



**FACULTÉ  
DE MÉDECINE**  
Henri Warembourg

UNIVERSITÉ DE LILLE  
**FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG**  
Année : 2021

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT  
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Evaluation des connaissances du trouble de l'usage de l'alcool et  
du dispositif de soins addictologiques chez les médecins  
généralistes du Nord-Pas-de-Calais**

Présentée et soutenue publiquement le 22 octobre 2021 à 16h00  
au Pôle Formation  
par **Delphine ENGLER**

---

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN**

**Assesseurs :**

**Monsieur le Docteur Fabien D'HONDT**

**Monsieur le Docteur Arnaud LEROY**

**Monsieur le Docteur Jean-Michel BLONDEL**

**Directrice de thèse :**

**Madame le Docteur Cindy NAUDIN**

---

## **Avertissement**

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



## Liste des abréviations

**ANSM** : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé

**AMM** : Autorisation de Mise sur le Marché

**APA** : American Psychiatric Association

**AUDIT** : Alcohol Use Disorders Identification Test

**CAARUD** : Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour les Usagers de Drogues

**CAGE**: Cut off, Annoyed, Guilty, Eye opener

**CCAA** : Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie

**CIM** : Classification Internationale des Maladies

**CIWA-AR** : Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol-Revised

**CJC** : Consultation Jeune Consommateur

**CNIL** : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

**CNOM** : Conseil National de l'Ordre des Médecins

**CPP** : Comité de Protection des Personnes

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

**CSST** : Centre Spécialisé de Soins aux Toxicomanes

**DESC** : Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires

**DETA** : Diminuer, Entourage, Trop, Alcool

**DGS** : Direction Générale de la Santé

**DIU** : Diplôme Inter Universitaire

**DPC** : Développement Professionnel Continu

**DSM** : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

**DU** : Diplôme Universitaire

**ELSA** : Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie

**EMAP** : Equipe Mobile Addictologie Précarité

**EMASA** : Equipe Mobile d'Accompagnement et de Soins en Addictologie

**FACE** : Fast Alcohol Consumption Evaluation

**FFA** : Fédération Française d'Addictologie

**FMC** : Formation Médicale Continue

**GABA** : Gamma Amino Butyric Acid

**HAS** : Haute Autorité de Santé

**INSERM** : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale

**MILDECA** : Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Conduites Addictives

**MILDT** : Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie

**OCDE** : Organisation de Coopération et de Développement Economiques

**OFDT** : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**RESPADD** : RÉSeau de Prévention ADDictions

**RPIB** : Repérage Précoce et Intervention Brève

**SFA** : Société Française d'Alcoologie

**SSR** : Soins de Suite et de Réadaptation

**TUA** : Trouble de l'Usage d'Alcool

RÉSUMÉ .....	8
INTRODUCTION .....	9
I. <i>Historique et définitions</i> .....	9
A) Etymologie de l'addiction .....	9
B) Quelques définitions .....	9
II. <i>Mécanismes physiopathologiques de l'addiction</i> .....	11
A) Le développement ou la recherche de plaisir .....	11
B) La poursuite du comportement .....	12
C) La perte de contrôle .....	14
III. <i>L'alcool : son histoire au cours du temps</i> .....	17
IV. <i>La consommation d'alcool : chiffres clés</i> .....	19
A) À l'échelle nationale .....	19
B) À l'échelle régionale .....	19
C) Les consommations d'alcool chez les plus jeunes .....	20
V. <i>Le trouble de l'usage de l'alcool</i> .....	22
A) Les recommandations en termes de consommations .....	22
B) Le trouble de l'usage de l'alcool : un diagnostic normé .....	23
C) Les outils de dépistage .....	25
VI. <i>Le dispositif de soins en addictologie</i> .....	27
A) Les soins ambulatoires .....	27
a. Le CSAPA .....	27
b. Le CAARUD .....	27
c. La CJC .....	28
d. Les réseaux de santé .....	28
B) Les soins hospitaliers .....	29
a. La consultation hospitalière d'addictologie .....	30
b. L'hospitalisation complète .....	30
c. L'hospitalisation de jour .....	31
d. Les ELSA .....	31
e. Les SSR / post-cures .....	31
MATERIEL ET METHODE .....	33
I. <i>Objectif de l'étude</i> .....	33
II. <i>Hypothèses</i> .....	33
III. <i>Population cible</i> .....	33
IV. <i>Elaboration du questionnaire</i> .....	34
V. <i>Recueil des données</i> .....	35
VI. <i>Type de l'étude</i> .....	35
VII. <i>Analyse statistique</i> .....	35
VIII. <i>Recherche bibliographique</i> .....	36
IX. <i>Ethique</i> .....	36
RESULTATS .....	38
I. <i>Les caractéristiques de l'échantillon</i> .....	38
A) Le sexe .....	38
B) L'âge .....	38
C) Le mode d'exercice .....	39
D) Le lieu d'exercice .....	39
E) Le secteur d'activité .....	39
F) La formation en addictologie .....	40
II. <i>La prise en charge du trouble de l'usage de l'alcool</i> .....	41
A) Dépistage et outils de dépistage .....	41
B) Patients atteints de trouble de l'usage de l'alcool .....	42
C) Demandes de sevrage en alcool .....	42
D) Réalisation d'un accompagnement .....	43
E) Les contre-indications au sevrage ambulatoire .....	44
F) Les modalités du sevrage .....	44
III. <i>Le dispositif de soins addictologiques</i> .....	47
A) Connaissance et recours aux soins ambulatoires .....	47
a. Le CSAPA .....	47
b. Le CAARUD .....	47
c. Les réseaux de santé .....	48
B) Connaissance et recours aux soins hospitaliers .....	48
a. L'hospitalisation complète .....	48

b.	L'hospitalisation de jour .....	48
c.	Les ELSA .....	48
d.	Les SSR / post-cures .....	49
IV.	<i>Les difficultés rencontrées</i> .....	49
A)	Joindre un correspondant .....	49
B)	Lisibilité du système d'accès de premier recours .....	49
DISCUSSION	.....	50
I.	<i>Analyse des résultats</i> .....	50
A)	Les caractéristiques de l'échantillon .....	50
a.	L'âge .....	50
b.	Le sexe .....	50
c.	Le lieu d'exercice .....	51
d.	La formation.....	51
B)	La prise en charge du trouble de l'usage de l'alcool .....	54
a.	Les patients atteints de trouble de l'usage de l'alcool et leurs demandes .....	54
b.	Dépistage et outils de dépistage .....	55
c.	Les contre-indications au sevrage ambulatoire .....	57
d.	Les modalités du sevrage.....	59
e.	Les médicaments d'aide au maintien de l'abstinence, de réduction ou de gestion des consommations d'alcool .....	64
C)	Le dispositif de soins addictologiques .....	66
a.	Les soins ambulatoires .....	66
b.	Les soins hospitaliers .....	69
D)	Les difficultés rencontrées.....	71
a.	Joindre un correspondant .....	71
b.	Lisibilité du système d'accès de premier recours .....	72
II.	<i>Les limites de l'étude</i> .....	73
III.	<i>Les forces de l'étude</i> .....	74
CONCLUSION	.....	76
BIBLIOGRAPHIE	.....	78
ANNEXES	.....	86

## RÉSUMÉ

**Introduction** : Le trouble de l'usage de l'alcool ou TUA est la conduite addictive la plus fréquente en France. Elle représente donc un véritable enjeu de santé publique. En tant que premier interlocuteur des patients, le médecin généraliste a une place de choix dans le dépistage et la prise en charge de ce trouble. L'objectif de cette étude est d'évaluer les connaissances des médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais sur la prise en charge du TUA et sur le dispositif de soins addictologiques.

**Méthode** : Etude quantitative descriptive intéressant les médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais, à l'aide d'un questionnaire numérique de 27 questions. Les données ont été analysées grâce au logiciel R Studio® version 1.4.1717.

**Résultats** : 135 réponses ont été obtenues. 78 répondants (57,8%) réalisent le dépistage systématique des consommations d'alcool chez tous les patients. 125 répondants (95,4%) n'utilisent pas d'outils de dépistage. 130 répondants (96,2%) reçoivent au moins un patient atteint de TUA au cours d'un mois et 117 répondants (86,7%) réalisent au moins un sevrage ambulatoire au cours d'un mois. Concernant le dispositif de soins addictologiques, 93 répondants (72,1%) connaissent le CSAPA et 128 (95,5%) l'hospitalisation complète. Par contre, 113 répondants (91,9%) ne connaissent pas les ELSA. De plus, 70 répondants (52,6%) estiment avoir des difficultés à joindre un correspondant et 80 répondants (59,3%) ne trouvent pas que le système d'accès de premier recours soit lisible.

**Conclusion** : Cette étude nous a permis de faire un état des lieux des connaissances du TUA et du dispositif de soins addictologiques chez les médecins généralistes de la région. Les connaissances des médecins généralistes concernant la prise en charge du TUA sont globalement satisfaisantes mais non optimales. Des pistes d'amélioration sont à envisager concernant l'utilisation d'outils de dépistage du TUA et la surveillance du sevrage ambulatoire. Concernant le dispositif de soins addictologiques, notre étude montre qu'il pourrait être intéressant de renforcer les connaissances afin d'améliorer et simplifier son recours. Un travail de réflexion a été mené afin de proposer un outil offrant une meilleure lisibilité de ce dispositif.



## INTRODUCTION

### I. Historique et définitions

#### A) Etymologie de l'addiction

L'étymologie du terme addiction est latine et provient de « ad-dicere » qui signifie « dire à ». Cela signifiait à l'époque de donner une personne en esclavage à une autre personne. Les esclaves étaient « ad-dictus » ou dit à leurs maîtres. L'addiction exprime donc une absence d'indépendance et de liberté (1).

