural | 13,4 kms |
| M9 | Focus groupe | Homme | 66 | 33 ans | Rural | 13,4 kms |
| M10 | Individuel | Femme | 48 | 17 ans | Semi rural | 7,8 kms |
| M11 | Individuel | Femme | 34 | 2 ans | Urbain | 2,7 kms |

Tableau 1 : Caractéristiques des médecins généralistes de l'étude.

2. Analyse qualitative des résultats

2.1. Représentation des médecins généralistes

2.1.1. Alcool et société

Histoire culturelle :

Pour les médecins interrogés, la consommation d'alcool faisait partie de l'histoire culturelle française.

« C'est tout ça c'est une histoire culturelle en fait. » M4

Selon certains, l'alcool a rendu un service sanitaire à la population.

« Il y avait une œuvre de salut publique des moines à fabriquer de la bière pour empêcher que les gens meurent de dysenterie ou de choléra. » M7

« C'était une boisson hygiénique. » M6

Représentations dans la société :

En donnant des exemples de situations où l'alcool était consommé, les praticiens nous informaient sur l'évolution de la place de l'alcool dans la société.

« Après moi je ne suis pas si vieille, mais j'ai connu quand j'étais gamine effectivement, la bière de table. » M4

« En parlant de ça j'ai connu des tétines trempées dans le champagne pendant les fêtes pour Noël. » M8

« Il n'y a pas très longtemps qu'on a abandonné l'idée, que la bière favorisait la lactation de la maman. » M9

Selon les médecins, ce passé culturel et ces représentations étaient aussi à l'origine d'une absence de prise de conscience de certains patients, en particulier pour les alcools de faible degré tels que la bière.

« C'est sans doute extrêmement compliqué pour un certain nombre de gens de s'imaginer que la bière que l'on avait sur la table quand on était gamin ou le cidre qui est issu des bonnes pommes du verger, heu, sont des boissons dangereuses. » M7

Ce qui les renvoyait aussi à leur propre consommation.

« On est quand même dans une toxicomanie d'une drogue heu admise et commune qui n'est pas interdite et qui nous renvoie aussi à notre propre consommation en général. » M7

Certains craignaient l'évolution récente des pratiques notamment chez le jeune.

« On a des gros gros problèmes d'alcoolisme parce que les modes de consommation ont évolués. » M7

« (...) J'ai peur pour les jeunes. » M6

Alcool et effets :

Pour quelques uns, l'alcool avait certaines vertus, comme l'effet antalgique, anti dépresseur et désinhibiteur.

« C'était un anesthésique intéressant, (...) C'est quand même antalgique. C'est vrai que quand on voit nos alcooliques qui arrêtent et ben ils commencent à avoir mal partout. (...) C'est un produit qui a quand même des effets actifs et et qui peuvent être ressentis comme bénéfiques par un certain nombre de gens (...) c'est à la fois un effet excitant mais aussi un petit peu anti dépresseur ou du moins sédatif. » M6

Mais également des effets néfastes intéressant la globalité du patient, avec des risques pour sa propre santé et au niveau de ses relations sociales.

« Elle a fini par heu mourir de son alcoolisation, en ayant fait un accident vasculaire cérébral dans l'intervalle, aussi lié à la crase sanguine. Donc heu c'est heu ça peut vraiment être dramatique. » M5

2.1.2. Définition du mésusage

Le mésusage était considéré comme une consommation excessive d'alcool.

« Moi un mésusage ça me fait penser tout simplement à une consommation excessive qu'elle soit chronique ou de façon plus aigüe le weekend ou festive. » M8

C'était pour eux une forme de réponse à un mal-être.

« Une compensation de quelque chose qui ne va pas bien. » M9

Pour définir le mésusage, la notion de seuil à ne pas dépasser était évoquée.

« Une consommation au delà des consommations dite habituelle donc de 2 verres pour les femmes et de 3 verres par jour pour les hommes. » M10

Ils distinguaient différents modes de consommation avec la notion de non-usage, d'usage sans risque, d'usage à risque et de dépendance.

« Si on parle de mésusage, ça sous entend qu'il y a un bon usage... ou un non usage » M6

« Il y a aussi la notion de dépendance ou de non dépendance à l'alcool. » M6

La notion de poly addiction était aussi évoquée.

« Un usage ou mésusage d'autres substances en association. Des stupéfiants... cannabis ou... » M8

2.1.3. Différents types de consommateurs

Les médecins interviewés considéraient plusieurs profils de consommateurs avec des conséquences différentes pour leur santé et la façon dont ils allaient les accompagner.

Bons vivants :

Ils parlaient d'alcoolisme mondain et de bons vivants.

« Un patient qui est plutôt bon vivant et qui va avoir un mésusage d'alcool du même type que heu un excès alimentaire » M7

« Il y a ce qu'on appelait chatement, tu l'évoquais tout à l'heure l'alcoolisme mondain. Le whisky ou les deux whisky quotidien hein en rentrant... » M5

Co morbidités psychologiques :

Ils évoquaient les consommateurs avec des pathologies psychiatriques associées en particulier la maladie dépressive.

« On a ceux qui sont dans le mésusage dont on sent que qu'ils ne sont pas heureux, que ce sont des anxieux chroniques. » M7

Patients à risques :

La consommation d'alcool chez le jeune.

« Chez les jeunes heu les consommations excessives avec heu les « binge drinking » etcetera ou les alcoolisations rapides et répétées ou les alcoolisations aiguës répétées. » M10

Les patients âgés en particulier atteints de démence.

« Parfois les familles sont complètement heu n'ont rien vu venir en fait, parce que à 75 - 80 ans on décartonne un peu on se dit bon bah c'est l'âge, c'est normal. » M4

« Il y a quelques Alzheimer, qui quand ils arrivent dans l'Alzheimer augmentent leur consommation d'alcool. » M6

Et la consommation plus particulière chez la femme enceinte.

« Quand c'est une femme et qu'elle est enceinte, (...) bon enfin ça crée un handicap chez quelqu'un d'autre. » M5

2.2. Cadre de la consultation

2.2.1. Abord du sujet dans la consultation

Aisance :

Pour certains praticiens, le mésusage d'alcool était un thème de médecine générale.

« Pour moi l'addiction c'est une maladie comme une autre. » M2

Ce n'était pas une difficulté pour aborder le sujet avec leur patient.

« Je n'ai pas de crainte, j'ai pas de difficulté à l'aborder parce que je pense que cela fait parti des sujets que j'aborde assez facilement. » M10

L'abord du sujet se faisait de façon systématique.

« Souvent je pose la question quand on fait le point sur les facteurs de risque. » M10

En particulier lors de l'interrogatoire quand c'est un nouveau patient.

« Un patient neuf, nouveau dans mon cabinet c'est plus facile de l'aborder » M1

L'abord du sujet était considéré comme plus facile une fois la relation médecin malade installée.

« Pour les patients qu'on voit régulièrement oui c'est plus simple. Parce que du coup souvent on a une relation assez intime avec eux, on sait beaucoup de chose sur leur vie et heu et du coup ils vont plus facilement, (...) ils vont plus facilement se livrer sur certaines choses comme ça. » M11

Difficultés :

Pour d'autres, en revanche, la question était difficile.

« Je trouve que c'est très très difficile d'aborder le sujet. » M5

Certains trouvaient ça plus difficile pour des patients anciens,

« Un patient que je soigne suis depuis 10 ans, 20 ans, tout d'un coup je vais lui sortir ça il va me dire tiens qu'est-ce qu'elle pense fin ... c'est pas évident c'est pas facile on a quand même une relation depuis des années. » M1

« C'est quelqu'un que je connais bien depuis de longue date et c'est difficile pour aborder la question, écoute patient X je te connais bien je sais que tu consommes je je... je ne sais pas faire. » M3

Et d'autres au contraire, pour des nouveaux patients.

« Les patients qu'on a jamais vu qui viennent une fois heu si on commence à leur parler de l'alcoolisme c'est un peu compliqué » M11

Les principaux freins pour aborder le sujet dans la consultation étaient :

- la peur de blesser le patient,

« Comment aborder le sujet sans qu'il se vexe. » M1

- le déni du patient,

« Ils ne vont pas forcément dire exactement leur consommation donc bah comment repérer heu pff... Bonne question » M10

- le sujet tabou,

« C'est compliqué dans le sens où c'est souvent tabou. » M11

- le manque de temps.

« Si on est en retard on n'en parlera pas. » M7

L'abord du sujet leur demandait un effort.

« ça demande un effort d'habitude d'introduire ça dans la consultation. » M1

Il leur fallait souvent une occasion pour pouvoir en parler.

« Il faut quand même qu'au départ on puisse heu avoir un peu de grain à moudre ou quelque chose sur lequel se brancher pour pouvoir en parler. » M7

Moyens pour aborder le sujet en pratique :**- Outils :**

- le logiciel informatique avec le dossier informatisé apparaissait être un outil pour poser la question de façon plus systématique.

« La nouvelle version de mon logiciel informatique, quand j'ai un nouveau patient heu, il pose la question boisson alcoolisée, sport, tabac qu'est ce que vous consommez du coup j'ose poser des questions ça devient plus systématique dans la consultation. » M3

- grâce à des supports d'information, comme des affiches, qui pouvaient inciter au dialogue.

« Dans mon cabinet il y a une affiche sur l'alcool et la grossesse donc du coup fin ça peut ouvrir des discussions. » M10

- Situations :

- la présence d'autres pathologies en rapport avec une consommation excessive.

« Quand il y a des symptômes qui peuvent faire penser à une consommation d'alcool ou des conséquences, des chutes, des choses comme ça je vais assez facilement aller dessus. » M11

- la présence de marqueurs biologiques.

« Quand on avait vraiment les gros marqueurs forcément là on levait le sujet » M1

- la présence de co-morbidité psychiatrique.

« S'il déprime ou n'importe quoi, donc un sujet qui peut nous en approcher on va pouvoir dire bon il faudrait peut-être se mettre un peu au régime » M7

- si le patient présente un faciès particulier.

« Par exemple si il a un facies un peu marqué où je me dis il a l'air de picoler, heu là j'aborde « et en boisson qu'est ce que vous consommez ? » » M3

- Demands :

- parfois à la demande du patient lui-même

« Les gens viennent en parler donc c'est tout on l'aborde puisqu'ils viennent pour ça, pour en parler » M2

- ou à la demande de l'entourage.

« C'est un peu la détresse familiale alors c'est l'épouse, c'est les enfants, c'est un voisin, c'est un collègue de travail, qui dit heu Docteur vous allez voir dans quelques jours mon mari ou mon épouse mon ami qui va venir, est ce que vous pouvez essayer d'aborder le sujet de la consommation excessive qui semble à ce moment là poser problème dans l'organisation familiale ou dans l'organisation du travail » M5

2.2.2. Relation médecin malade

La relation médecin malade était considérée par certains médecins comme étant facilitatrice.

« Quand on sent qu'il y a un nouveau problème avec l'alcool ça peut être plus facile pour en parler parce qu'on les connaît, qu'on connaît leur vie, le contexte familial heu le contexte professionnel et que du coup on sait un petit peu par où ils sont passés et pourquoi ils ont pu consommer un peu plus d'alcool quoi. » M11

Pour les médecins il fallait surtout établir une relation de confiance avec le patient, pour qu'il puisse s'exprimer sans avoir l'impression d'être jugé, ce qui prenait souvent du temps.

« Il leur faut souvent du temps pour faire confiance et pour pouvoir en parler et se rendre compte qu'il n'y a pas de jugement. » M10

La plupart des médecins, en revanche, considéraient la relation médecin malade comme étant un frein avec la peur de blesser le patient et d'abîmer la relation médecin malade.

« On a toujours peur qu'il y ait un blocage, une fermeture, ou... fin une mauvaise interprétation ou acceptation du patient et c'est plus délicat. » M1

« Ça abîmerait la relation. » M3

Pour les médecins interrogés cette relation était précieuse et le plus important était de la préserver au mieux pour ne pas rompre le contact avec le patient.

« Le fil conducteur quand même pour moi c'est c'est de pas perdre le contact avec le patient, être trop incisif heu et voir le patient partir ailleurs il va cacher son alcoolisme chez l'autre médecin. » M5

2.2.3. Le patient : acteur central de ses soins

Les médecins interviewés s'accordaient à dire que la motivation du patient était la base de l'accompagnement.

« Un alcoolo, tant que c'est pas lui qui a décidé de venir se prendre en charge, ça sert à rien. » M2

Le patient était responsable de sa santé.

« C'est le patient qui est maitre de sa santé. » M10

Un des médecins pensait que cette motivation passait par une certaine autonomie du patient et par la prise de ses propres rendez-vous.

« Si c'est bien un domaine où le patient doit prendre son rendez vous lui même c'est celui là. Sinon c'est l'échec. » M2

La prise de conscience venait souvent d'un élément déclencheur.

« Il y a effectivement un événement venant de lui même ou de l'extérieur, qui va faire que que heu j'ai compris je vais changer d'habitude. » M6

« Il nie jusqu'à tant qu'il y ait un événement forcément. Je pense que c'est assez exceptionnel qu'il y ait un gars qui dise simplement je suis dans le mésusage juste pour bien vieillir je vais faire gaffe. » M7

Ces éléments déclencheurs étaient multiples comme :

- la complication médicale et notamment hépatique,

« Il a compris que la pancréatite ben voilà c'est tellement grave (...) il a failli crever la première fois je lui ai expliqué que si il repicolait il crèverait (...) Et donc là il s'est pris vraiment en charge. » M2

- le décès d'un proche,

« Sur la fin de la vie de son mari, tout d'un coup, la dernière année avec son mari elle s'est remise à picoler avec son mari et elle est retombée mais alors dans un alcoolisme majeur. Son mari est mort et elle m'a dit j'arrête. » M7

- la contrainte de la famille, même si pour les médecins interrogés elle avait souvent peu d'impact,

« Les contraintes elles peuvent être de natures différentes mais je pense que la contrainte des familles pfff... » M9

- les problèmes de justice,

« (...) Effectivement quand j'y pense un facteur déclenchant c'est effectivement la contrainte judiciaire, ça c'est quand même assez efficace, il faut reconnaître franchement, quand ils veulent récupérer leur permis... » M7

- une parole percutante,

« Le petit truc je ne sais pas le petit mot qui chez lui va déclencher un truc et 10 ans après il va me dire « vous m'avez dit un jour quelque chose de très important. » » M6

- la propre image du patient.

« Il disait moi ce qui m'a sauvé, déjà c'est de voir mon image dans la glace, je ne me suis pas reconnu, j'étais un être dépravé. » M7.

2.2.4. Le temps

Les médecins s'accordaient à dire que c'était un accompagnement long.

« C'est un peu désespérant quoi, pour du résultat faut de la patience, du temps. »

M1

« C'est le début d'un cheminement qui va être assez long. » M5

La consultation en elle même était plus longue également. Le format d'un quart d'heure et donc le manque de temps ainsi que les consultations multi thématiques pouvaient être des éléments bloquants.

« ça dépend du retard que l'on a en consultation. En fait, la problématique de la médecine générale c'est qu'on formate nos consultations pour un quart d'heure. Et qu'on a absolument horreur des consultations multi thématiques. Et le problème de la consultation effectivement de dépendance à l'alcool, c'est en général, pas le sujet de la consultation... » M7

Des solutions étaient évoquées comme la programmation d'une consultation plus longue pour prendre le temps d'approfondir et de discuter avec le patient.

« Je bloquais du temps parce que c'est pas un truc que l'on peut gérer en un quart d'heure, et du coup y'en a que j'ai vu une demi heure toutes les semaines au début et puis tous les quinze jours heu voilà, pour les aider, pour qu'ils aient du temps pour en parler et surtout pour trouver pourquoi ils consommaient plus d'alcool. » M11

2.3. Accompagnement par les médecins généralistes

2.3.1. En général

Accompagnement au cas par cas.

L'accompagnement était adapté à chaque patient.

« Je dirais les motivations sont très différentes et les prises en charge ne sont pas les mêmes. » M8

La sensibilité du thérapeute vis à vis de la question impactait la façon dont il allait accompagner le patient. Certains se sentant plus ou moins à l'aise avec le thème.

« Il y a des médecins avec qui, je pense, c'est un peu plus compliqué. Moi je fais parti de la nouvelle génération alors du coup on a été un peu plus formé justement à la prévention, à faire attention et à essayer de mettre un peu plus en lumière avant d'avoir des complications. » M11

L'accompagnement variait aussi en fonction du ressenti et des expériences personnelles du praticien.

« En matière de dépression et d'alcool il y a la personnalité du thérapeute, du médecin, il y a peut être son vécu par rapport à la pathologie heu peut être que c'est un médecin qui a été dépressif ou un médecin qui a connu un problème d'alcool dans son environnement » M5

Les médecins évoquaient l'absence de protocole clair pour ce type de prise en charge.

« On a pas ce heu ce coté bien protocolé. Je crois qu'il y a autant de prise en charge que de médecins et que de patients différents. » M5

Objectif.

L'objectif de l'accompagnement était bien connu avec la notion de réduction des risques ou d'arrêt définitif de consommer.

« Actuellement on ne parle pas forcément d'arrêter complet on parle vraiment de réduction de la consommation. » M11

Certains critiquaient ces recommandations estimant que l'arrêt définitif était moins voué à l'échec.

« Je ne suis pas partisan de la dernière mode qui dit que ah bah si faut les autoriser à picoler parce que c'est trop dur. Donc on va dire de diminuer et pas d'arrêter, pour moi c'est pas bon. »M2

Notion d'urgence.

La notion d'urgence à prendre en charge était souvent évoquée, notamment dès qu'une fenêtre d'intervention s'ouvrait.

« Je pense que c'est quand même une notion qu'il faudrait avoir, c'est s'il y a possibilité de considérer que la demande de sevrage qui nous est exprimée est une urgence. » M7

Cependant elle était parfois mal vécue, avec un sentiment de mise au défi.

« Bon il pose un ultimatum, il faut faire quelque chose pour moi. Ça c'est difficile. Moi en consultation, je le ressens un peu mal ça. » M9

Rôles des médecins

Pour les médecins, ils avaient un rôle de prévention,

« C'est quelque chose que nous médecin on doit penser quand on voit un jeune. Surtout si on nous avertit que les résultats scolaires, que quelque chose ne va pas. »

M7

Un rôle d'information,

« Il est pas au courant que c'est toxique donc tu lui as, tu ne peux faire qu'une seule chose c'est lui apporter des éléments d'information. » M6

Un rôle d'accompagnant,

« Déculpabiliser, rassurer, faire prendre conscience du risque et des choses, et obtenir une vraie adhésion thérapeutique et là on peut faire tout ce qu'on veut après. On arrivera au bout. » M2

Et un rôle de soutien.

« Je lui ai proposé de revenir avant les fêtes pour encore soutenir son action et voir un petit peu si il n'y avait pas eu de déviance. » M3

2.3.2. Expérience et ressenti

Accompagnement difficile

Pour la plupart des médecins interrogés, l'accompagnement d'un patient présentant un mésusage d'alcool leur paraissait difficile.

« Oui on va ramer. C'est ce qu'on disait tout à l'heure, c'est une consultation difficile. »M9

« C'est a priori une consultation qui peut être difficile pour moi, j'aime pas ce genre de prise en charge. » M5

Les praticiens étaient dans l'incompréhension face aux conséquences de l'alcoolisme sur leurs patients et sur le manque de prise en compte de leurs propos. Ils se sentaient impuissants.

« Je l'ai trouvé rude quand même, putain ça fait des années que je dis ça et ça ne marche pas ! Là tu vas voir un type dont c'est ... qui est simplement urologue, il te remonte les bretelles et ça marche. » M7

Ils éprouvaient des difficultés à accroître la motivation du patient.

« Obtenir l'adhésion thérapeutique, c'est ce qu'il y a de plus dur. » M2

La plupart évoquaient leur manque de formation dans ce domaine et leur sentiment d'incompétence.

« Je ne me sens pas bien formée ou compétente, bon moi dans mes études c'était pas un sujet du tout abordé. » M1

« Je reconnais que je n'ai pas les capacités. » M3

La rechute

Pour les médecins la rechute était souvent la règle.

« Après accepter aussi les rechutes des patients, de repasser, de recommencer voilà. Ne pas s'essouffler en fait. » M5

Certains y voyaient une sorte de fatalisme.

« Alors moi j'ai quand même quelques exemples de personnes qui heu, qui ont fait x milles cures et qui heu qu'on a suivi sur 5, 6, 7 ans et ça n'a jamais fonctionné. En

fait à chaque rechute c'était pire qu'avant, il y a eu des rémissions mais au final l'histoire ne se termine jamais bien on les retrouve décédés dans leur voiture ou au domicile. » M4

Ils étaient pessimistes sur leur accompagnement.

« C'est un peu désespérant quoi, pour du résultat faut de la patience, du temps et ... et accepter l'échec. » M1

D'autres, au contraire, trouvaient qu'il était plus facile de motiver son patient après une rechute car il avait connu un bénéfice à l'arrêt de la consommation.

« Je ne sais pas si c'est plus difficile la rechute si avant ils étaient sevrés car ils ont eu cette période de... où ils ont enfin sorti la tête du truc et où ils ont enfin retrouvé des sensations agréables » M7

Un des médecins disait que la rechute faisait parti du processus de changement de comportement.

« Vous savez, vous connaissez le truc, le gars peut progresser d'une marche à la fois vers le sevrage vers le changement de comportement, mais heu, donc il y a 6 marches à monter mais il peut faire toboggan du jour au lendemain, retomber de tant de marches qu'il veut du jour au lendemain. Il faut, à chaque stade, il faut avoir une réponse adaptée. » M6

Expérience difficile.

Certaines situations étaient ressenties comme plus difficiles par les médecins.

Notamment l'abnégation du patient qui, pour les médecins, représentait le principal obstacle à leur prise en charge.

« Ils sont dans un déni complet heu... dans lequel on n'arrive pas non plus à aborder la problématique. » M7

Le patient était parfois manipulateur.

« Ah il a fait tous les centres il a été à la Clinique du Bois, au Peuplier, au Sablier, il a été à Tourcoing, il a été au Cèdre Bleu, il a été partout ; le problème c'est qu'il trafiquait les ordonnances, il disait n'importe quoi et puis de toute façon il picolait en même temps d'autant plus. Donc en fait il se foutait de leur gueule. » M2

Le patient était changeant. Il ne respectait pas la programmation des rendez-vous et donc rendait le suivi difficile.

« La grosse difficulté aussi, c'est ce qu'on disait tout à l'heure, c'est toi M6 qui disait ça heu, bon on fixe un rendez vous dans huit jours et ils viennent quinze jours après ou trois semaines après, c'est, c'est des gens qui sont très versatiles tout compte fait. » M5

Les co-morbidités associées, notamment psychologiques, qui étaient souvent imbriquées.

« Voilà et en fait ça on a pas vraiment d'accroche parce que heu en général c'est pas les bons vivants c'est les gens qui sont dépressifs et qui ont des pathologies psychiatriques sous jacente parfois ou de dépression qui remonte à très très loin. »

M4

Certains praticiens étaient marqués par des consommations dans des situations à risques comme chez le jeune ou chez la femme enceinte.

« Elle a versé dans l'alcoolisme, elle avait un père alcoolique, elle a été enceinte, elle s'est alcoolisée mais a outrance donc le gamin... Ça m'a beaucoup marqué parce qu'elle était enceinte en même temps que mon épouse, donc heu mon fils et ce gamin ont grandi en même temps et j'ai vu les différences d'acquisitions. » M5

Le patient alcoolisé était considéré comme compliqué à gérer en consultation.

« Quand ils sont vraiment bourrés vaut mieux, fin c'est pas possible de dialoguer, je pense hein moi j'y renonce. » M6

Expérience positive

Les médecins avaient quelques exemples de patients qui avaient réussi leur parcours. Ils se réjouissaient pour eux.