À l'époque romaine, le terme addiction était déjà employé notamment dans le domaine du Droit. Le mot « addictus » correspondait aux personnes endettées, condamnées à être esclave de leurs créanciers.

Enfin, depuis le XXème siècle, le terme « addiction » concerne la toxicomanie, la dépendance aux produits et est depuis peu élargi aux comportements pathologiques.

#### B) Quelques définitions

- L'addiction :

L'addiction est, d'après Aviel Goodman, psychiatre anglais, « un processus dans lequel est réalisé un comportement qui peut avoir pour fonction de procurer du plaisir et de soulager un malaise intérieur, et qui se caractérise par l'échec répété de son contrôle et sa persistance en dépit des conséquences négatives » (2). Ces conséquences nocives peuvent d'ailleurs toucher différentes sphères de la vie : psychique, physique, familiale, professionnelle, sociale, etc ... On retrouve parmi les addictions : celles avec substances psychoactives (alcool, tabac, cannabis, drogues...) et celles sans substances ou autrement dit comportementales (jeu, achats compulsifs, nourriture, sexe, etc ...) (1).

- L'addictologie :

L'addictologie est une discipline qui étudie l'addiction et sa prévention (3). Son champ d'action est multiple : médical, social, neurobiologique, pharmacologique, politique, économique, culturel, anthropologique.

La notion d'addictologie apparaît vers la fin du XXème siècle avec l'apparition des sociétés scientifiques spécialisées en addictologie comme la FFA (Fédération Française d'Addictologie) dont la création date du 8 février 2001 (4). Ses rôles sont multiples : étude, enseignement, formation et recherche en addictologie. La FFA développe également les structures médico-sociales spécialisées dans la prévention, les soins et la réadaptation addictologique (5).

D'un point de vue légal, le terme « addictologie » apparaît dans les circulaires ministérielles et les textes de loi en 2002 avec notamment la loi du 2 janvier 2002 instaurant la création des CSAPA (Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) (6).

« La naissance de l'addictologie correspond à la conjugaison de données épidémiologiques montrant un accroissement des polyconsommations, de données cliniques indiquant de fortes similitudes entre les différentes conduites addictives et de données sociopolitiques traduisant une volonté de plus en plus large de décloisonner les approches pour globaliser et améliorer les politiques de santé publique dans ces domaines » (7).

## II. Mécanismes physiopathologiques de l'addiction

Les substances psychoactives comme l'alcool affectent plusieurs zones cérébrales comme celles activant le raisonnement, la mémoire, les perceptions sensorielles, la vision, la coordination, la douleur (8). Différents circuits neuronaux dont celui de la récompense et ceux impliqués dans la gestion des émotions, de l'humeur et des apprentissages sont modifiés sur un plan fonctionnel et structurel lors de la consommation répétée d'un produit addictogène (9).

Le phénomène d'addiction à une substance psychoactive s'explique par trois étapes successives (10) :

- Le développement ou la recherche de plaisir
- La poursuite du comportement
- La perte de contrôle

### A) Le développement ou la recherche de plaisir

La consommation d'alcool va activer le circuit de la récompense ou circuit dopaminergique mésocorticolimbique qui est le premier circuit ayant été identifié (11). Il comprend, entre autres, l'aire tegmentale ventrale et le noyau accumbens avec comme neurotransmetteur clé, la dopamine (12). Elle est considérée comme le neurotransmetteur du plaisir mais serait en réalité responsable d'un signal neuronal d'apprentissage aboutissant à une récompense dans une situation précise (13). En effet, la dopamine est un substrat neurobiologique qui va coder l'apprentissage d'un comportement, comme s'alimenter par exemple, en récompense.

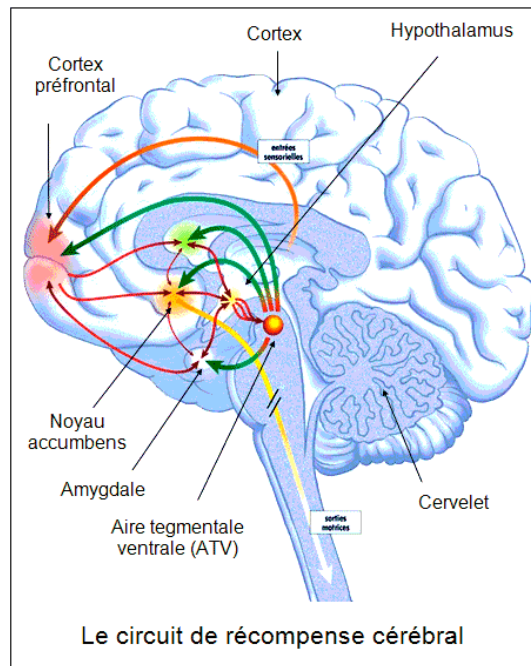


Figure 1 : le circuit de la récompense (14)

Dans le cadre des addictions, ce système physiologique est déséquilibré. En effet, à chaque nouvelle consommation de substances psychoactives, le relargage de dopamine augmente et reste toujours plus important que pour des stimuli naturels : c'est un puissant signal d'apprentissage (15).

#### B) La poursuite du comportement

La répétition des consommations plaisir d'alcool (renforcement positif) vient faire perdurer le comportement et in fine entraîner un mécanisme de résistance au niveau du système nerveux central. Cela conduit l'individu à augmenter progressivement les prises pour avoir un même effet ou à l'apparition de moins d'effet pour une même prise : c'est le phénomène de tolérance (16).

D'autre part, la consommation répétée des produits entraîne une adaptation de plusieurs circuits neuronaux afin de les maintenir en équilibre : c'est l'allostase. Les circuits concernés dans ce nouvel équilibre sont impliqués dans la régulation du stress,

des émotions et de l'humeur pouvant ainsi expliquer l'apparition d'un état dysphorique, d'une irritabilité et d'une anxiété. Le sevrage ou le simple arrêt nocturne des consommations déséquilibrent les systèmes et rendent d'autant plus visible cet état émotionnel négatif. Ces différents symptômes, sources de déplaisir, favorisent alors la poursuite des consommations afin de réduire le déséquilibre (17). En cas de diminution ou d'arrêt brutal des consommations, d'autres symptômes de manque peuvent aussi apparaître tels que (18)(19) :

- Agitation psychomotrice, insomnie, cauchemars
- Troubles neurovégétatifs : sueurs, tremblements, tachycardie, hypertension artérielle, hyperthermie
- Troubles digestifs : anorexie, nausées, vomissements
- Confusion, hallucinations
- Crises convulsives
- Délirium tremens

L'apparition de ces symptômes de sevrage est expliquée par le déséquilibre de la balance GABA (Gamma Amino Butyric Acid) / glutamate (20). En effet, les consommations chroniques d'alcool entraînent une « hypersensibilité » des récepteurs au glutamate, neurotransmetteur excitateur, et une « désensibilisation » des récepteurs au GABA, neurotransmetteur régulateur (21). Cela provoque alors une hyperexcitabilité neuronale, elle-même responsable des symptômes de sevrage cités précédemment lors de l'arrêt des consommations d'alcool (22). Au final, la répétition des consommations d'alcool afin d'apaiser un état émotionnel négatif ou des symptômes de sevrage (renforcement négatif) participe également à faire perdurer le

comportement. Au cours de l'installation d'une addiction, le renforcement positif s'efface peu à peu afin de laisser le renforcement négatif prendre place (23)(24).

Également, entre deux consommations, s'installe un état d'hypodopaminergie au niveau du striatum ventral et du cortex pré-frontal, le sujet devient alors impulsif et va potentiellement rechercher une récompense de façon immédiate (25).

Nous retrouvons donc ici plusieurs éléments pouvant expliquer qu'une addiction puisse se maintenir dans le temps.

### C) La perte de contrôle

La répétition des consommations va entraîner l'apparition de routines comportementales liées à des conditionnements (26). Cela va induire des automatisations et une perte de flexibilité cognitive. Il s'agit d'une altération importante des circuits de la récompense et des émotions qui entraîne une modification des processus contrôlés par le cortex pré-frontal. C'est à ce stade qu'on note une perte de la capacité à signaler l'apprentissage d'un comportement intéressant et par conséquent sa motivation à le reproduire (27). Les capacités d'autorégulation, de prise de décision ou la capacité à résister aux envies de consommer sont alors perturbées. À ce stade, la réduction des consommations, l'abstinence ou le maintien d'abstinence apparaissent donc compliqués alors même que le désir d'arrêter ou de réduire les consommations est présent (28).

D'autre part, des cravings peuvent apparaître. Il s'agit d'envies irrésistibles de consommer une substance. Ils traduisent la dysrégulation de certains neurocircuits et existent sous différentes formes (29) :

→ Le craving de récompense qui met en jeu les transmissions dopaminergiques et opioïdiques, et compenserait un déficit hédonique

→ Le craving de soulagement qui est la conséquence d'un défaut de fonctionnement du système Gaba-glutamate et des systèmes de stress

→ Le craving obsédant qui implique le système sérotoninergique

\*\*\*

Comme précisé précédemment, d'autres circuits neuronaux sont impliqués dans l'émergence des addictions comme les systèmes opioïdique et corticotrope (12).

Concernant le système opioïdique, ce sont les endorphines, opioïdes endogènes et neuromodulateurs naturellement produits par les neurones opioïdiques, qui rentrent en jeu dans le processus addictif. La consommation d'alcool active les neurones opioïdiques libérant alors la bêta-endorphine (une des principales endorphines) qui, au niveau du circuit de la récompense, se lie préférentiellement au récepteur  $\mu$  du noyau accumbens et est responsable de la libération de dopamine (30). À noter, que les neurones opioïdiques vont également activer le noyau accumbens par la libération de bêta-endorphines, de manière indirecte via l'activation de l'aire tegmentale ventrale, en inhibant les neurones gabaergiques (30).