« Moi personnellement dans mon expérience les gens qui ont essayé d'arrêter de boire et effectivement complètement sevré, j'en connais quelques uns et je suis très content pour eux. » M7

2.3.3. Moyens non médicamenteux

Pour la plupart des médecins, la réduction de la consommation ne se limitait pas à donner des médicaments. Pour eux l'accompagnement autour des traitements était important, voir plus important.

« Je pense que, c'est pas dans un médicament que se situe l'arrêt de l'alcool. » M2

« (...) puis aider à prendre en charge ce qu'il y a à coté parce que, c'est pas parce que juste on va leur donner des médocs pour arrêter la consommation que ça va les aider. » M11

Repérage précoce et intervention brève

Les médecins généralistes pratiquaient le repérage précoce. En effet, ils demandaient la consommation déclarée et évaluaient le risque. Très peu évoquaient les tests mis à disposition, la plupart posaient les questions au cours de la consultation.

« J'ai repris le questionnaire AUDIT-CAGE donc j'ai refait les questions, il m'a bien répondu, donc en effet il avait une forte dépendance à l'alcool. » M3

L'intervention brève était une notion floue. Malgré cela, la majorité échangeait avec le patient sur les risques, sur sa motivation et essayait de déterminer avec ce dernier le bon moment pour une réduction ou un arrêt de la consommation.

« C'est très difficile, c'est flou bon l'intervention brève c'est pas que parler de l'alcool. » M1

Entretien motivationnel

Certains médecins s'étaient formés à l'entretien motivationnel.

« Je me suis formée à l'entretien motivationnel. Et je suis encore en train de me former à l'entretien motivationnel. » M10

Ils disaient qu'ils pratiquaient quelques techniques apprises, pour favoriser la motivation, mais que c'était une consultation qui leur prenait du temps.

« J'utilise des techniques, je ne fais pas de l'entretien motivationnel pur pour l'instant parce que il faudrait vraiment faire une consultation que là dessus et ça prend encore plus de temps que mes consultations habituelles. » M10

Pour eux, l'entretien motivationnel était un outil important.

« Je pense qu'il n'y a pas beaucoup d'autres méthodes qui permettent de repérer où il en est, de faire essayer de progresser. » M6

2.3.4. Moyens médicamenteux

Traitement d'aide au maintien de la réduction et benzodiazépines

Les praticiens trouvaient que ce type de traitement leur était utile.

« Alors si, il y a quand même des médicaments, je sais pas si vous avez prévu d'en parler, l'AOTAL® et le SELINCRO® tous ces trucs là, qui peuvent être quand même des aides certaines. » M7

Les benzodiazépines avaient également une place.

« Le VALIUM® est quand même intéressant parce qu'il a une vraie anxiolyse et au long cours, donc ça aide. Faut pas s'en priver mais bon c'est pas la panacée. » M2

Ils avaient l'arrière pensée de substituer une dépendance à une autre. La balance bénéfique risque était prise en compte.

« Quelle importance si on vous déclenche une dépendance aux benzo ou aux antidépresseurs, c'est pas génial, mais c'est quand même moins dangereux que pour le patient, ou même socialement, si on substitue une dépendance aux tranquillisants à une dépendance alcoolique. » M7

Pour le BACLOFÈNE en particulier, la plupart n'étaient pas à l'initiation de la prescription. Ils ne se jugeaient pas assez formés.

« Je ne suis pas prescriptrice de BACLOFÈNE... Je ne suis pas formée pour. » M1

Ils restaient méfiants en ce qui concerne l'efficacité de ces traitements et la mauvaise observance de ces derniers.

« Je pense que les substituts ça n'a jamais marché. Ils les prennent généralement, quand tu discutes avec les alcoolos, les jours où... ils ont envie de picoler ils ne les prennent pas. » M2

Et plus particulièrement pour le BACLOFÈNE.

« On ne sait pas trop si le BACLOFÈNE c'est un effet placebo ou pas. (...) Ce qui est emmerdant c'est le placebo qui a pas mal d'effets secondaires quand même et qui est difficile à manier. » M6

Sevrage

Les médecins avaient tendance à proposer une cure ambulatoire en l'absence de contres indications.

« Est ce qu'il a déjà fait une cure hospitalière et comment voulez vous arrêter ? Moi j'ai tendance à proposer une cure heu ambulatoire. » M6

Ils utilisaient les traitements classiques à disposition.

« Alors une bonne hydratation, des anxiolytiques si il y a besoin, heu parfois des vitamines B1, B6 et l'AOTAL® pour le maintien de l'abstinence » M11

Ils évoquaient aussi la réticence de certains patients à accepter une hospitalisation.

« Mon patient avait refusé en disant je m'en sortirai très bien en ambulatoire et j'ai pas besoin d'être hospitalisé et puis bien sur ça n'a pas marché et voilà quoi. » M3

Généralement, ils avaient une bonne expérience du sevrage ambulatoire.

« C'est vrai que c'est pas très compliqué j'ai jamais heu, je touche du bois, j'ai jamais eu de délirium tremens à domicile ou quelque chose comme ça par contre ça ne se passe jamais comme j'ai vraiment envie que ça se passe, parce qu'il ne vient pas à son 2e rendez vous, il vient la semaine d'après, mais ça ne se passe pas... En général ils disent que ça s'est bien passé et ils sont ravis. Heu ça tient ou ça tient pas hein... » M6

2.4. Accompagnement par les médecins généralistes

2.4.1. Besoins et attentes des médecins généralistes

Nécessité d'une pluridisciplinarité.

Les médecins interrogés s'accordaient à dire qu'ils ne pouvaient prendre en charge seul un patient présentant un mésusage sévère. Ils évoquaient la nécessité de s'entourer de professionnels tels que le psychiatre et l'addictologue pour un accompagnement global.

« Quand quelqu'un doit se prendre en charge, dans une prise en charge globale, je pense qu'il faut orienter les gens dans une prise en charge globale psychiatre, addicto, médecin généraliste, et non pas nous tout seul dans un coin ou addicto tout seul dans un coin parce que ça sert à rien. » M2

Selon eux, ceci représentait un facteur important de la réussite.

« La seule personne que j'ai vraiment sortie d'alcool c'est quand on s'y est mis à plusieurs et quand il y a un suivi addicto. » M2

« J'en ai eu un autre qui s'en est sorti mais je te dis c'est toujours voilà par le biais d'une cure ou soit par le biais d'une prise en charge spécifique. » M7

Les besoins

Les besoins des médecins généralistes vis à vis des spécialistes étaient d'avoir un contrôle des prescriptions pour éviter une éventuelle manipulation du patient,

« Moi je veux bien renouveler mais qu'il y ait un contrôle, un regard spécialisé ou professionnel derrière. » M1

pour combler un manque de capacité,

« Je reconnais que je n'ai pas les capacités pour et je pense que l'addictologue a sûrement une autre façon d'aborder les choses peut-être un petit peu moins, moins jugeant que moi et du coup je pense que c'est un meilleur regard. » M3

ou un manque d'investissement.

« Quand je n'ai pas envie de m'investir dans cette relation j'adresse aussi au CSAPA. » M3

Parce qu'ils ne se sentaient pas assez utile pour le patient.

« Je n'envoie pas systématiquement, j'envoie les patients pour lesquels j'ai l'impression de pas être utile. » M11

Soit parce que la relation médecin malade n'était pas assez développée.

« Il y a des patients pour lesquels heu j'ai pas, je sais pas, je n'accroche pas suffisamment ou ils n'accrochent pas suffisamment avec moi et je sens qu'on ne va pas pouvoir déboucher sur grand chose. » M11

Soit parce que la situation était complexe.

« Quand il y a trop de choses complexes, surtout quand il y a un versant psy très prononcé je ne m'en sens pas capable. » M3

Ambivalence

Ils éprouvaient un sentiment de culpabilité à adresser leur patient à un spécialiste. Ils avaient l'impression d'abandonner leur patient.

« Quelque part je me sens un peu lâche de faire ça parce que je me dis ils viennent me voir moi pour régler leur problème et je les envoie vers un autre donc je sais pas ... j'ai un peu d'ambivalence. » M3

2.4.2. Expérience des spécialistes libéraux

Les médecins disaient que l'avantage des spécialistes libéraux était d'avoir un parcours de soins « classique » et avaient un retour positif de cet accompagnement.

« Il y a Dr F. ici en libéral qui fait de l'addicto et qui marche très très bien je lui ai envoyé pas mal de patients et ça marche bien. On est sur un mec qui est dans du libre, un médecin classique, un addicto classique. Si on veut dire au patient que l'alcool est une vraie maladie et qu'ils veulent voir un médecin classique, il faut qu'ils aillent dans une filiale classique. » M2

Les patients étaient parfois demandeurs de cet accompagnement.

« (...), plus en cabinet de ville aussi, en libéral pur, parce que certains patients ne veulent vraiment pas passer par des centres d'alcoologie. » M10

D'autres évoquaient le manque d'accessibilité ainsi que le manque de communication de certains confrères.

« Heu nos confrères alcoologue, heu sont, sont très peu accessibles, sont pas très nombreux, ils sont pas accessibles. » M5

Certains pouvaient se sentir exclus des soins.

« C'était prescrit par les addicto souvent dans notre dos on était même pas au courant on découvrait des trucs voilà, on suivait mais je pense que c'était pas bon. »

M2

Le coût d'un suivi en libéral était aussi un argument négatif.

« En libéral souvent, ou en privé plutôt, c'est assez... tant que le patient sort son porte monnaie, il est suivi, mais après, suivi de la psychologue, suivi... l'accompagnement après il est assez dérisoire. Mauvaise expérience plutôt avec le réseau de ville. » M1

2.4.3. Expérience des dispositifs et réseaux de soins

Les médecins se trouvaient entourés de structures dédiées à l'accompagnement des addictions.

« Il y a des centres d'addiction aussi ici tout près en périphérie ou la Passerelle à la Clinique du Bois donc on est quand même entouré de structures qui sont formées à ça. » M1

Il existait une certaine méfiance par rapport aux structures de soins.

« Je trouve que, qu'il y a certaines structures où on sent qu'il y a un intérêt financier derrière, qui n'est pas très convainquant du coup et... et puis un taux de réussite qui est assez décevant, une prise en charge qui est très couteuse. » M1

Les médecins ne croyaient pas en la réussite des soins.

« Je n'ais plus tellement confiance dans les cures de sevrage. Les cures de sevrage pour lesquels mes patients sont allés se sont souvent soldées par des échecs et une reprise d'alcoolisation après. » M9

Un des praticiens avait un avis négatif sur les réseaux, car il considérait que le patient n'avait plus le choix des spécialistes dont ils s'entourait.

« si t'as un réseau avec les trois, mais que le mec aime bien un des 2 mais pas les 3 ça colle pas, autant qu'on le crée nous le réseau en fait. » M2

Ils pouvaient se retrouver désemparés face à l'absence de prise en charge en urgence.

« C'est compliqué d'avoir une place en cure rapidement, les cures d'urgence heu apparemment les médecins des ces centres ne sont pas des urgentistes heu il va nous faire tout un baratin et va laisser ressortir heu les gens dans la nuit et puis ça ne va pas avancer beaucoup heu... » M5

2.4.4. Expérience des associations d'entraide

Les associations d'entraide apparaissaient être une bonne aide et certains médecins proposaient volontiers à leur patient d'y participer.

« C'est des clubs qui servent à motiver les gens à ne pas repicoler, s'entraider entre eux, parce qu'ils se connaissent donc si un va rechuter il va voir son copain et ils discutent, ils racontent leur histoire. » M6

Leur expérience était bonne.

« Il y avait alcoolique anonyme qui faisait un travail énorme, il y avait Croix Bleue, les associations d'alcooliques qui faisaient du bon boulot. Je pense que c'est pas mauvais ces choses là et il faisait un énorme travail. » M2

2.5. Focus sur l'articulation des soins avec les CSAPA

2.5.1. Besoins et attentes

Les médecins interviewés avaient certaines attentes vis à vis des ces centres.

Ils voulaient connaître les conditions pour adresser les patients.

« Et bien que l'on sache exactement dans quelles situations leur adresser les patients, parce que peut être que des fois je devrais le faire et je ne le fais pas. »

M11

Avoir les coordonnées des structures de leur secteur.