Au fur et à mesure des consommations d'alcool, le circuit opioïdique va se déséquilibrer. La bêta-endorphine va alors être libérée de façon répétée et s'accompagner d'une atténuation de la transmission  $\mu$  euphorisante et d'un renforcement de la transmission kappa : un état dysphorique s'installe par la réduction de la libération de dopamine et par l'activation du système corticotrope entraînant un

état de stress chronique. Cet état de stress va alors favoriser les consommations : c'est un cercle vicieux (31).

\*\*\*

Le trouble de l'usage de l'alcool est donc une maladie chronique dont le versant neurobiologique s'avère très intéressant pour sa prise en charge mais également pour éviter les rechutes (32). Notons que la prévalence des rechutes est estimée entre 40 et 60% dans l'année qui suit le sevrage (32). En effet, des facteurs individuels et environnementaux ainsi que des altérations cognitives liées aux consommations peuvent persister, accroître le risque de craving, et s'exprimer même plusieurs années après l'arrêt des consommations (32).

De plus, un travail en amont, dès l'adolescence peut s'avérer intéressant. En effet, la désinhibition comportementale y est physiologique pendant cette période de la vie en raison de l'immaturation du cortex pré frontal et représente alors une période à risque de consommations d'alcool et d'autres produits addictifs. D'autant plus que la maturation du cortex pré-frontal, impliqué dans l'autocontrôle et le contrôle des émotions, s'effectue jusqu'à l'âge de 25 ans voire plus tard (33)(34). Une expérience de vie, comme consommer de l'alcool, modifierait alors l'architecture cérébrale et entraînerait une réponse cérébrale différente aux expériences ultérieures (35). Cela va conditionner le fonctionnement neuronal futur et ainsi, augmenter le risque de déclarer une addiction à l'âge adulte (36).



### III. L'alcool : son histoire au cours du temps

Le mot alcool vient de l'arabe *āl-kūhl*, qui signifie « la poudre d'antimoine » ou « antimoine pulvérisé » (37). L'antimoine ou *kuhl* désignait un élément chimique distillé ou purifié, qu'on utilisait notamment dans la préparation de médicaments (38).

Au XVI<sup>e</sup> siècle, ce terme est repris par des chimistes européens, qui ajoutent le déterminant *al-* formant ainsi le mot *alcohol* pour désigner l'éthanol purifié ou aussi appelé « esprit de vin » à cette époque (39).

A partir du XIX<sup>e</sup> siècle, le mot *alcohol* se transforme en *alcool* et sa définition se généralise à toute boisson alcoolisée (39).

Dans la littérature, des consommations d'alcool sont retrouvées dès l'Antiquité. Dans un premier temps, son usage était uniquement sacré, il permettait de communiquer avec les dieux. En effet avec le christianisme et l'apparition du Nouveau Testament, le vin païen devient le vin chrétien, synonyme du sang du Christ. La bible décrit d'ailleurs les comportements d'alcoolisation avec la notion de plaisir et d'excès (40).

Puis progressivement, la place de l'alcool a évolué à travers le temps.

Au XVII<sup>e</sup> siècle, la consommation de vin rentre dans les mœurs et fait partie intégrante des plaisirs de la vie. D'un point de vue culturel, elle est synonyme de liens sociaux et de festivités. À cette époque également, les boissons alcoolisées permettaient de s'hydrater dans les villes où l'eau n'était pas toujours potable afin de minimiser les risques de contaminations (41).

Dès le XVIII<sup>e</sup> siècle, la consommation d'alcool à visée consolatrice apparaît dans la littérature (42). On peut alors se rendre compte du paradoxe entre l'alcool plaisir et l'alcool consolatrice.

D'ailleurs des politiques répressives voient le jour au XIX<sup>e</sup> siècle. D'abord considérée comme la « boisson des dieux », l'alcool est ensuite considéré comme une boisson « démoniaque » (43).

Jusqu'en 1960, et malgré les différentes politiques répressives mises en place, la consommation d'alcool ne ralentit pas. Mais depuis, la prévention s'accélère avec de nouvelles réglementations. L'alcool est considéré comme une substance psychoactive dangereuse depuis peu. En effet, le Centre International de Recherche sur le Cancer classe l'alcool comme un cancérigène avéré (44). C'est en 1999, que les compétences de la MILDT (Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie) se sont étendues à toutes les substances psychoactives, dont l'alcool (45). Elle devient la MILDECA (Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives) en mars 2014 (46).

Aujourd'hui, les français accordent une place privilégiée aux consommations d'alcool. Elles font parties du patrimoine culturel de la France. Et pourtant, malgré ses conséquences néfastes pour la santé, une certaine ambivalence persiste entre l'alcool plaisir, festif et l'alcool déplaisir.

#### IV. La consommation d'alcool : chiffres clés

##### A) À l'échelle nationale

L'alcool est une substance psychoactive largement consommée en France. Chaque année, environ 43 millions de personnes en consommeraient (47). De plus, 24 % des 18-75 ans, soit 10,6 millions de personnes, dépasseraient les seuils de consommation à moindre risque établit grâce au travail d'expertise scientifique mené par Santé Publique France et l'Institut National du Cancer en 2017 (48)(49)

En 2017, la consommation d'alcool en France était estimée à 11,7 litres d'alcool pur par personne par an (50). Ce résultat est en baisse. En effet, en 1961, on recensait une consommation à 26 litres d'alcool pur par personne par an. Ces chiffres récents classent la France au 6<sup>ème</sup> rang des pays les plus consommateurs d'alcool parmi les 34 pays membres de l'OCDE (Organisation de Coopération et de Développement Economiques) (51).

Concernant la mortalité imputable à l'alcool : chaque année environ 41000 décès sont concernés en France, 30 000 hommes et 11 000 femmes (52). Ce qui représente 7% des décès. L'alcool est la deuxième cause de mortalité évitable après le tabac, ce qui fait de cette substance psychoactive une des priorités du plan cancer (53).

##### B) À l'échelle régionale

Si on s'intéresse de plus près à notre région, on remarque que les Hauts-de-France et plus précisément le Nord-Pas-de-Calais se place sur le podium des régions où l'on boit quotidiennement le plus (11,5% des adultes de 18 à 75 ans contre 10% au niveau national) (50).

Le Bulletin de santé publique des Hauts-de-France publié en janvier 2020 a établi un taux standardisé de mortalité liées aux consommations d'alcool. Il a pu être obtenu à partir des décès causés par les cancers des voies aérodigestives supérieures, par cirrhose hépatique, par psychose d'origine alcoolique et par l'alcoolisme (50).

Le taux de mortalité chez les femmes, par les principales pathologies directement liées à l'alcool, s'élève à 26,4 pour 100 000 habitants dans le Pas-de-Calais et à 25,6 pour 100 000 habitants dans le Nord, contre un taux moyen de mortalité à l'échelle nationale de 12 pour 100 000 habitants.

Chez les hommes : le taux de mortalité par les principales pathologies directement liées à l'alcool s'élève à 91,5 pour 100 000 habitants dans le Pas-de-Calais et à 82 pour 100 000 habitants dans le Nord contre 49,2 pour 100 000 habitants au niveau national.

### C) Les consommations d'alcool chez les plus jeunes

Les adolescents sont les plus fragiles face aux substances psychoactives et l'apparition d'un trouble de l'usage (54). En effet, lors de l'adolescence, le cerveau poursuit son développement pour être mature à l'âge adulte. En conséquence, l'utilisation de substance psychoactives sur un cerveau immature sera plus toxique que sur un cerveau adulte et pourrait donc être responsable d'effets délétères. En 2014, l'INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale) a montré que les effets étaient d'autant plus délétères que les consommations étaient précoces, notamment avant l'âge de 15 ans (55).

En 2017, d'après le Bulletin de Santé Publique des Hauts-de-France, 83,7% des jeunes de 17 ans des Hauts-de-France interrogés avaient déjà consommé de l'alcool au moins une fois dans leur vie et 14,3 % consommaient 6 verres ou plus en une seule occasion au moins 3 fois par mois (50). Concernant la consommation régulière d'alcool (au moins 10 usages au cours du dernier mois), elle concernait 7,8 % des jeunes de 17 ans interrogés dans les Hauts-de-France (50).

Le dépistage précoce des consommations d'alcool chez le sujet jeune est donc un véritable enjeu de santé publique. L'introduction d'interventions brèves en consultation pourrait permettre une diminution des consommations sous le seuil à risque (56). Ainsi, le risque d'apparition d'un trouble de l'usage de l'alcool à l'âge adulte pourrait être réduit (56).

## V. Le trouble de l'usage de l'alcool

### A) Les recommandations en termes de consommations

- Le verre standard (ou encore unité d'alcool) : est défini par la quantité d'alcool pur qu'il contient : 10 grammes quelle que soit la boisson consommée (57).



Figure 2 : le verre standard (57)

- Les seuils de consommations à risques : ont été établis par l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) qui recommande (58) :

- De ne pas dépasser 2 verres standards par jour pour les femmes, soit 14 verres standards par semaine
- De ne pas dépasser 3 verres standards par jour pour les hommes, soit 21 verres standards par semaine
- Et de ne pas dépasser 4 verres standards par occasion

- Cependant, un travail d'expertise scientifique a été mené par Santé publique France et l'Institut National du Cancer en 2017. Il a permis d'établir de nouveaux repères de consommation d'alcool à moindre risque établis indépendamment du sexe. En cas de consommation d'alcool (48) :

- Maximum 10 verres par semaine
- Maximum 2 verres par jour
- Présence de jours dans la semaine sans consommations

#### B) Le trouble de l'usage de l'alcool : un diagnostic normé

Le TUA (Trouble de l'Usage de l'Alcool) est une des conduites addictives les plus fréquentes en France et dans de nombreux pays (59)(60).

L'APA (American Psychiatric Association) a établi en 2013 la cinquième et dernière version du DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) et y a introduit la notion de « trouble de l'usage ». Elle remplace ainsi les termes d' « abus » et de « dépendance » utilisés respectivement dans les classifications précédentes de la CIM-10 (Classification Internationale des Maladies) et du DSM-IV qui portaient à confusion (61).