« Avoir peut être les coordonnées des structures les plus proches d'ici heu pour savoir à qui les adresser » M11

Être plus impliqué dans les soins et d'avoir un retour de leur prise en charge par le biais d'une meilleure communication, ce qui favoriserait l'articulation et l'entraide autour du patient.

« Qu'on soit plus au courant de ce qu'ils envisagent, de leur ressenti des choses sur lesquelles on peut nous aussi heu aider quoi appuyer. » M1

Avoir un intervenant direct pour discuter de cas rapidement,

« Avoir un intervenant, un interlocuteur avec qui on peut discuter éventuellement si on a un soucis avec le patient ou si on sent que ça ne va pas » M1

« Une communication direct, rapide. » M2

et éviter la manipulation du patient.

« (...) éviter cette manipulation, d'avoir une personne ressource à qui on peut envoyer un mail en disant est ce que c'est ok avec la prescription qu'il m'a demandée ou signaler que il m'a demandé ça... heu d'être vigilant quand ils le revoient ou pas prescrire à mauvais escient. » M1

De connaître leur fonctionnement, les locaux et le personnel, pour rassurer le patient, pouvoir l'informer au mieux et ainsi l'aider dans sa prise de décision.

« Peut être avoir plus d'outils dans ma besace pour les rassurer quoi. En connaissant leur fonctionnement et en m'appuyant que sur du solide, pas en disant bah je pense que ça se passe comme ça et vraiment être sur parce que j'aurai vu comment cela se passe c'est tellement plus facile. » M3

2.5.2. Expérience des CSAPA

Expérience positive

Certains avaient une bonne expérience des CSAPA avec un retour positif sur l'accompagnement et le suivi.

« Non pas de soucis, on envoie des gens, les gens sont pris en charge heu quasiment toujours par l'infirmier ou l'infirmière en premier temps et voient un médecin dans un deuxième temps heu avec une prise en charge soit ambulatoire, soit renvoyés sur une cure en hospitalisation. Oui, non je n'ai aucun souci avec eux, au contraire. » M8

« ça se passe bien. Il y a un bon suivi. » M9

Les CSAPA étaient, pour eux, un élément essentiel de leur accompagnement.

« C'est la référence dans la prise en charge des addictions et oui vraiment s'ils étaient pas là je ne sais pas comment on ferait des fois. » M8

« C'est top, non mais très très bien. Ça fait des années que je travaille avec eux. » M10

Ils recommandaient à leur patient de les consulter.

« J'ai eu connaissance de cette structure à cette époque là bah maintenant j'ai, effectivement, je donne plus facilement les coordonnées et après les patients n'y vont pas forcément. » M1

Méconnaissance de la structure et freins

D'autres en revanche ne connaissait pas ces structures et n'avaient aucune expérience des CSAPA.

« J'ai pas d'expérience avec vos... Comment vous appelez ça ? » M7

Certains se posaient des questions sur leur fonctionnement et déploraient le manque de visibilité.

« C'est où ? » M6

« Ça dépend de quoi ? Ça dépend des hôpitaux ? » M7

« Je sais a peu près à quoi ça sert mais heu c'est tout. » M11

L'environnement de certains centres pouvait favoriser les mauvaises fréquentations et la stigmatisation des patients.

« Je pense à celui où j'ai envoyé pas mal moi avant, à Porte des postes, c'est à côté de pleins de toqués, de pleins de personnes qui boivent , ça ne sert à rien, voilà. »

M2

2.5.3. Ressenti du l'articulation des soins avec les CSAPA

La communication était bonne pour certains et se faisait essentiellement par courrier ou par téléphone.

« Pour moi c'est par courrier essentiellement, heu sans difficultés particulières. » M8

« Très bon contact, il est à notre écoute si on peut lui téléphoner » M9

Un des médecins interrogés avait participé à une Intervision et avait apprécié cette articulation des intervenants autour du patient.

« J'avais beaucoup apprécié cette Intervision j'en avais jamais fait et j'ai trouvé que c'était... fin l'infirmier était impliqué, le médecin était impliqué. On était vraiment, nous sur le terrain avec un regard sur le patient en commun. » M1

Quant à d'autres, ils déploraient le manque de communication de ces centres.

« Le gros problème que je reproche à ce genre de centre c'est le manque de communication. On a très peu de retour. » M2

Ainsi que le manque d'accessibilité.

« Accessible de 10 heures à 16 heures ?(...) donc il faut que le patient en gros soit dans ces horaires pour qu'on puisse téléphoner. » M6

Certains reprochaient de ne pas être au courant de la prise en charge de leur patient.
« *On ne sait même pas quand ils sont pris, on a des lettres une fois tous les trente six et encore, le gros problème il est là. On a un réel manque de communication on est jamais appelé, jamais...* » M2

2.5.4. Solution pour améliorer la communication avec les CSAPA

Ligne directe

Le plus important pour les médecins interrogés était d'avoir une ligne directe.

« *Une ligne direct ou un mail pour avoir un avis rapide, savoir que derrière il y a quelqu'un qui est au courant et qu'il est suivi pour ça* » M1

- Soit par mail,

« *Il pourrait y avoir la voie mail qui peut être pas mal...* » M10

- Soit par téléphone.

« *Il faut déjà que les infirmiers psy des CSAPA ou les psychiatres prennent leur téléphone de temps à autre vers le médecin généraliste, voilà. C'est comme ça qu'on doit travailler en libéral.* » M2

Avoir un retour des soins et discuter de l'accompagnement

Le retour par courrier restait la base.

« *Peut être d'avoir un courrier retour quand on les envoie* » M11

Discuter de l'accompagnement par des Intervisions,

« Ça nous ré-implique un peu plus dans le suivi du patient, ça nous met au courant de ce qu'ils font. Bon après je ne peux pas assister aux Intervisions non plus à chaque fois, donc c'est pas non plus la panacée » M1

ou des visio conférences.

« Je ne sais pas moi des visio conférences, j'en sais rien mais en tous cas qu'on soit plus au courant » M1

Connaître les différents CSAPA

Ils souhaitaient aussi mieux connaître les différentes structures et le fonctionnement grâce à:

- des dépliants avec les coordonnées des centres de leur secteur.

« Des flyers avec des coordonnées, avec des horaires de structures, des choses qu'on puisse avoir et limite qu'on puisse donner au patient, voilà vous pouvez appeler à cet endroit là heu voilà. » M11

- des FMC

« Les FMC ça peut être un bon moyen de se faire connaître de montrer comment ça fonctionne et de dire qui on peut joindre si nécessaire. » M2

- des portes ouvertes.

« Peut être aller une journée en stage chez eux (rire) Pour voir comment ils font. »

M3

DISCUSSION

1. Forces et Limites

1.1. Limites de l'étude

Liées au recrutement

Il existait un biais de sélection puisque le recrutement des participants s'est fait par mail principalement parmi les MSU de la Faculté de Médecine et Maïeutique. Seulement deux médecins sur les onze étaient extérieurs à la Faculté.

Les participants étaient tous volontaires et libéraient du temps pour participer à l'étude. Ils étaient donc possiblement intéressés par le sujet.

Liées aux entretiens

Les entretiens étaient de moins bonnes qualités au début de l'étude par le manque d'expérience de l'investigateur.

La durée de certains entretiens était courte malgré des questions de relance pour approfondir le thème.

La refonte du guide d'entretien a été réalisée après les trois premiers entretiens. Les questions étaient parfois mal comprises. Une reformulation et une simplification des questions, afin de mieux recentrer l'entretien sur le champ de l'étude, ont été

effectuées. Cela aurait pu être évité si le guide d'entretien avait été testé avant la réalisation de l'étude.

L'effet leader de certains participants et la réticence à exprimer leurs idées personnelles devant plusieurs personnes pouvaient être des limites au focus groupe.

L'enregistrement a pu être un frein à l'expression des participants.

1.2. Forces de l'étude

Le choix de la méthode

La méthode qualitative est la plus appropriée pour répondre à la problématique. En effet, elle permet d'analyser les représentations ainsi que les attitudes pratiques et les émotions des médecins.

Le recrutement a été effectué de manière raisonnée pour rechercher une variance maximale de l'échantillon. La tranche d'âge allait de 34 ans à 66 ans avec une moyenne de 51,7 ans se rapprochant de la moyenne d'âge des médecins du Nord-Pas-de-Calais qui est de 53 ans (25).

Les entretiens semi dirigés avaient l'avantage de favoriser la libre expression sur le sujet. Le focus group quant à lui, a permis l'émergence de nouvelles idées et la confrontation d'autres créant une véritable dynamique de groupe.

Les critères de scientificité.

Après les entretiens, la retranscription était rapide afin de limiter les pertes d'informations.

Après la retranscription, les participants ont reçu par mail le texte leur permettant, s'ils le souhaitaient, de vérifier leur propos et de rectifier des passages ne correspondant pas à leurs idées. Un seul médecin a demandé de supprimer une phrase car elle n'en retrouvait plus le sens (M1).

Une triangulation des données avec un double encodage a été réalisée et les entretiens ont été poursuivis jusqu'à saturation des données.

2. Discussion des résultats

2.1. Les représentations des médecins généralistes

Place de l'alcool

La place de l'alcool dans la société était souvent mentionnée par les médecins de l'étude. Nombre d'entre eux racontent leur propre histoire et leur expérience personnelle en tant que consommateurs d'alcool. Ainsi certains se souviennent que lorsqu'ils étaient plus jeunes, il n'était pas rare de donner de l'alcool à des enfants, à des femmes enceintes, en maternité ou même au travail. Toutes ces situations ne seraient plus pensables de nos jours avec l'évolution du discours public et des campagnes de prévention (8) (26).

Pour les médecins interviewés, la consommation d'alcool est aussi un symbole de convivialité. Ils mentionnent également que c'est une substance légale et en vente libre pour les adultes. Ainsi selon eux, ces éléments peuvent expliquer le déni de certains patients. Ces derniers ne se rendant pas compte qu'ils consomment une

boisson dangereuse et qu'elle peut entraîner un risque pour leur santé. Ceci est surtout évoqué pour les alcools de faible degré comme le vin ou la bière. Selon une étude de 2012 de L'OFDT, seuls 11% des français considèrent que l'alcool est dangereux dès le premier verre (26).

Les représentations des médecins généralistes sur ce passé culturel et l'évolution de la place de l'alcool dans la société sont en corrélation avec les données du baromètre santé de 2014. La consommation quotidienne d'alcool est plus forte avec l'âge avancé, ainsi cela concerne 1% des moins de 25 ans et 25% des plus de 65 ans. Ceci peut s'expliquer par l'évolution des mœurs (1).

Les médecins interrogés sont sensibles à la consommation chez les jeunes. Ils ont quasiment tous évoqué les « nouvelles » pratiques de consommation avec la recherche d'une ivresse rapide : « le binge drinking ». Cela suscite un sentiment de peur vis à vis de cette forme de consommation. Ils expliquent que leur rôle est de repérer et de prévenir ces pratiques particulièrement dangereuses. Ce qui est en adéquation avec une étude canadienne sur les consommations d'alcool des jeunes de 15 à 17 ans (27).

Ils sont conscients que la consommation d'alcool est répandue chez le jeune et pose un réel problème de santé publique, aucun des médecins interrogés ne banalise cette situation de consommation à risque. Selon l'étude ESCAPAD en 2017, les boissons alcoolisées sont communément consommées chez les deux tiers des jeunes de 17 ans. Le plus souvent cette consommation se fait sous la forme d'alcoolisation ponctuelle importante (API). En effet 44% des jeunes de 17 ans déclarent une API au cours du mois précédant, et 3% ont été ivres « au point de

vomir et tout oublier » et environ autant ont déclaré avoir été admis dans un service d'urgence (28).

Alcool, une « histoire intime »

Leur rapport intime avec la substance a une influence sur leur manière d'accompagner les patients. Un des médecins trouve que boire en excès est « mal », elle a du mal à en parler avec certains de ces patients notamment ceux dont la relation est plus intime, elle a « peur de leur coller une étiquette négative » et d'être jugeant. D'autres évoquent une certaine « banalisation » pour un type de mésusage. Ainsi, ils séparent les consommateurs en plusieurs groupes, d'un côté les anxieux et dépressifs pour qui le mésusage va être sévère et l'accompagnement plus difficile et d'un autre côté les « bons vivants » dont le trouble est plus volontiers associé à un « excès alimentaire ».

Un des médecins dit qu'il y a « autant de prise en charge que de médecin et que de patients différents ». Cette notion d'« histoire intime » est retrouvée dans plusieurs travaux dont la thèse de Julie GRANDEL sur l'« Identification des facteurs qui influencent la prise en charge des patients faisant un mésusage de l'alcool en médecine générale : étude qualitative » (29) (30).

2.2. Un sujet difficile à aborder

Depuis la réforme du parcours de soins du 13 août 2004, les médecins généralistes sont le premier recours des patients et de leur entourage (31). Ils ont donc un rôle central dans le repérage des patients présentant un mésusage d'alcool. De plus

selon une étude, 20% des patients vus en médecine générale ont un trouble lié à l'usage d'alcool (32). Ils peuvent donc être régulièrement confronté à la problématique.

Mais le sujet reste encore tabou. La plupart des médecins trouvent le sujet difficile à aborder en particulier pour les patients qu'ils connaissent de longue date. Les principaux freins sont la peur d'être jugeant, de blesser le patient, d'abimer la relation médecin malade, le manque de temps et le fait que l'alcool n'est pas le principal sujet de la consultation. Très peu posait la question de manière régulière et répétée comme le recommande la SFA et cela malgré le fait que la consommation d'alcool soit une donnée évolutive dans le temps (8).

Pour beaucoup, il leur faut un élément pour pouvoir en parler, comme la présence de marqueurs biologiques spécifiques, de pathologies en lien avec une consommation excessive ou l'existence de signe clinique d'imprégnation.

A contrario quelques médecins interrogés expliquent ne pas être en difficulté avec le sujet pendant la consultation. Ils pensent que la maladie alcoolique est une maladie comme une autre et l'abord du sujet n'est pas un problème. Ils racontent que ça peut prendre du temps avant que le patient n'accepte de répondre. La confiance entre le praticien et son patient s'avère très importante. Ainsi pour eux il est plus facile de l'évoquer avec des patients plus anciens. Une des médecins explique qu'elle fait partie de la nouvelle génération et que pendant son cursus elle était plus sensibilisée sur la prévention, pour elle il est important de repérer avant d'avoir les complications.

Ces éléments ont été retrouvés à de nombreuses reprises dans la littérature. Une étude réalisée en 2002 par BOUIX sur 200 médecins en France montre que les trois

quarts des praticiens ne s'estiment pas à l'aise pour aborder le sujet (33). Selon une étude menée en 2009, 70% des médecins déclarent n'aborder la question que pour certains sujets à risque (34). Ces deux notions sont également retrouvées dans de plusieurs thèses sur le sujet dont celle de Séverine TERNISIEN et de Marielle MICHEL. (29) (35).

Pourtant une thèse réalisée par Johanna HAGEGE-ARDITTI en 2014, montre que 98% des patients interrogés pensent que le rôle du médecin généraliste est de dépister la dépendance à l'alcool, à noter que la population de l'étude portait sur des patients présentant un mésusage sévère (36).

2.3. Repérage précoce et intervention brève : les outils

La plupart des médecins de l'étude pratiquent le RPIB. Ils posent la question de la consommation d'alcool déclarée, évaluent les risques ainsi que la motivation du patient. Mais pour certains la notion de RPIB reste floue, ils disent en avoir déjà entendu parlé sans savoir exactement à quoi cela correspond.

Les médecins interviewés sont peu nombreux à utiliser les questionnaires mis à leur disposition pour le repérage des différents usages d'alcool. Un seul des praticiens parle du test AUDIT.

En effet, il semble plus facile d'introduire les questions dans la discussion, telles que « combien de verres consommez-vous ? A quelle fréquence ? Dans quel contexte ». Cette sous-utilisation peut-être aussi dû au manque de temps, à la méconnaissance ou à l'accessibilité pratique de ces outils et au fait que pour certains médecins l'accompagnement des patients présentant un mésusage ne soit pas « uniciste » et standardisé.

Des travaux ont mis en évidence cette sous utilisation des questionnaires. Dans une étude de 2011 réalisée par François BECK et al. seulement 13% des médecins utilisent ces tests pour repérer une consommation à risque (37). Une autre étude de 2017 menée en Suisse et en France, montre que 91% des praticiens pour la France et 77% pour la Suisse n'utilisent pas de test de dépistage (38).

Cette notion est également retrouvée dans plusieurs thèses dont celle de Marielle MICHEL portant sur le vécu des médecins généralistes de l'Hérault face au sevrage en alcool (35), ou celle de Yonathan BECK intitulée « Repérage des patients buveurs excessifs : enquête qualitative auprès de vingt médecins généralistes et enquête transversales auprès de deux cents patients du bassin cannois » (39).

D'autres études ont montré l'importance de l'intervention brève à réaliser de façon systématique au moyen de questionnaires. En effet elle entraîne une réduction de la consommation à court et moyens terme chez les buveurs à risque (11) (40).

Les questionnaires permettent de dépister d'avantage de personnes ayant un usage à risque par rapport à la seule intuition du médecin (41).

Les meilleures questions ou outils pour repérer un mésusage sont les trois premières du test AUDIT de l'OMS portant sur la fréquence de la consommation, la quantité d'alcool consommée au cours d'une journée type et sur la fréquence des consommations épisodiques massives. Ce repérage devrait faire partie intégrante des pratiques cliniques notamment lors de l'interrogatoire d'un nouveau patient ou lors d'un bilan de santé (42).

L'HAS a mis à disposition un mémento pratique, à destination des médecins généralistes, reprenant ces notions de repérage précoce, d'intervention brève ainsi que les questionnaires standardisés (Annexe 8).

2.4. Vécus et expériences difficiles de l'accompagnement

Pour les médecins de l'étude, l'accompagnement d'un patient mésusant de l'alcool est particulièrement long et difficile.

Un des médecins de l'étude évoque le changement de comportement selon le modèle de PROCHASKA sans le citer clairement. Il parlait de « Six marches d'escaliers à monter et la chute possible de plusieurs marches en même temps » (M6).

Selon ce modèle, le changement de comportement est un long processus dynamique avec un retour en arrière possible et passe par six étapes (43) :

- La pré-contemplation où aucun changement de comportement n'est envisagé : c'est le déni.
- La contemplation où une prise de conscience du problème commence à émerger.
- La préparation, la décision de changer est prise et la personne met en place le plan d'action.
- L'action avec la modification des habitudes.
- Le maintien où le patient consolide ses nouvelles habitudes.
- La résolution où la personne n'a plus la tentation de revenir à son comportement antérieur.

Le même médecin interviewé dit qu'un de ses rôles est d'avoir « une réponse adaptée à chaque étape ». Ainsi le praticien doit s'adapter aux représentations du patient qui évolue dans son contexte. Il doit respecter son désir et l'aider dans tous les cas à trouver un nouvel équilibre.

Pour de nombreux médecins, la phase de pré-contemplation est une des grandes difficultés de leur accompagnement. Ils se heurtent au déni du patient. Ils ont l'impression que leurs propos ne sont pas pris en compte. Ils ressentent un sentiment d'impuissance à accroître la motivation des patients, or il faut parfois du temps pour que le patient parle de sa consommation, qu'il comprenne que son mésusage est délétère pour sa santé. Mais aussi qu'il ose en parler car souvent un sentiment de peur, de honte, de jugement ou de culpabilité bloque la discussion. La relation médecin malade est alors importante, il faut que le patient puisse accorder sa confiance au praticien. La maturation peut prendre des années. Ceci est retrouvé dans la thèse de Yonathan BECK (39).

Suivant ce modèle, les rechutes font partie du processus de changement de comportement. Mais la répétition de ces dernières démotive parfois les médecins. Ils sont pessimistes quant à l'efficacité de leur prise en charge. Durant les entretiens nombreux étaient les exemples de situations particulièrement difficiles, de déni, de rechute avec des issues parfois fatales.

Les praticiens estiment ne pas être assez formés dans ce domaine, notamment lors de leur cursus universitaire. Ils pensent qu'ils n'ont pas les capacités pour gérer l'accompagnement du patient. Djamel EL FAHSI dans sa thèse sur la « Connaissance du dispositif de soins d'addictologie auprès des médecins

généralistes dans le versant Nord - Est de Lille » retrouve que 76% des praticiens estiment ne pas avoir été assez formé durant leur cursus universitaire (44).

Pour les médecins de l'étude, le patient est acteur de ses soins. Il est responsable de sa santé et le changement de comportement lui appartient. Le rôle du médecin est de l'aider dans sa prise de décision en l'informant, en l'accompagnant et en soutenant sa démarche. L'entretien motivationnel va dans ce sens, à lever les résistances du patient et lui donner envie de mieux prendre soin de lui. Deux des médecins interviewés avaient reçu une formation sur l'entretien motivationnel. Ils soulèvent aussi la problématique du manque de temps en consultation. En effet avec en général, une consultation de 15 mn il est compliqué de réaliser un véritable entretien motivationnel. Dans ce cas des solutions sont apportées comme la programmation de rendez-vous plus longs et répétés, souvent de trente minutes tous les huit à quinze jours. La problématique du temps est retrouvée dans d'autres travaux. Le manque de temps est considéré comme compliqué à gérer pour 54% des médecins interrogés dans l'étude de Djamel EL FAHSI (44) et pour 45% des médecins dans l'étude de Marc LEDROIT (45).

Ils sont la plupart en accord avec les recommandations actuelles de la SFA sur l'objectif de l'accompagnement qui est l'amélioration de la qualité de vie passant par la réduction des risques et non forcément l'abstinence. Cependant un des médecins critiquait cette notion et pensait au contraire que la réduction des risques favorisait les rechutes et l'échec.

Place des traitements médicamenteux.

Certains médecins interviewés entreprennent des sevrages ambulatoires. Quand ils le font, la plupart prescrivent des traitements complémentaires, les plus cités sont l'ACAMPROSATE et le NALMÉFÈNE associés à une benzodiazépine, des vitamines et une bonne hydratation. Dans sa thèse, Séverine TERNISIEN retrouve que 51,3 % des médecins généralistes prescrivent directement un traitement au patient et le revoit quelques jours plus tard (46). La plupart sont réticents et méfiants vis à vis du BACLOFÈNE. Aucun n'est à l'initiation de la prescription et ils se questionnent sur les effets indésirables du produit. Une étude chez un médecin généraliste français formé à l'addictologie, montre que le BACLOFÈNE à dose personnalisée semble être un traitement efficace chez les patients présentant des troubles liés à l'alcool, avec un effet durable dans le temps (3 ans) (47).

Les thérapeutiques médicamenteuses constituent une aide réelle, à l'efficacité démontrée bien que limitée sur un plan clinique. Cinq médicaments bénéficient actuellement d'une AMM officielle dans le traitement du mésusage d'alcool : l'ACAMPROSATE, la NALTREXONE, le NALMÉFÈNE, le DISULFIRAME et le BACLOFÈNE. L'ACAMPROSATE et la NALTREXONE sont proposés dès que possible après l'arrêt de la consommation d'alcool dans l'objectif de réduire l'appétence pour l'alcool et ainsi les risques de rechute. Le DISULFIRAME est un traitement de seconde intention aux effets antabuse. Le NALMÉFÈNE et le BACLOFÈNE ont été mis sur le marché dans un contexte de promotion de la réduction des risques liés à la consommation d'alcool. L'indication est la réduction du craving.

La globalité de la prise en charge, intégrant l'ensemble des besoins du sujet, est essentielle. Une fois l'orientation thérapeutique choisie, il est souhaitable de

présenter au patient les autres possibilités de traitements en particulier comportementaux afin qu'il puisse enrichir son parcours de soin.

2.5. Nécessité d'un accompagnement pluridisciplinaire

Ressenti des médecins généralistes sur la prise en charge pluridisciplinaire.

La maladie alcoolique a des conséquences médico-psycho-sociales sur le patient. Ainsi, de nombreux intervenants sont susceptibles d'intervenir à différents moments de l'accompagnement.