Le DSM-V propose de définir le trouble de l'usage de l'alcool selon 11 critères avec plusieurs niveaux de sévérité : une personne est considérée comme souffrant d'un trouble de l'usage quand elle a présenté, au cours des 12 derniers mois, au moins deux des onze critères suivants :

- Une consommation récurrente d'alcool entraînant une incapacité à remplir des obligations professionnelles, scolaires ou familiales
- Une consommation récurrente d'alcool dans des situations où cela représente un danger physique
- Une consommation continue d'alcool malgré des problèmes sociaux ou interpersonnels récurrents et persistants causés ou exacerbés par les effets de l'alcool
- Tolérance, définie comme suit :

- Un besoin marqué de quantités d'alcool de plus en plus grandes pour atteindre l'intoxication ou l'effet désiré
- Un effet nettement diminué avec la consommation continue de la même quantité d'alcool
- Sevrage, manifesté comme suit :
  - Les signes caractéristiques de sevrage de l'alcool
  - L'alcool (ou la prise de benzodiazépine) est utilisé pour soulager ou éviter les symptômes du sevrage
- Une consommation d'alcool en plus grande quantité ou sur une plus longue période que prévu
- Une volonté persistante ou des efforts vains pour réduire ou contrôler la consommation d'alcool
- Beaucoup de temps dépensé afin d'obtenir de l'alcool, d'en consommer ou de se remettre de ses effets
- Un abandon ou une diminution de nombreuses activités sociales ou de loisir en raison de l'usage d'alcool
- Une consommation continue d'alcool malgré la connaissance d'un problème physique ou psychologique récurrent ou persistant possiblement causé ou exacerbé par l'alcool
- Une envie incontrôlable ou un fort désir de boire de l'alcool

Les modifications que l'on retrouve par rapport au DSM-IV sont : retrait du critère « problèmes légaux récurrents » et ajout du critère « craving ».

Les niveaux de sévérités ont aussi été aussi modifiés :

→ Faible : présence de 2 à 3 critères sur 11



→ Modéré : présence de 4 à 5 critères sur 11

→ Sévère : présence de 6 critères ou plus sur 11

### C) Les outils de dépistage

En médecine générale, il est possible de repérer les consommations d'alcool et à fortiori un éventuel trouble de l'usage de l'alcool à partir de différents questionnaires disponibles, utilisés et validés en France et à l'étranger (62).

→ Le questionnaire DETA (Diminuer, Entourage, Trop, Alcool) est la version française du questionnaire CAGE (Cut off, Annoyed, Guilty, Eye opener). Il s'agit d'un outil de dépistage des consommations d'alcool. Il a été publié en 1984 aux Etats-Unis, par John Ewing, un médecin américain (63). Ce questionnaire a été validé par la HAS (Haute Autorité de Santé) et est aujourd'hui recommandé en pratique clinique (64).

Il est composé de quatre questions :

1. Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ?
2. Votre entourage vous a-t'il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ?
3. Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop ?
4. Avez-vous déjà eu besoin d'alcool dès le matin ?

Si le patient répond positivement à au moins deux questions sur quatre, sa consommation d'alcool est potentiellement problématique.

→ Le questionnaire AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test), mis au point par l'OMS, permet quant à lui une évaluation des consommations d'alcool sur les

douze derniers mois et est composé de dix questions (questionnaire en annexe 1). Un mésusage d'alcool est probable pour un score supérieur ou égal à 8 chez l'homme et 7 chez la femme (65).

→ Il existe également le questionnaire FACE (Fast Alcohol Consumption Evaluation) qui a été validé dans le cadre du RPIB (Repérage Précoce et Intervention Brève) en alcoologie et permet une analyse des consommations d'alcool sur les douze derniers mois. Il est composé de 5 questions (questionnaire en annexe 2). Un mésusage d'alcool est à suspecter pour un score supérieur ou égal à 5 chez l'homme et 4 chez la femme (66).

## VI. Le dispositif de soins en addictologie

### A) Les soins ambulatoires

#### a. Le CSAPA

Le CSAPA est une structure créée en 2002 par la circulaire du 2 janvier 2002. Il regroupe depuis 2011 les CSST (Centres Spécialisés de Soins aux Toxicomanes) et les CCAA (Centres de Cure Ambulatoire en Alcoologie). Les CSAPA n'ont pu être mis en place qu'en 2007 puisque les dispositions prévoyant leur financement ainsi que le décret fixant leur mission n'étaient pas définis (6).

Il s'agit d'une structure pluridisciplinaire ayant pour but de promouvoir les actions de prévention et de soins aux personnes atteintes d'addiction (avec ou sans substance psychoactive). La prise en charge y est globale à la fois médicopsychosociale et éducative (67).

On en dénombre 385 en France dont 35 dans le département du Nord et 12 dans le Pas-de-Calais (68).

#### b. Le CAARUD

Le CAARUD (Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques chez les Usagers de drogues) se destine aux usagers exposés à des risques sanitaires et sociaux importants (accident de sevrage, accident d'exposition au sang, ...) compte tenu de leur mode de consommation et des produits consommés. Il en est de même pour les personnes isolées ou en marge de la société. La structure fournit du matériel pour réduire les risques liés aux consommations et peut, si l'utilisateur le souhaite, l'accompagner dans le parcours de soin addictologique (69).

D'un point de vue légal : création des CAARUD lors de la loi de santé publique du 9 août 2004. Le décret n°2005-1606 du 19 décembre 2005 en précise les missions et la circulaire DGS (Direction Générale de la Santé) n°2006-01 du 2 janvier 2006 met en place les modalités de structuration du dispositif (70).

Il en existe 146 en France dont 10 dans le Nord et 4 dans le Pas-de-Calais (71).

#### c. La CJC

La CJC (Consultations Jeunes Consommateurs) est une consultation gratuite et anonyme créée en 2005. Elle accueille des jeunes consommateurs âgés de 12 à 25 ans ainsi que leur entourage et s'adresse à toutes les addictions. On retrouve ces consultations principalement dans les CSAPA ou dans les centres hospitaliers. Mais aussi dans des structures d'accueil pour adolescents par exemple. Les professionnels y proposent une évaluation des consommations, des risques éventuellement associés et établissent un plan d'aide adapté à chaque patient (72).

Il existe 540 lieux de consultations en France (69).

#### d. Les réseaux de santé

Les réseaux de santé ou réseaux ville-hôpital favorisent l'accès aux soins, la coordination et la continuité des soins grâce au partenariat entre les praticiens libéraux, hospitaliers, les institutions sociales ou médicosociales.

Le RESPADD, réseau de prévention des addictions, est le plus grand réseau de santé en France. Il a été créé en 1996 après la publication de loi Evin de 1991 (73). Initialement, ce réseau était destiné à la prévention et à la prise en charge du tabagisme à la fois au sein du personnel hospitalier et chez les patients. Il réunit

désormais plus de 600 établissements de santé engagés dans la prévention et la prise en charge addictive. Son objectif est d'informer et sensibiliser les établissements afin de prévenir les pratiques addictives et leurs éventuelles complications (74). Il permet également un accompagnement dans la prise en charge des patients.

À l'échelle régionale, on retrouve l'association Haut-de-France Addictions. Elle permet l'orientation, le soutien et l'accompagnement des usagers mais aussi de l'entourage avec une approche médico-psycho-sociale (75).

## B) Les soins hospitaliers

Le plan de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011 a permis une réorganisation du dispositif de soins hospitaliers en addictologie avec comme objectif principal une meilleure prise en charge des addictions dans les établissements de santé (76). La circulaire du 26 septembre 2008 détaille les différentes missions ainsi que l'organisation des différentes structures qui composent le dispositif de soins addictologiques (77).

L'offre de soins hospitaliers s'organise en 3 niveaux d'accès aux soins (78) :

→ Niveau 1 : présence d'une consultation, d'une équipe de liaison et d'un secteur d'hospitalisation pour sevrage simple. Ce niveau répond aux demandes de proximité.

→ Niveau 2 : en complément de la prise en charge effectuée dans les centres de niveau 1, les sevrages complexes sont pris en charge. Ces structures proposent également des hospitalisations dites de jour. De plus, parmi les structures de niveau 2, on retrouve les services de soins de suite et de réadaptation addictologique.

→ Niveau 3 : il s'agit des centres universitaires d'addictologie que l'on retrouve au sein des Centre Hospitalier Universitaire. La prise en charge est la même qu'au sein des

établissements de niveau 2. En revanche, les structures de niveaux 3 sont un lieu d'enseignements, de formation et de recherche.

a. La consultation hospitalière d'addictologie

La consultation d'addictologie en milieu hospitalier sert d'interface entre le dispositif de soins hospitaliers, le dispositif de soins ambulatoires et la médecine de ville. Elle reste une porte d'entrée aux soins hospitaliers comme l'hospitalisation complète ou l'hospitalisation de jour. Il s'agit d'un lieu d'accueil, d'écoute, d'évaluation et d'accompagnement des patients avec conduites addictives (78).

b. L'hospitalisation complète

Elle se fait au sein d'un établissement de santé pour un sevrage complexe ou non. La prise en charge des complications somatiques ou psychiatriques liées aux consommations peuvent également être prises en charge (79). La durée d'hospitalisation pour un sevrage simple varie entre 5 et 10 jours et entre 2 et 4 semaines pour un sevrage complexe (78).

→ Le sevrage simple fait référence à un sevrage chez un patient sans comorbidités, réalisé dans n'importe quel service de médecine d'établissements dotés d'un service d'urgence. La durée d'hospitalisation est comprise entre 5 et 10 jours. L'équipe soignante du service doit être sensibilisée à l'addictologie et peut travailler en lien avec l'équipe de liaison et de soin en addictologie de l'établissement (78)(80).