Les médecins interrogés s'accordent sur l'importance de cette pluridisciplinarité. Selon eux, ceci représente un facteur important de la réussite des soins. Ils sont conscients de ne pas pouvoir traiter seuls la maladie. Ils font surtout appel aux addictologues et psychiatres pour des situations complexes (mésusage sévère, polyaddiction, maladie psychiatrique associée), quand la relation médecin malade n'est pas assez développée, quand il ne se sentent pas capable d'aider le patient ou quand ils n'ont pas envie de s'investir dans les soins.

La place des aides extérieures est pourtant ambiguë pour les médecins. Même si certains reconnaissent ne pas avoir les capacités pour traiter seul le patient, ils se sentent lâches et coupables de l'adresser à un confrère et ont l'impression d'abandonner leur patient.

Place des réseaux de soins

Cette pluridisciplinarité peut également s'inscrire dans les réseaux de soins.

L'objectif des réseaux est d'apporter un soutien, de permettre au patient de bénéficier de soins adaptés dans sa globalité avec une orientation facilitée et coordonnée des soins (15). Ils constituent aussi un outil d'articulation, de communication et de savoir pour les professionnels.

Pour un des médecins interviewés, les réseaux ne constituent pas une aide. Il pense que cela « bloque » le patient avec des professionnels attirés. Il se pose la question de l'impact d'un désaccord qu'il pourrait avoir avec un des professionnels du réseau sur l'accompagnement. Ce médecin préfère créer « son réseau » et adresse plus volontiers à des spécialistes libéraux permettant un parcours de soins plus « classique ». Selon son raisonnement, pour dire à un patient qu'il est malade il faut le prendre en charge comme pour une maladie « classique ».

Pour d'autres, c'est le patient qui est demandeur d'un accompagnement libéral car le fait de passer par des centres le stigmatise.

Même si le coût de ce type de prise en charge est évoqué comme un frein.

2.6. Place des CSAPA

Ces centres proposent différents types d'approches : individuelles, collectives et parfois familiales. Leurs principales missions sont l'accueil, l'information, l'évaluation médicale, psychologique et sociale ainsi que l'orientation de la personne ou de son entourage (17).

Les CSAPA accueillent de façon confidentielle et gratuite. Chaque structure de soins dispose de médecins, d'infirmiers, de psychologues d'éducateurs et d'assistantes sociales pour assurer un suivi de qualité. Dans certains cas, des diététiciennes assurent également des suivis (48).

Ce type de dispositifs de soins apparaît être un bon outil pour le médecin généraliste pour un accompagnement global d'un patient mésusant de l'alcool.

Cependant en France en 2010, parmi les patients ayant consulté un CSAPA suite à une problématique d'alcool, seuls 12,2 % sont orientés par le médecin généraliste (18).

Dans notre étude, un peu plus de la moitié connaissait les CSAPA. Certains ont une bonne expérience de ces centres, ils trouvent que c'est un élément essentiel de leur accompagnement et recommandent volontiers à leurs patients de les consulter. Mais parmi ceux qui les connaissent certains ne les utilisent pas.

Les principaux freins mis en avant sont la méconnaissance et le manque de visibilité de ces dispositifs. La distance de leur cabinet par rapport au CSAPA le plus proche ne semble pas influencer ce facteur. Un autre frein est le refus du patient de s'y rendre et l'emplacement géographique de certains centres. Un des médecins évoque le fait que ces centres sont en général dans des secteurs peu fréquentable. De plus, selon ce même praticien, le fait de réunir au même endroit des patients ayant le même problème peut favoriser les mauvaises fréquentations et la stigmatisation de ces derniers.

Plusieurs thèses sur le sujet retrouvent une connaissance insuffisante des réseaux et des dispositifs de soins ainsi que de leur fonctionnement. Dans celle de Djamel El

FAHSI il est mis en évidence que 49% des médecins connaissent les réseaux de soins et que 62% des médecins se trouvent mal informés des actions des réseaux de soins (44). Dans celle de Séverine TERNISIEN, un tiers des praticiens ont une méconnaissance des structures et pour 89,8% il existe un manque de visibilité (46).

Communication avec les CSAPA

Les avis sur l'articulation des soins et la communication avec les CSAPA sont partagés. Certains ont une bonne expérience de ces centres avec un retour systématique essentiellement par courrier ou par téléphone. Un des médecins avait participé à une Intervision et avait apprécié ce regard commun et cette articulation autour du patient.

D'autres, en revanche, déplorent un manque de communication. Ils soulignent l'absence de compte rendu de consultation, le manque d'accessibilité et une absence de ligne directe. Il se sentent parfois exclus des soins et craignent un impact sur la prise en charge des patients.

Les médecins apportent des solutions pour favoriser la communication et donc l'articulation des soins.

Leurs besoins principaux sont un avis rapide, une meilleure accessibilité, une solution pour gérer les urgences, une meilleure implication dans les soins et une meilleure connaissance des structures, de leur fonctionnement ainsi que de leurs actions pour orienter au mieux les patients et répondre concrètement à leurs questions.

Les solutions évoquées par les médecins interviewés sont :

- une ligne directe dédiée aux professionnels de santé soit par téléphone, soit par mail afin de gérer les urgences et les avis rapides.
- avoir un compte-rendu des soins et pouvoir discuter de l'accompagnement par un retour courrier systématique, des Intervisions ou des visio conférences.
- une meilleure connaissance des CSAPA de leur secteur avec un dépliant contenant les principales informations des CSAPA c'est à dire les coordonnées du CSAPA du secteur, les horaires de consultation à garder ou à distribuer au patient. Une participation à des FMC pour se faire connaître évoquer les principales actions et le fonctionnement, ainsi qu'une rencontre avec le personnel et la visite des locaux lors de portes ouvertes.

Certaines des solutions paraissent simples à mettre en place comme le mail ou la distribution de flyers.

D'autres existent déjà c'est le cas de l'Intervision. Ces réunions permettent aux acteurs médico-psycho-sociaux de se réunir autour d'un cas difficile lorsque l'un ou plusieurs d'entre eux sont en interrogation, afin de croiser les regards, de mieux connaître la situation du patient, de débloquer des situations et d'aider le patient à comprendre le projet de soins (49) (Annexe 9 : Charte).

Les Intervisions existent depuis 1992, cependant elles semblent peu connues des médecins généralistes. Un seul des médecins de l'étude l'a évoquée. Ce médecin avait apprécié cette Intervision, le fait de croiser les regards sur le patient, elle expliquait qu'elle avait l'impression d'avoir été ré-impliquée dans les soins. Malgré tout, elle ajoute également que cela ne peut pas être « LA » solution pour tous les

patients notamment à cause du temps que cela prend, même si la participation à une Intervention est indemnisée par l'ARS.

CONCLUSION

Ce travail permet d'évaluer les représentations des médecins généralistes dans l'accompagnement des patients mésusant de l'alcool en lien avec les CSAPA. Le sujet reste difficile à aborder pour les médecins. La prise en charge longue, le déni des patients ainsi que les nombreuses rechutes découragent les praticiens dans leur accompagnement.

Les médecins s'accordent sur l'importance d'une pluridisciplinarité dans les soins, mais ils sont peu nombreux à utiliser les dispositifs d'addictologie et notamment les CSAPA.

Les principaux freins évoqués sont le refus du patient, le manque de connaissance des structures et de leurs actions, le manque d'accessibilité ainsi que le manque de communication.

Une amélioration de la communication permettrait une meilleure articulation des soins autour du patient. Des solutions sont apportées comme une ligne téléphonique ou un mail direct pour un avis rapide, une rencontre par le biais de FMC, d'Intervisions, et la distribution de flyers.

L'important pour les médecins de l'étude semble être de faire connaître d'avantage les CSAPA afin de savoir quand, comment et où adresser leur patient.

Pour approfondir le sujet il pourrait être intéressant d'interroger les médecins des CSAPA afin d'obtenir leur ressenti sur leur accompagnement en lien avec les médecins généralistes permettant un regard croisé sur la problématique.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Richard JB, Palle C, Guignard R et al. La consommation d'alcool en France en 2014. Évolutions. [Internet]. 2015 Avr;(33) [cité le 26 juin 2017] Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1632.pdf>
2. Alcool : évolution des quantités consommées par habitant âgé de 15 ans et plus depuis 1961. OFDT [Internet]. 2018 Août. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/statistiques-et-infographie/series-statistiques/alcool-evolution-des-quantites-consommees-par-habitant-age-de-15-ans-et-plus-depuis-1961-en-litres-equivalents-dalcool-pur/>
3. Beck F, Diaz-Gomez C, Cadet-Taïrou A, et al. Addictions en Nord-pas-de-Calais Consommations de substances psychoactives et offre médicosociale. OFDT. [Internet]. 2016 Déc. [cité le 16 juil 2018] Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxfbwc2.pdf>
4. Guérin S, Laplanche A, Dunant A, Hill C. Alcohol-attributable mortality in France. *Eur J Public Health*. 2013 Aug;23(4):588-93.
5. Berr C, Clavel-Chapelon F, Dally S et al. Alcool : effets sur la sante. INSERM. [Rapport de recherche]. 2001;358p [cité 28 juin 2017] Disponible sur: <https://hal-lara.archives-ouvertes.fr/hal-01570661/document>
6. Santé publique France, Institut national du cancer. Avis d'experts relatif à l'évolution du discours public en matière de consommation d'alcool en France. [Internet]. 2017 Mai 4. [cité 26 juin 2017] Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/Actualites/Avis-d-experts-relatif-a-l-evolution-du-discours-public-en-matiere-de-consommation-d-alcool-en-France-organise-par-Sante-publique-France-et-l-Inca>
7. AlcoolInfoService.fr. [En ligne]. Santé publique France. [2019 Jan 7] Le produit alcool c'est quoi? [cité le 1 déc 2016]; [environ 1 écran]. Disponible sur: <https://www.alcool-info-service.fr/alcool/boissons-alcoolisees/verre-alcool#.XDRfBLQc46g>
8. Santé publique France. Mésusage de l'alcool dépistage, diagnostic et traitement : Recommandation de bonne pratique. *Alcoologie et Addictologie* [Internet]. 2015;37(1):5-84 Disponible sur: <https://www.sfalcoologie.asso.fr/download/RBP2014-SFA-Mesusage-AA.pdf>
9. Americian society of Addiction Medicine (ASAMI). Public Policy Statement: Definition of Addiction [Internet]. 2011 Apr 12. [cité le 5 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.asam.org/resources/definition-of-addictionof-addiction>
10. Marlatt GA, Witkiewitz K. Harm reduction approaches to alcohol use: health

- promotion, prevention, and treatment. *Addict Behav.* déc 2002;27(6):867-86
11. Milhet M, Diaz-Gomez C; Alcoolisations excessives et médecine de ville: la promotion du repérage précoce et intervention brève (RPIB). *Tendances. OFDT.* [Internet]. 2006 Mar;(47):4 [cité le 10 août 2018]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxmmm3.pdf>
 12. Badéyen G, Mouquet MC, Villet H. Les risque de l'alcoolisation excessive des patients ayant recours aux soins un jour donné. *adsp.* [En ligne]. 2002 Sept; (40):11-16. [cité 12 juin 2017] Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=ad401116.pdf>.
 13. Saint-Guily J. Prise en charge de l'alcoolisme: le rôle du médecin généraliste. *adsp.* [En ligne]. 1998 Sept;(24):53-54. [cité 12 août 2018] Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=ad245354.pdf>
 14. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
 15. Haute Autorité de santé. Evaluation et Amélioration des pratiques: Une démarche d'amélioration de la qualité: Les réseaux de santé. [En ligne] 2006 Déc. 4 p. [cité 19 août 2018] Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-08/reseaux_de_sante.pdf
 16. Lépine JP, Morel A, Paille F et al. Rapport: Propositions pour une politique de prévention et de prise en charge des addictions, Un enjeu majeur de santé. [En ligne] France. 2006 Oct. 64 p. [cité 29 août 2018] Disponible sur: <https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/064000897.pdf>
 17. Décret n° 2007-877 du 14 mai 2007 relatif aux missions des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie. [En ligne] Legifrance. 2007. [cité 11 juin 2017] Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2007/5/14/SANP0721630D/jo>
 18. Palle C, Rattanatray M. Les centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie en 2010: Situation en 2010 et évolutions sur la période 2005-2010. *OFDT.* [En ligne] 2013 Juin. [cité 19 févr 2018] Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxcpt6.pdf>.
 19. Action-Sociale. [En ligne] France: actimeo SARL. Annuaire des Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA). [cité 11 juin 2017]. Disponible sur: <http://annuaire.action-sociale.org/etablissements/readaptation-sociale/centre-de-soins-accompagnement-prevention-addictologie-197.html>
 20. Décret n° 2005-1606 du 19 décembre 2005 relatif aux missions des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires). *Legifrance* [En ligne]. 2005. [cité 29 août 2018] Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2005/12/19/SANP0524015D/jo/texte>