→ Le sevrage complexe fait quant à lui référence à un sevrage chez un patient présentant des comorbidités et/ou plusieurs addictions, réalisé au sein d'un service d'addictologie. La durée d'hospitalisation est comprise entre 2 et 4 semaines (78)(80).

#### c. L'hospitalisation de jour

L'hospitalisation de jour apparaît suite au plan de prise en charge et de prévention des addictions établi entre 2007 et 2011 (76). Elle permet une prise en charge ambulatoire des patients après la réalisation d'une évaluation complète et la mise en place d'un projet thérapeutique adapté à chaque patient. Ce cadre de soins permet de maintenir un lien avec leur environnement (78). L'hospitalisation de jour peut se faire en première intention ou à la suite d'une hospitalisation complète (79).

#### d. Les ELSA

Les ELSA (Equipes de Liaison et de Soins en Addictologie) ont été créées en 1996. Ce sont des équipes pluridisciplinaires regroupant au moins un médecin et un infirmier mais pouvant aussi compter un psychologue et/ou une assistante sociale. Leurs missions principales sont de former, assister et conseiller les soignants des différents services ou structures de soins non addictologiques autour du dépistage, du diagnostic, de la prise en charge ou encore de l'orientation des patients.

D'autre part, ces équipes interviennent auprès des patients aux urgences et pendant l'hospitalisation en appui et en soutien des équipes soignantes et développent des liens avec les différents acteurs intra- et extra-hospitaliers pour améliorer la prise en charge des patients et leur suivi (81).

#### e. Les SSR / post-cures

Les SSR (Soins de Suite et de Réadaptation) sont un tremplin entre les soins aigus et le retour au domicile. Ils permettent aux patients de maintenir leur abstinence en promouvant une réadaptation et une réinsertion sociale. Les durées de séjour varient

de 1 à 3 mois suivant le temps nécessaire pour mettre en place un projet thérapeutique médico-psychosocial avant le retour dans l'environnement du patient. Ces structures prennent en charge aussi bien un trouble lié à l'usage de l'alcool, qu'une consommation de substances psychoactives illicites (82).



## **MATERIEL ET METHODE**

### **I. Objectif de l'étude**

L'objectif de cette étude est d'évaluer les connaissances des médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais sur la prise en charge du TUA et sur le dispositif de soins addictologiques.

Nous souhaitons répondre à la question suivante : existe-t-il un manque de connaissance concernant la prise en charge du TUA et concernant le dispositif de soins en addictologie ?

### **II. Hypothèses**

- Le dépistage du TUA est réalisé de façon optimale en médecine générale.
- La prise en charge du TUA par les médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais est en accord avec les recommandations actuelles de la HAS.
- Les médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais connaissent l'offre de soins en addictologie de leur région.

### **III. Population cible**

Le recrutement des sujets a pu être réalisé après avoir défini les critères d'inclusion suivants :

- Être médecin généraliste
- En activité et installé en libéral
- Lieu d'exercice : Nord ou Pas-de-Calais
- Exerçant seul ou en cabinet de groupe

Le seul critère de non-inclusion était le suivant :

→ Avoir cessé son activité

#### IV. Elaboration du questionnaire

Cette étude a pu être menée grâce à la réalisation d'un questionnaire via l'outil numérique LimeSurvey® (questionnaire en annexe 3). Ce questionnaire était composé de 27 questions courtes. Le temps de réponse était estimé à 5 minutes.

La première partie du questionnaire s'intéressait aux caractéristiques individuelles de la population cible (les médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais installés et en activité) : sexe, âge, mode d'exercice, secteur d'activité, et lieu d'exercice. Une question traitait également sur leur formation ou non en addictologie.

La seconde partie s'intéressait à la population source : les patients souffrant de TUA. Une question portait sur le nombre de patients reçus pour un TUA. La réalisation systématique du dépistage du TUA chez tous les patients et l'utilisation d'échelles de dépistage étaient également recherchées. Nous avons également recensé le nombre de demande de sevrage en alcool et détaillé la prise en charge de ce sevrage en ambulatoire. Puis, nous avons interrogé les sujets sur le recours aux médicaments de sevrage ou aux médicaments d'aide au maintien d'abstinence ou de gestion des consommations.

Enfin, la troisième partie du questionnaire permettait de faire un état des lieux sur la connaissance du dispositif de soins addictologiques des médecins généralistes interrogés et sur son éventuel recours dans le cadre de la prise en charge d'un patient atteint de TUA.

## V. Recueil des données

- Après obtention des différentes autorisations, un premier recrutement a été réalisé à partir du 31 mai 2021 de la manière suivante :

- Envoi de 1 380 mails à des médecins généralistes installés dans le Nord-Pas-de-Calais par l'intermédiaire d'une liste de diffusion

- Publications sur des groupes Facebook de médecins du Nord-Pas-de-Calais

- Un second recrutement a été réalisé par la mise en ligne du questionnaire sur le site du Conseil départemental du Nord de l'Ordre des médecins pour une durée de deux mois à compter du 31 mai 2021. Malheureusement, le Conseil département du Pas-de-Calais de l'Ordre des médecins n'a pas répondu à notre demande envoyée par mail pour la mise en ligne de notre questionnaire.

Aucune relance n'a été effectuée durant la période de recrutement. Celle-ci a pris fin le 31 juillet 2021. Au total, nous avons obtenu 135 réponses à notre questionnaire.

## VI. Type de l'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle descriptive ayant pour but d'évaluer les pratiques des professionnels de santé concernant la prise en charge de patients souffrant de TUA et concernant le dispositif de soins addictologiques.

## VII. Analyse statistique

Les analyses statistiques ont été réalisées grâce au logiciel R Studio® version 1.4.1717. Les paramètres qualitatifs ont été décrits en termes de fréquence et de pourcentage. Les paramètres quantitatifs suivant la loi Normale ont été décrits en

termes de moyennes et de déviation standard (d.s.) et les paramètres quantitatifs non normaux en termes de médianes et d'intervalles interquartiles. La normalité des paramètres quantitatifs a été testée à l'aide du test de Shapiro-Wilk.

Pour les variables catégorielles, la statistique du Chi-2 a été utilisée pour comparer les données entre les différents groupes, et le test exact de Fisher a été utilisé lors de faibles effectifs dans les groupes. Pour les variables continues, le test t de Student a été utilisé dans le cas de données normalement distribuées et le test de la somme des rangs de Wilcoxon dans le cas de comparaison de données non paramétriques. Un taux d'erreur à 0.05 a été utilisé dans toutes les analyses statistiques.

#### VIII. Recherche bibliographique

Nous avons effectué nos recherches à partir des bases de données scientifiques suivantes : CiSMef, EM Premium, HAS, Pépite, PsycARTICLES, PubMed, Cairn.info mais aussi à partir du moteur de recherche Google®.

Nous avons créé notre bibliographie à partir du logiciel Zotero®, en utilisant l'arborescence Vancouver.

#### IX. Ethique

D'un point de vue éthique, le projet a été présenté à la Fédération de recherche Clinique du Centre Hospitalier Universitaire de Lille. Après étude de notre dossier, une demande d'avis auprès d'un Comité de Protection des Personnes n'a pas été jugée nécessaire.

De plus, devant l'absence de données sensibles pouvant être recueillies lors de la collecte des données, nous n'avons pas eu besoin de déposer un dossier à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés.

Néanmoins ce questionnaire a fait l'objet d'une déclaration portant le n°2021-138-1 au registre des traitements de l'Université de Lille (déclaration en annexe 4).

## RESULTATS

### I. Les caractéristiques de l'échantillon

#### A) Le sexe

Les répondants étaient majoritairement de sexe masculin pour 88 d'entre eux soit 65,7% de notre population. Le sexe féminin représentait quant à lui 33,6 % des répondants, soit 45 personnes. Une personne avait répondu « autre » à la question ce qui représentait 0,7% de la population. Et une personne n'avait pas répondu à la question.

#### B) L'âge

La moyenne d'âge des médecins généralistes ayant répondu à notre questionnaire (tout genre confondu) était de 53,1 ans avec un minimum de 28 ans et un maximum de 72 ans. Les personnes âgées de 51 à 60 ans étaient les plus représentées (39,3% de la population). Une personne n'avait pas répondu à la question.

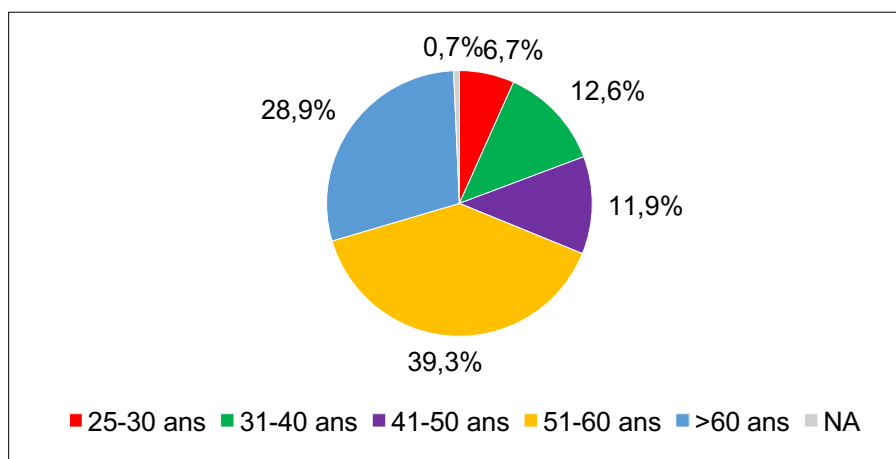


Figure 3 : répartition des tranches d'âge (N=135)

### C) Le mode d'exercice

Soixante-dix-sept médecins généralistes affirmaient exercer « en groupe », ce qui représentait 57,5% des personnes interrogées. À l'inverse, 42,5% des répondants exerçaient « seul », à savoir 57 médecins généralistes. Une personne n'avait pas répondu à la question.