21. Chalumeau M. Les CAARUD en 2008: Analyse nationale des rapports d'activité ASA-CAARUD. OFDT. [En ligne]. 2010 Juil. [cité 29 août 2018] Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epxmcq7.pdf>.
22. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L et al. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*. 2008;19(84)142-145.
23. Letrillart L, Bourgeois I, Vega A et al. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative: Première partie d' "Acteur" à "Interdépendance". *Exercer*. 2009;20(87)74-79.
24. Letrillart L, Bourgeois I, Vega A et al. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative: Deuxième partie: de "Maladie" à "Verbatim". *exercer*. 2009;20(88)106-112.
25. Le Breton-Lerouillois G. La démographie médicale: En région Nord-Pas-de-Calais situation en 2015. [En ligne]. 63 p. [cité 18 déc 2018] Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_nord-pas_de_calais_2015.pdf.
26. Alcool - Synthèse des connaissances. OFDT [Internet]. 2018 Mai. [cité 12 août 2018]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/alcool/>
27. Fuller-Thomson E, Sheridan MP, Sorichetti C et al. Underage Binge Drinking Adolescents: Sociodemographic Profile and Utilization of Family Doctors. *ISRN Family Medicine*. [En ligne] 2013 Feb. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4041245/>
28. Spilka S, Le Nézet O, Janssen E et al. Les drogues à 17 ans: analyse de l'enquête ESCAPAD 2017. *Tendances*. OFDT. [En ligne] 2018 Fév;(123)1-8. [cité 18 déc 2018] Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/publications/collections/periodiques/lettre-tendances/les-drogues-17-ans-analyse-de-lenquete-escapad-2017-tendances-123-fevrier-2018/>.
29. Garandel J. Identification des facteurs qui influencent la prise en charge des patients faisant un mésusage de l'alcool en médecine générale : étude qualitative par entretiens semi-dirigés. [Thèse d'exercice]. France, Poitiers: Université de Poitiers Faculté de Médecine et Pharmacie; 2017.
30. Ketterer F, Symons L, Lambrechts MC et al. What factors determine Belgian general practitioners' approaches to detecting and managing substance abuse? A qualitative study based on the I-Change Model. *BMC Fam Pract*. 2014 juin;15:119.
31. LOI n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. *Legifrance* [En ligne]. 2004 Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2004/8/13/SANX0400122L/jo/texte>
32. Kandel O. 3 chiffres, 1 schéma et quelques idées pour optimiser le dépistage et la prise en charge des mésusages de l'alcool. *La revue du praticien. Médecine Générale*. 2002 Oct;16(587)1408-1410.

33. Bouix JC., Gache P, Rueff B et al. Parler d'alcool reste un sujet tabou. Connaissances, opinions et attitudes pratiques de médecins généralistes français concernant l'alcool. *Revue du Praticien. Médecine Générale*. 2002;16(588)1488-1492.
34. Guignard R, François B, Obradovic I. Prise en charge des addictions par les médecins généralistes. *Baromètre santé*. 2011;177-201.
35. Michel M. Etude qualitative sur le vécu des médecins généralistes de l'Hérault face au sevrage en alcool. [Thèse d'exercice]. France, Montpellier: Université des Antilles et de la Guyane Faculté de Médecine Hyacinthe Bastaraud; 2017.
36. Hagege-Arditti J. Évaluation du ressenti des patients alcoolodépendants vis à vis du rôle du médecin généraliste dans la prise en charge de leur maladie alcoolique [Thèse d'exercice]. France, Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine; 2014.
37. Beck F, Guignard R, Obradovic I et al. Le développement du repérage des pratiques addictives en médecine générale en France. *Revue d'épidémiologie et de Santé Publique*. 2011 Oct 19;59(5)285-294.
38. Sebo P, Cerutti B, Fournier JP et al. How do general practitioners put preventive care recommendations into practice? A cross-sectional study in Switzerland and France. *BMJ Open*. 2017 Oct 6;7(10)1-10.
39. Beck Y. Repérage des patients buveurs excessifs: enquête qualitative auprès de vingt médecins généralistes et enquête transversale auprès de deux cents patients du bassin cannois. [Thèse d'exercice]. France, Nice: Université de Nice Sophia-Antipolis Faculté de Médecine de Nice. 2013.
40. Rubio G, Jiménez-Arriero MA, Martínez I et al. Efficacy of physician-delivered brief counseling intervention for binge drinkers. *Am J Med*. 2010 Jan;123(1):72-8.
41. Vinson DC, Turner BJ, Manning BK et al. Clinician Suspicion of an Alcohol Problem: An Observational Study From the AAFP National Research Network. *Ann Fam Med*. 2013 Jan;11(1):53-9.
42. Anderson P, Gual A, Colom J. Alcool et médecine générale. Recommandations cliniques pour le repérage précoce et les interventions brèves. Paris, 2008; 141p.
43. Prochaska JO, Velicer WF. The transtheoretical model of health behavior change. *Am J Health Promot AJHP*. 1997 Oct;12(1):38-48.
44. El Fahsi D. Connaissance du dispositif de soins d'addictologie auprès des médecins généralistes dans le versant nord-est de Lille [Thèse d'exercice]. France, Lille: Université du droit et de la santé; 2015.
45. Ledroit M. Prise en charge du patient alcoolodépendant en médecine de ville: évaluation des pratiques professionnelles des médecins généralistes lillois [Thèse

d'exercice]. France, Lille, France: Université du droit et de la santé; 2015.

46. Ternisien S, François G. Utilisation du réseau de soins en alcoologie d'Amiens par les médecins généralistes du Grand Amiénois: étude statistique quantitative. [Thèse d'exercice] Amiens, France: Université de Picardie; 2016

47. Pinot J, Rigal L, Granger B et al. Tailored-Dose Baclofen in the Management of Alcoholism: A Retrospective Study of 144 Outpatients Followed for 3 Years in a French General Practice. *Front Psychiatry*. 2018;9:486.

48. Ministère de la Santé et des Solidarités. La Prise en charge et la Prévention des addictions: plan 2007-2011. [Internet]. [France]. [cité 19 févr 2018]. Disponible https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_addictions_2007_2011.pdf

49. GT5963 Nouvelles pratiques. [En ligne]. France: lille. GT5962. L'intervision. [cité le 23 déc 2018]. Disponible sur: <http://www.gt5962.fr/lintervision/>

50. Charte Intervision: l'Intervision comme outil de travail en réseau. [En ligne]. France, Lille: GT5963 Nouvelles pratiques. [cité le 23 déc 2018]. 2016; 1p. Disponible sur: <http://www.gt5962.fr/wp-content/uploads/2016/04/Charte-Intervision-2016.pdf>

ANNEXES

ANNEXE 1 : CIM – 10 (8).

Utilisation nocive pour la santé

Mode de consommation d'une substance psychoactive qui est préjudiciable à la santé. Les complications peuvent être physiques ou psychiques. Le patient ne répond pas aux critères de la dépendance.

Syndrome de dépendance

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

- Désir puissant ou compulsif d'utiliser une substance psychoactive.
- Difficultés à contrôler l'utilisation de la substance (début ou interruption de la consommation ou niveaux d'utilisation).
- Syndrome de sevrage physiologique quand le sujet diminue ou arrête la consommation d'une substance psychoactive, comme en témoignent la survenue d'un syndrome de sevrage caractéristique de la substance ou l'utilisation de la même substance (ou d'une substance apparentée) pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.
- Mise en évidence d'une tolérance aux effets de la substance psychoactive :
le sujet a besoin d'une quantité plus importante de la substance pour obtenir l'effet désiré (certains sujets dépendants de l'alcool ou des opiacés peuvent consommer des doses quotidiennes qui seraient létales ou incapacitantes chez les sujets non dépendants).
- Abandon progressif d'autres sources de plaisir et d'intérêts au profit de l'utilisation de la substance psychoactive, et augmentation du temps passé à se procurer la substance, la consommer, ou récupérer de ses effets.
- Poursuite de la consommation de la substance malgré la survenue de conséquences manifestement nocives (par exemple atteinte hépatique due à des excès alcooliques, épisode dépressif après une période de consommation importante ou altération du fonctionnement cognitif liée à la consommation d'une substance). On doit s'efforcer de préciser que le sujet était au courant, ou qu'il aurait dû être au courant, de la nature et de la gravité des conséquences nocives.

ANNEXE 2 : DSM-5, critère diagnostique d'un trouble lié à l'usage d'alcool : (8)

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

Niveau de sévérité :

- faible : 2 à 3 critères sur 11
- modéré : 4 à 5 critères sur 11
- sévère : plus de 6 critères sur 11

ANNEXE 3 : Questionnaire AUDIT (8)

1. À quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?

- Jamais [0]
- 1 fois par mois ou moins [1]
- 2 à 4 fois par mois [2]
- 2 à 3 fois par semaine [3]
- Au moins 4 fois par semaine [4]

2. Combien de verres standard buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?

- 1 ou 2 [0]
- 3 ou 4 [1]
- 5 ou 6 [2]
- 7 à 9 [3]
- 10 ou plus [4]

3. Au cours d'une même occasion, à quelle fréquence vous arrive-t-il de boire six verres standard ou plus ?

- Jamais [0]
- Moins de 1 fois par mois [1]
- 1 fois par mois [2]
- 1 fois par semaine [3]
- Tous les jours ou presque [4]

4. Au cours de l'année écoulée, à quelle fréquence avez-vous constaté que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire une fois que vous aviez commencé ?

- Jamais [0]
- Moins de 1 fois par mois [1]
- 1 fois par mois [2]
- 1 fois par semaine [3]
- Tous les jours ou presque [4]

5. Au cours de l'année écoulée, à quelle fréquence le fait d'avoir bu de l'alcool vous a-t-il empêché de faire ce qui était normalement attendu de vous ?

- Jamais [0]
- Moins de 1 fois par mois [1]
- 1 fois par mois [2]
- 1 fois par semaine [3]
- Tous les jours ou presque [4]

6. Au cours de l'année écoulée, à quelle fréquence, après une période de forte consommation, avez-vous dû boire de l'alcool dès le matin pour vous sentir en forme ?

- Jamais [0]
- Moins de 1 fois par mois [1]
- 1 fois par mois [2]
- 1 fois par semaine [3]
- Tous les jours ou presque [4]

7. Au cours de l'année écoulée, à quelle fréquence avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou de regret après avoir bu ?

- Jamais [0]
- Moins de 1 fois par mois [1]
- 1 fois par mois [2]
- 1 fois par semaine [3]
- Tous les jours ou presque [4]

8. Au cours de l'année écoulée, à quelle fréquence avez-vous été incapable de vous souvenir de ce qui s'était passé la nuit précédente parce que vous aviez bu ?

- Jamais [0]
- Moins de 1 fois par mois [1]
- 1 fois par mois [2]
- 1 fois par semaine [3]
- Tous les jours ou presque [4]

9. Vous êtes-vous blessé ou avez-vous blessé quelqu'un parce que vous aviez bu ?

- Non [0]
- Oui mais pas au cours de l'année écoulée [2]
- Oui, au cours de l'année [4]

10. Est-ce qu'un ami ou un médecin ou un autre professionnel de santé s'est déjà préoccupé de votre consommation d'alcool et vous a conseillé de la diminuer ?