### D) Le lieu d'exercice

La part des médecins généralistes installés dans le Nord était de 60,4% contre 39,6% dans le Pas-de-Calais. Une personne n'avait pas répondu à cette question.

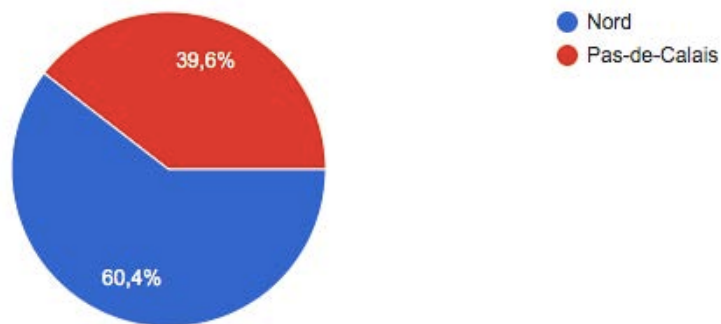


Figure 4 : répartition selon le lieu d'exercice (N=134)

### E) Le secteur d'activité

Concernant le secteur d'activité, il était principalement urbain pour 60,4% des médecins répondants contre 39,5% en milieu rural. Une seule personne n'avait pas répondu à la question.

## F) La formation en addictologie

Concernant la formation en addictologie, nous avons reçu 132 réponses. Cent dix-sept personnes ont répondu qu'elles n'avaient pas reçu de formation en addictologie soit 88,6% des répondeurs. Et seulement 15 médecins généralistes ont répondu « oui » à la question (11,4% des répondeurs).

Parmi la minorité ayant reçu une formation en addictologie :

- 62,5 % affirmaient s'être formé lors de sessions de FMC (Formation Médicale Continue)
- 43,8% par expérience de terrain
- 37,5% au cours de leur internat de médecine générale, par le biais de stage
- 25% par les cours magistraux
- Et personne n'avait de diplôme en addictologie à savoir : DU (Diplôme Universitaire) / DIU (Diplôme Inter Universitaire) / DESC (Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires) / Capacité d'addictologie

Lors de la comparaison des groupes, ayant ou non reçu une formation en addictologie, nous avons retrouvé une différence significative avec l'âge : un âge inférieur à 50 ans était significativement corrélé à la présence d'une formation en addictologie ( $p$  value < 0,05 ; test de Wilcoxon).

De même, nous avons retrouvé une différence significative entre le sexe et la formation en addictologie : le sexe masculin était significativement corrélé à la présence d'une formation en addictologie ( $p$  value < 0,05 ; test de Wilcoxon).

Cependant, nous n'avons pas retrouvé de différence significative entre la formation en addictologie et le dépistage des consommations d'alcool de façon systématique chez



tous les patients même ceux ne présentant aucun symptôme manifeste de TUA (p value = 0,06 ; test de Chi-2).

## II. La prise en charge du trouble de l'usage de l'alcool

### A) Dépistage et outils de dépistage

- Le dépistage :

Le dépistage des consommations d'alcool de façon systématique chez tous les patients même ceux ne présentant aucun symptôme manifeste du trouble de l'usage de l'alcool était réalisé par 78 réponders, ce qui représentait 57,8% des personnes. Cinquante-sept médecins ne dépistaient pas de manière systématique les consommations d'alcool soit un total de 42,2%. Cent-trente-cinq médecins avaient répondu à cette question.

- Les outils de dépistage :

Concernant les outils utilisés pour le dépistage des consommations d'alcool : 95,4 % de la population interrogée n'utilisaient aucun outil pour aborder la problématique alcool. Seulement 2,3 % avaient recours au questionnaire DETA, 1,5% au questionnaire AUDIT et 0,8% au DSM V.

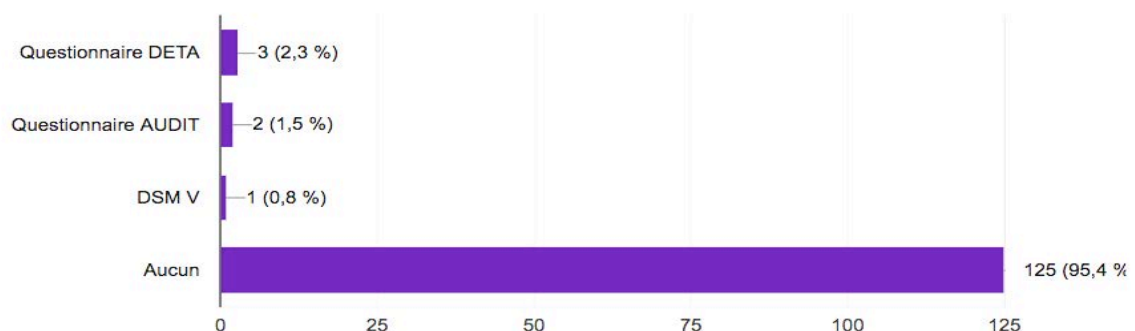


Figure 5 : recours aux outils de dépistage (N=131)

## B) Patients atteints de trouble de l'usage de l'alcool

Une question portait sur l'estimation du nombre de patients atteints de TUA reçus en consultation mensuellement. La majorité des répondants recevaient entre 1 et 5 patients par mois, soit 89 médecins, ce qui représentait 65,9% des médecins ayant participé à l'étude. Trente-trois répondants, soit 24,4% recevaient entre 5 et 10 patients. Huit répondants avaient tout de même coché « plus de 10 patients » soit 5,9%. Et enfin seulement 5 médecins, soit 3,7% de notre population totale, ne recevaient aucun patient atteint de TUA.

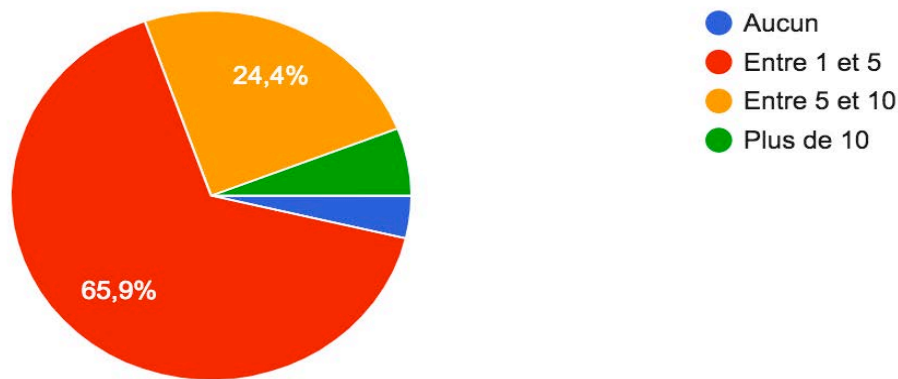


Figure 6 : nombre de patients atteints de TUA vu en consultation au cours d'un mois (N=135)

## C) Demandes de sevrage en alcool

Comme nous pouvons le voir sur le diagramme ci-après, 83% des répondants (soit 112 médecins) estimaient recevoir mensuellement entre 1 et 5 patients en consultation dans le cadre d'un sevrage en alcool et 3,7% entre 5 et 10 patients (soit 5 médecins). Aucun des répondants ne recevait plus de 10 patients. Et enfin 13,3% n'en recevaient aucun (soit 18 médecins).

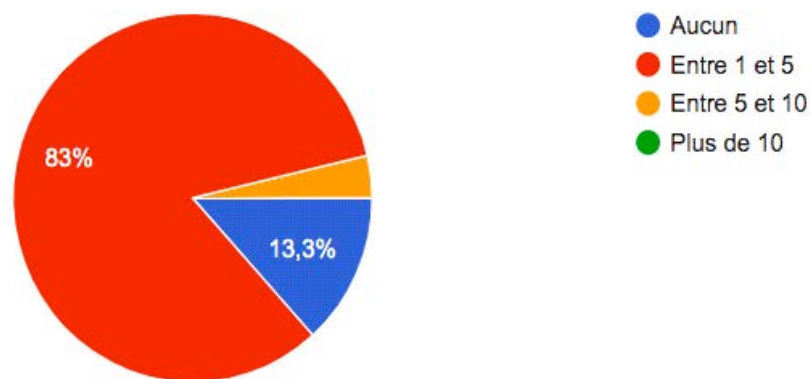


Figure 7 : nombre de patients reçus en consultation pour un sevrage en alcool au cours d'un mois  
(N=135)

#### D) Réalisation d'un accompagnement

Sur le graphique ci-dessous, on peut voir que la majorité des médecins généralistes prenaient en charge les motifs de consultation suivants :

→ Sevrage ambulatoire : oui pour 87,4% des médecins répondants

→ Gestion des consommations d'alcool : oui pour 90,3% des médecins répondants

→ Réduction des consommations d'alcool : oui pour 95,5% des médecins répondants

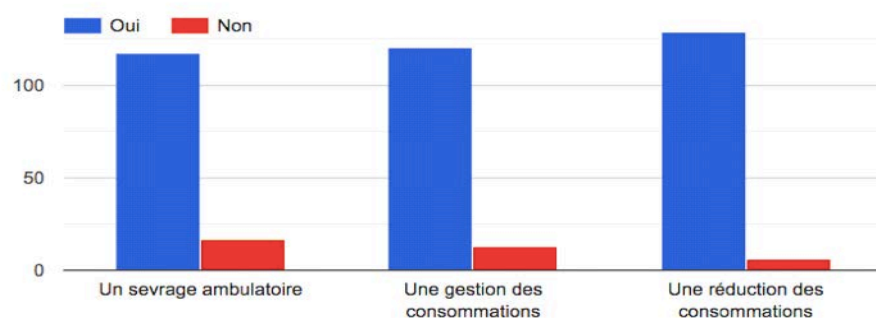


Figure 8 : accompagnement possible des patients atteints de TUA (N=135)

## E) Les contre-indications au sevrage ambulatoire

Tous les items de la question faisaient partie des contre-indications au sevrage ambulatoire. Cent-vingt-huit personnes ont répondu à cette question et parmi elles, seulement 24 avaient sélectionné l'ensemble des items.