- Non [0]
- Oui mais pas au cours de l'année écoulée [2]
- Oui, au cours de l'année [4]

TOTAL []

Un mésusage est suspecté lorsque le score est supérieur ou égal à 6 chez l'homme et 7 chez la femme.

ANNEXE 4 : Questionnaire AUDIT-C (8)

1. À quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?

- Jamais [0]
- 1 fois par mois ou moins [1]
- 2 à 4 fois par mois [2]
- 2 à 3 fois par semaine [3]
- Au moins 4 fois par semaine [4]

2. Combien de verres standard buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?

- 1 ou 2 [0]
- 3 ou 4 [1]
- 5 ou 6 [2]
- 7 à 9 [3]
- 10 ou plus [4]

3. Au cours d'une même occasion, à quelle fréquence vous arrive-t-il de boire six verres standard ou plus ?

- Jamais [0]
- Moins de 1 fois par mois [1]
- 1 fois par mois [2]
- 1 fois par semaine [3]
- Tous les jours ou presque [4]

TOTAL []

Le mésusage d'alcool est suspecté pour un score supérieur ou égal à 3 chez l'homme ou 4 chez la femme

ANNEXE 5 : Questionnaire FACE (8)

1. À quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?

- Jamais [0]
- 1 fois par mois ou moins [1]
- 2 à 4 fois par mois [2]
- 2 à 3 fois par semaine [3]
- 4 fois ou plus par semaine [4]

2. Combien de verres standard buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?

- 1 ou 2 [0]
- 3 ou 4 [1]
- 5 ou 6 [2]
- 7 à 9 [3]
- 10 ou plus [4]

3. Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation d'alcool ?

- Non [0]
- Oui [4]

4. Avez-vous déjà eu besoin d'alcool le matin pour vous sentir en forme ?

- Non [0]
- Oui [4]

5. Vous arrive-t-il de boire et de ne plus vous souvenir ensuite de ce que vous avez pu dire ou faire ?

- Non [0]
- Oui [4]

TOTAL []

Le mésusage d'alcool est suspecté pour un score supérieur ou égal à 5 chez l'homme et 4 chez la femme.

ANNEXE 6 : Guide d'entretien

Question 1:

Si on vous dit « patient présentant un mésusage d'alcool » à quoi pensez vous ?

Question 2 :

Comment cela se passe-t-il en pratique quand un patient présentant un mésusage d'alcool se présente à vous ?

Question 3 :

Quelle est la place des différents dispositifs de soins dans votre pratique ?

Dans quelles circonstances seriez vous amené à les utiliser ?

Question 4:

Quelle est votre expérience des « Centres de soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie » CSAPA ?

Quelles sont les situations/raisons pour lesquelles vous utilisez ou non les CSAPA ?

Question 5 :

De quoi auriez-vous besoin pour améliorer la communication / la relation / la coordination des soins avec les CSAPA ?

ANNEXE 7 : Formulaire de consentement des participants

Dans le cadre de la thèse/mémoire que je dois réaliser au cours de mes études.
Je réalise un travail de recherche médicale :

« Mésusage d'alcool : Articulation entre médecins généralistes et Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) »

Pour mener à bien cette recherche, j'ai besoin de recueillir des données par le biais de Focus group/entretiens et c'est la raison pour laquelle je vous ai contacté.

Pour participer à ce travail, il est important que vous sachiez :

- Que votre participation n'est pas obligatoire et se fait sur la base du volontariat
- Que vous avez le droit de vous retirer de l'étude à tout moment si vous le souhaitez, sans en supporter aucune responsabilité
- Que vous avez le droit de refuser de répondre à certaines questions qui vous seront posées
- Que les données recueillies seront traitées de manière confidentielle ; et que si elles devaient être utilisées pour donner lieu à une publication, elles seraient anonymes
- Qu'à tout moment vous pouvez avoir accès aux données vous concernant
- Que je me tiens à votre disposition pour répondre à vos questions concernant les objectifs du travail une fois le recueil des données effectuées
- Que les éventuels enregistrements seront détruits dès la fin des travaux

Cette recherche est réalisée dans le respect des règles de bonnes pratiques cliniques et de la législation nationale en vigueur.

Les données de santé vous concernant feront l'objet d'un traitement informatique destiné à l'évaluation scientifique de la recherche. Elles seront transmises dans des conditions garantissant leur confidentialité, c'est-à-dire de manière **anonymisée**. En vertu des articles 39, 40 et 56 de la loi n° 78-17 du 06 Janvier 1978 modifiée par la loi 2004-801 du 06 août 2004 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous pourrez exercer vos différents droits dont celui d'accès, d'interrogation, de rectification et d'opposition concernant la levée du secret médical auprès du médecin qui vous propose de participer à la recherche. Par ailleurs, conformément à l'article L.1111-7 du Code de la Santé Publique, les données de santé vous concernant peuvent vous être communiquées par le médecin de la recherche et pourront également, dans des conditions assurant leur confidentialité, être transmises aux autorités de santé, à d'autres entités de cet organisme, responsable de l'étude.

Fait en double exemplaire à Le.....
Document à conserver par le chercheur pendant 15 ans

Faculté de médecine et de Maïeutique
56 rue du Port 59046 LILLE

ANNEXE 8 :



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



| Substance | Questions | Consommation à risque | Action en cas de consommation à risque | Action en cas d'absence de consommation à risque |
|---------------------------|--|--|--|--|
| quantité et fréquence | Combien de verres standard par jour et par semaine ? | <ul style="list-style-type: none"> > 3 verres standard / jour, soit > 21 verres standard / semaine > 2 verres standard / jour, soit > 14 verres standard / semaine | Évaluation du risque | Renforcement des conduites favorables à la santé <i>Voir cas particuliers</i> |
| | Combien de verres standard par occasion ? | > 4 verres standard par occasion (soirée, fête, repas) | | |
| | Fumez-vous du cannabis ? | Oui | | |
| | Fumez-vous du tabac ? | Oui | | |

À quelle fréquence repérer ?

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

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

REPÉRAGE PRÉCOCE



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

- À quelle fréquence consommez-vous des boissons contenant de l'alcool ?
Jamais = 0 ; Une fois par mois ou moins = 1 ; Deux à 4 fois par mois = 2 ; Deux à 3 fois par semaine = 3 ; Quatre fois par semaine ou plus = 4 ; **Score :**
- Combien de verres standard buvez-vous, les jours où vous buvez de l'alcool ?
1 ou 2 = 0 ; 3 ou 4 = 1 ; 5 ou 6 = 2 ; 7 à 9 = 3 ; 10 ou plus = 4 ; **Score :**
- Est-ce que votre entourage vous a fait des remarques concernant votre consommation d'alcool ?
Non = 0 ; Oui = 4 ; **Score :**
- Vous est-il arrivé de consommer de l'alcool le matin pour vous sentir en forme ?
Non = 0 ; Oui = 4 ; **Score :**
- Vous est-il arrivé de boire et de ne plus vous souvenir le matin de ce que vous avez pu dire ou faire ?
Non = 0 ; Oui = 4 ; **Score :**

Interprétation du score total : hommes (H) / femmes (F)
 Risque faible ou nul : H moins de 5 ; F moins de 4 : **renforcement des conduites favorables à la santé**
 Consommation excessive probable : H 5 à 8 ; F : 4 à 8 : **intervention brève**
 Dépendance probable : H et F plus de 8 : **proposer une consultation d'addictologie**

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

Situations particulières entraînant une majoration du risque de dommages

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

Pratiques à risque majorant les dommages

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

Zéro alcool chez la femme dès le projet de grossesse

 Inpes.fr

Questionnaire CAST *(Cannabis Abuse Screening Test)*

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

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

Questionnaire tabac « Fumez-vous du tabac ? »

SI OUI

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

Proposer un accompagnement
« Avez-vous déjà envisagé d'arrêter de fumer ? »
« Voulez-vous qu'on prenne le temps d'en parler dans une prochaine consultation ? »

SI NON

« Avez-vous déjà fumé ? »
Si non, le patient n'a jamais fumé.
Si oui :
- « pendant combien de temps ? »
- « depuis quand avez-vous arrêté ? »

REPÉRAGE PRÉCOCE

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.
- **Inform**er 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

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

REPÉRAGE PRÉCOCE

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 reprise de la consommation, de survenue de dommages ou de dépendance, une consultation de type entretien motivationnel ou le recours à une consultation d'addictologie sont proposées.

- La notion d'essai dans un changement de comportement est fondamentale pour ne pas attribuer l'échec au patient mais à des circonstances.
- La rechute est davantage la règle que l'exception et chaque rechute rapproche le thérapeute et le patient du succès consolidé.

ANNEXE 9 : Charte Intervisions : l'Intervision comme outil du travail en réseau (50)**1 - Rechercher le consentement du patient.**

- Lorsqu'une Intervision est souhaitée à propos d'un patient, l'accord de celui-ci devra être préalablement obtenu.
- A la fin de l'Intervision, un intervenant sera choisi pour faire un retour au patient.
- Si nécessaire, la participation du patient pourra être envisagée.

2 - Respecter le patient et les différents intervenants

L'animateur veille au respect entre les participants ; la parole est libre et partagée ; le jugement n'a pas sa place. La pratique de l'Intervision oblige au partage de secret et à la confidentialité :

- L'anonymat de la personne est respecté en n'utilisant que son prénom,
- n'est partagé que ce qui est utile au sujet,
- Une certaine retenue s'impose que chacun doit évaluer en fonction de sa connaissance du patient,
- Chaque intervenant s'engage à n'utiliser l'information reçue que dans l'intérêt du patient.

3 - Adapter l'Intervision aux besoins locaux

- Un Comité de Pilotage fera le point régulièrement et au moins une fois par an sur l'évolution du dispositif et son adaptation aux exigences du cahier des charges.
- Ce Comité de Pilotage sera composé de représentants des utilisateurs du dispositif : intervenants dans le champ bio médico-social, travaillant dans le secteur libéral, institutionnel et associatif, ainsi que des représentants des patients.
- Si besoin une convention de partenariat peut-être signée pour faciliter le déroulement des Intervisions.

AUTEUR : Nom : DASSONVILLE

Prénom : Anne-Flore

Date de Soutenance : Jeudi 7 février 2019 à 18 heures

Titre de la Thèse : Mésusage d'alcool : Articulation entre médecins généralistes et Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA).

Thèse - Médecine - Lille 2019

Cadre de classement : Médecine Générale

DES + spécialité : DES de Médecine Générale

Mots-clés : Articulation, communication, médecins généralistes, CSAPA, troubles lié à l'usage d'alcool.

Résumé :

Contexte: Le mésusage d'alcool atteint le patient dans sa globalité. Le médecin généraliste est au centre des soins. Le recours vers des spécialistes est souvent nécessaire. Les dispositifs de soins comme les CSAPA peuvent être des outils précieux mais sont souvent peu utilisés. L'objectif principal est d'évaluer les représentations des médecins généralistes dans l'accompagnement des patients présentant un mésusage d'alcool en lien avec les CSAPA.

Méthode : Étude qualitative réalisée par entretiens individuels et focus group auprès de médecins généralistes installés du Nord-Pas-de-Calais. Les entretiens étaient enregistrés, retranscrits et anonymisés puis analysés grâce au logiciel NVivo 11®.

Résultats : La consommation d'alcool reste un sujet difficile pour le médecin généraliste. Le déni et les rechutes du patient apparaissent comme les principaux obstacles à leur accompagnement. Les médecins s'accordent sur l'importance d'un accompagnement pluridisciplinaire et les CSAPA semblent être de bons outils. Mais la méconnaissance de ces structures et de leurs actions, le manque de communication et le sentiment d'exclusion des soins sont des freins à leur utilisation. Pour y remédier des solutions telles qu'une ligne directe par téléphone ou mail, des flyers, une rencontre, des participations aux FMC ou aux Intervisions sont évoquées.

Conclusion: Une amélioration de la communication entre le médecin généraliste et les CSAPA favoriserait leur utilisation et permettrait une meilleure articulation des soins autour du patient.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN

Asseseurs :

Monsieur le Professeur Jean-Marc LEFEBVRE

Monsieur le Docteur Nassir MESSAADI

Madame le Docteur Anne-Françoise HIRSCH-VANHOENACKER