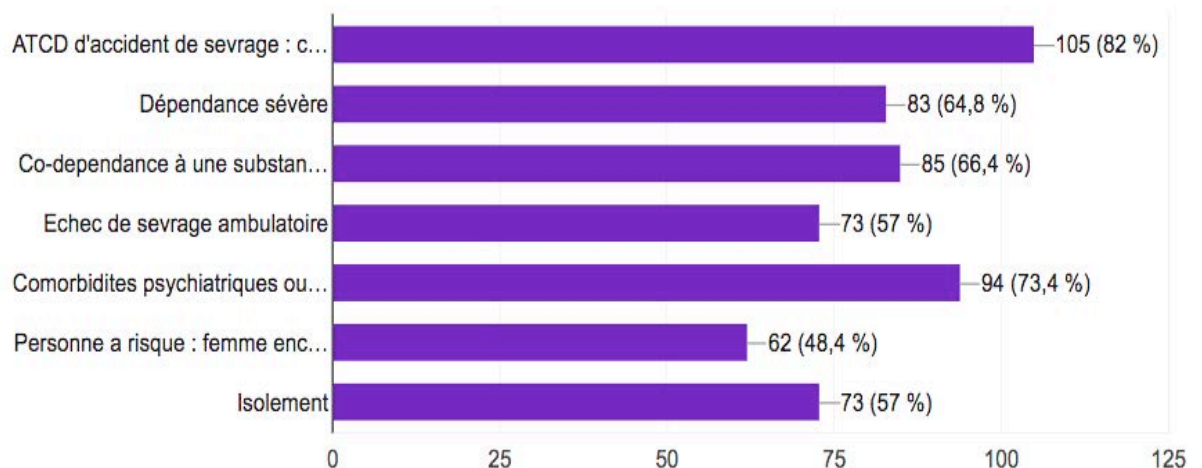


Figure 9 : contre-indications au sevrage ambulatoire (N=128)

## F) Les modalités du sevrage

### • Organisation globale de la prise en charge du sevrage ambulatoire :

Parmi 135 répondants, le graphique ci-après montre que la plupart des médecins avaient l'habitude de prescrire un traitement de sevrage (94,8% des répondants) et de réévaluer régulièrement leur prescription (95,6% des répondants). Cependant peu de médecins généralistes prescrivait le passage infirmier à domicile : 27% parmi 126 répondants.

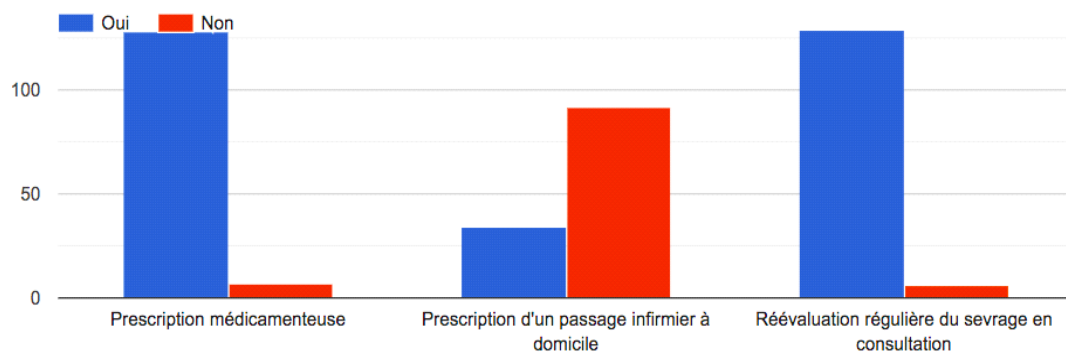


Figure 10 : organisation de la prise en charge du sevrage ambulatoire

- Prescription médicamenteuse lors du sevrage en alcool :

La réponse à cette question était la prescription de benzodiazépines pour le sevrage en alcool. Les autres traitements proposés étaient des thérapeutiques diminuant l'appétence à l'alcool. Seulement 12 médecins généralistes ont uniquement sélectionné l'item « benzodiazépines » pour le sevrage en alcool. Et 11 médecins n'en prescrivaient pas. Au total, 123 médecins répondants ont au moins prescrit des benzodiazépines dans le cadre du sevrage en alcool.

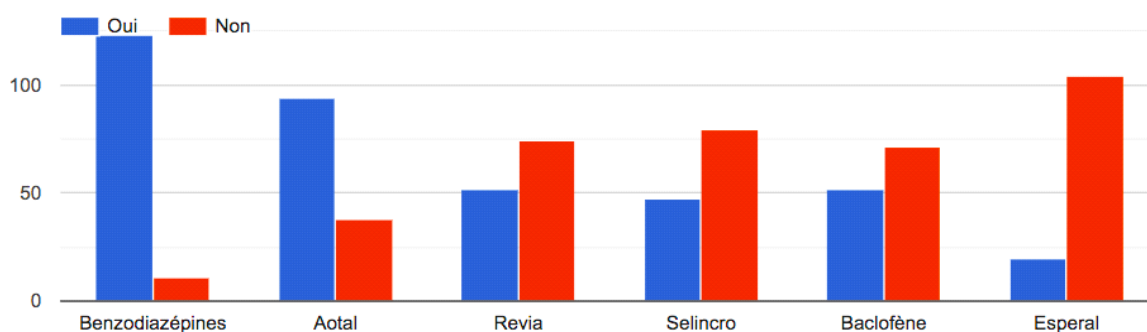


Figure 11 : prescription médicamenteuse lors du sevrage en alcool

- Durée du traitement par benzodiazépines lors du sevrage en alcool :

La réponse attendue et en adéquation avec les recommandations de la HAS était entre 5 et 10 jours. Comme nous pouvons le voir sur le graphique ci-dessous : 31,1% des répondeurs ont émis une réponse en accord avec les recommandations actuelles soit 42 médecins.

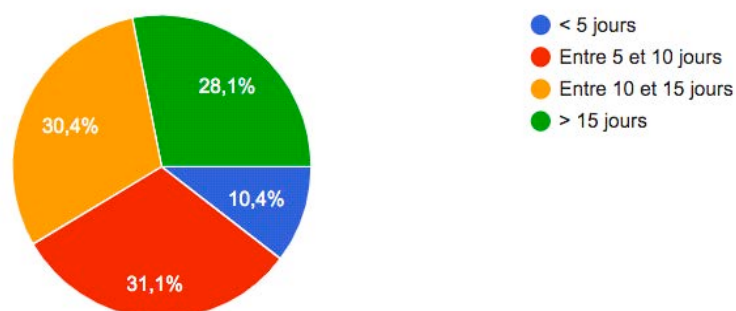


Figure 12 : estimation de la durée de prescription des benzodiazépines dans le sevrage en alcool (N=135)

- Suivi de la prescription de benzodiazépines au cours du sevrage en alcool :

Cent trente médecins généralistes ont répondu à cette question.

→ Concernant la réévaluation du traitement par benzodiazépines, 97,7% des médecins répondeurs l'effectuaient, soit 127 médecins sur 130.

→ Concernant la réalisation d'une décroissance du traitement par benzodiazépines, on constate que 96,9% (126) des médecins répondeurs en réalisaient une. Il y a tout de même 4 médecins qui n'en réalisaient pas.

- Utilisation d'échelles de réévaluation du sevrage en alcool :

Plus de 90% des médecins généralistes répondeurs n'utilisaient pas d'échelles de réévaluation du sevrage type CIWA-Ar (Clinical Institute Withdrawal Assessment for

Alcohol-revised) ou Cushman (anciennement Rueff). Plus précisément, 98,5% n'utilisaient pas l'échelle CIWA-Ar et 93,2% n'utilisaient pas le score de Cushman.

Deux personnes n'ont pas répondu à la question.

### III. Le dispositif de soins addictologiques

#### A) Connaissance et recours aux soins ambulatoires

##### a. Le CSAPA

- Connaissance : 72,1% des médecins généralistes connaissaient le CSAPA, soit 93 répondants et 27,9% (36) ne les connaissaient pas sur un total de 129 répondants.
- Recours : parmi les 93 médecins généralistes ayant connaissance du CSAPA, 89 (95,7%) y avaient recours et 4 n'y avaient pas recours.

Nous n'avons pas mis en évidence de différence significative entre le recours au CSAPA et la présence d'une formation en addictologie ( $p=0,549$  ; test exact de Fisher).

Également, nous n'avons pas retrouvé de différence significative entre le recours au CSAPA et le mode d'exercice (seul ou en groupe) ( $p=0,44$  ; test du Chi-2).

##### b. Le CAARUD

- Connaissance : 8,3% des répondants (soit 10 médecins) connaissaient le CAARUD sur un total de 120 réponses.
- Recours : parmi les 10 médecins généralistes ayant connaissance du CAARUD, 7 (70,0%) y avaient recours.

### c. Les réseaux de santé

- Connaissance : 68 médecins généralistes connaissaient les réseaux de santé en addictologie, ce qui représentait 52,3% des 130 répondants à la question.
- Recours : parmi les 68 médecins généralistes ayant connaissance des réseaux de santé, 57 (83,8%) y avaient recours.

## B) Connaissance et recours aux soins hospitaliers

### a. L'hospitalisation complète

- Connaissance : parmi les 134 réponses obtenues, 128 (95,5%) médecins généralistes connaissaient l'hospitalisation complète en addictologie.
- Recours : parmi les 128 médecins généralistes ayant connaissance de l'hospitalisation complète, 117 (93,6%) y avaient recours.

### b. L'hospitalisation de jour

- Connaissance : l'hospitalisation de jour était connue pour 105 (79,5%) médecins sur 132 répondants.
- Recours : parmi les 105 médecins généralistes ayant connaissance de l'hospitalisation de jour, 90 (85,7%) y avaient recours.

### c. Les ELSA

- Connaissance : les ELSA étaient connues par 10 médecins répondants sur un total de 123, soit 8,1%.
- Recours : parmi les 10 médecins généralistes ayant connaissance des ELSA, 8 (80,0%) y avaient recours.



#### d. Les SSR / post-cures

- Connaissance : 134 personnes ont répondu à cette question. On retrouvait autant de médecins généralistes connaissant ou de connaissant pas les SSR addictologiques.
- Recours : parmi les 67 médecins généralistes ayant connaissance des SSR, 55 (82,1%) y avaient recours.

#### IV. Les difficultés rencontrées

##### A) Joindre un correspondant

Cent trente-trois personnes ont répondu à cette question. Parmi elles, 70 estimaient avoir des difficultés à joindre un correspondant en addictologie, ce qui représentait 52,6% des répondeurs. Soixante-trois personnes estimaient, quant à elles, ne pas avoir de difficultés à joindre un correspondant soit 47,4% des répondeurs.

Nous n'avons pas retrouvé de lien significatif entre la difficulté à joindre un correspondant en addictologie et le secteur d'activité (urbain ou rural) ( $p$  value = 0,694 ; test du Chi-2).

Également, il n'y avait pas de lien significatif entre la difficulté à joindre un correspondant en addictologie et le lieu d'exercice ( $p$  = 0,114 ; test du Chi-2).

##### B) Lisibilité du système d'accès de premier recours

La « lisibilité » fait référence à l'identification de la structure, son adresse et ses missions. Les résultats du questionnaire suggèrent que 59,3% des médecins généralistes trouvaient que le système d'accès de premier recours n'était pas lisible, soit 80 médecins répondeurs sur 135. À l'inverse, pour 55 médecins répondeurs, le système d'accès de premier recours leur paraissait lisible, soit un taux de 40,7%.

## **DISCUSSION**

### **I. Analyse des résultats**

Pour rappel, l'objectif de cette étude était d'évaluer les connaissances des médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais sur la prise en charge du TUA et sur le dispositif de soins addictologiques.

#### **A) Les caractéristiques de l'échantillon**

##### **a. L'âge**

Les médecins répondants ont une moyenne d'âge de 53,1 ans. Ce qui semble être en accord avec la moyenne d'âge recensée en 2016 dans le Nord-Pas-de-Calais par le CNOM (Conseil National de l'Ordre des Médecins) qui est de 53 ans avec 26,2% âgés de 60 ans et plus (83) ; contre 28,9% dans notre étude.

##### **b. Le sexe**

Concernant le sexe des médecins généralistes répondants : le sexe masculin est le plus représenté : 65,7% de notre population. Ces chiffres sont en accord avec les données du CNOM puisque respectivement dans le Nord et le Pas-de-Calais, on retrouve 52% et 57,8% de médecins généralistes de sexe masculin (84). La population médicale du Nord-Pas-de-Calais est largement représentée par les médecins de sexe masculin mais la démographie médicale se modifie et le nombre de femmes médecins augmente. Ainsi, d'ici quelques années les chiffres devraient changer et une tendance féminine devrait s'installer. Actuellement, la population féminine est de 48% dans le département du Nord et de 42,2% dans le Pas-de-Calais (84).

#### c. Le lieu d'exercice

Concernant le lieu d'exercice, 60,4% des médecins répondants exercent dans le département du Nord contre 39,6% dans celui du Pas-de-Calais.

Le CNOM a publié un atlas de la démographie médicale française en 2020 et affirme que le Nord se situe au-dessus de la médiane en terme de démographie médicale (123,8 médecins généralistes pour 100000 habitants) à l'instar du Pas-de-Calais qui se situe en dessous (85). Ce qui est en accord avec le lieu d'exercice majoritaire des médecins répondants de notre étude.

#### d. La formation

Concernant la formation en addictologie, seulement 11,4 % déclarent avoir reçu une formation. Notons que parmi ces 11,4% aucun ne possède de diplômes spécifiques en addictologie : DU, DIU, DESC, capacité d'addictologie. Cela semble très étonnant lorsque l'on connaît l'incidence du TUA en soins primaires. En effet, le TUA est une des conduites addictives les plus fréquentes en France et dans de nombreux pays (59). Il est l'une des premières causes d'hospitalisation en France (60).

De plus, dans notre étude, nous avons retrouvé une corrélation significative entre un âge inférieur à 50 ans et la présence d'une formation en addictologie ( $p$  value  $< 0,05$  ; test de Wilcoxon). Ce lien significatif entre la formation et un âge  $< 50$  ans mis en évidence dans notre étude pourrait s'expliquer par le fait que les jeunes médecins généralistes aient pu être sensibilisés plus précocement aux formations au cours de leur cursus et ce notamment avec l'arrivée du DPC (Développement Professionnel Continu) ; les médecins plus âgés n'ayant quant à eux peut-être pas pu bénéficier de

formations régulières dès le début de leur carrière car beaucoup moins développées et faciles d'accès avant l'émergence du DPC.

En effet, le DPC créé par la loi HPST (Hôpital, Patients, Santé, Territoires) le 21 juillet 2009 (86) et réformé en janvier 2016 par la loi de modernisation du système de santé (87), a instauré l'obligation de développement professionnel continu pour l'ensemble des professionnels de santé. Ses objectifs sont « d'évaluer les pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé » (86). Il offre des formations diverses et intéresse toutes les disciplines médicales. Les formations peuvent s'effectuer sous forme de séminaires, de journées ou soirées dédiées, mais aussi par visioconférence, etc ... Cela montre qu'il est possible pour les médecins généralistes d'avoir accès à des formations et notamment spécifiques en addictologie afin d'améliorer leur formation globale.

Par ailleurs, d'autres formations et efforts gouvernementaux ont été réalisés afin d'améliorer la formation des médecins généralistes, notamment dans le domaine de l'addictologie. On retrouve :

→ À l'échelle nationale : le plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022, il incite les médecins généralistes à utiliser de nouveaux outils utiles dans le repérage précoce des addictions (88). Ses principaux objectifs sont :

- la formation des professionnels de premier recours au RPIB et l'incitation à son usage (88)

- le renfort de la formation initiale et continue des professionnels de santé dans le domaine des conduites addictives et l'investissement dans le développement de formations dans le cadre du DPC (88)

→ À l'échelle régionale : le projet régional de santé des Hauts-de-France 2018-2028, il a pour objectif un meilleur accès à la prévention ainsi qu'une meilleure prise en charge des conduites à risques et/ou addictives (89) en améliorant la communication et l'articulation entre les différents acteurs de soins (90). Et il vise au renforcement des compétences en matière d'addictologie des professionnels œuvrant dans le champ des addictions et des acteurs de proximité.

En outre, dans notre étude, près d'1 médecin répondeur sur 10 déclare être formé en addictologie. Ce serait donc environ 9 médecins sur 10 de notre étude qui ne seraient pas formés (via les FMC, l'expérience de terrain, les stages d'internat, les cours magistraux et les diplômes en addictologie : DU, DIU, DESC, capacité d'addictologie) et ce malgré la mise en place du DPC, les efforts gouvernementaux réalisés dans le domaine de l'addictologie à l'échelle régionale et nationale et malgré l'accès aux formations pour toutes les générations de médecins généralistes.

Le recours à la formation apparaît donc insuffisant et reste à améliorer dans les mois et années à venir.

## B) La prise en charge du trouble de l'usage de l'alcool

### a. Les patients atteints de trouble de l'usage de l'alcool et leurs demandes

Nous avons abordé la prise en charge des patients atteints de TUA par les médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais. Force est de constater que les médecins sont très fréquemment confrontés à cette pathologie en consultation. En effet, 96,2% des médecins répondeurs reçoivent au moins un patient atteint de TUA en consultation par mois.

Concernant la demande de sevrage en alcool, plus de 80% des médecins répondeurs reçoivent au moins une demande de sevrage par mois. Nous constatons avec ces chiffres que cette demande reste fréquente et que les médecins sont régulièrement sollicités par les patients.

De plus, nous constatons qu'une très grande majorité (plus de 80%), des médecins généralistes interrogés, prend en charge les demandes de sevrage ambulatoire mais aussi de gestion ou de réduction des consommations d'alcool.

Ces résultats suggèrent que les médecins généralistes de notre étude sont à l'écoute des patients et répondent à leurs demandes. D'autre part, ces résultats tendent à montrer que les patients formulent régulièrement des demandes d'accompagnement dans le cadre d'un TUA et qu'ils sont donc plutôt enclins à aborder cette problématique avec leur médecin traitant.

En effet, le médecin généraliste est un des premiers interlocuteurs des patients. Il rencontre environ 75% de la population française chaque année (91). Son activité témoigne d'ailleurs de la grande richesse de son exercice : prévention et dépistage

mais aussi éducation, coordination des soins, suivi au long cours... Le médecin généraliste est un acteur clé dans la prise en charge de ses patients, il a un rôle pivot dans la prévention et par conséquent dans le repérage et l'accompagnement des personnes présentant un TUA (92). Sa position en tant que médecin référent du patient en fait un atout majeur, puisqu'il établit, au fur et à mesure des échanges avec le patient, une relation de confiance qui se renforce au fil du temps. Il paraît alors aisé pour le médecin traitant d'aborder les consommations d'alcool au cours du suivi des patients. D'ailleurs différents outils de dépistage sont à la disposition des médecins généralistes pour les aider à aborder cette problématique.

#### b. Dépistage et outils de dépistage

- Le dépistage :

Plus de 50% des médecins répondants réalisent de façon systématique le dépistage des consommations d'alcool chez chacun de leurs patients au cours de leur suivi. Notons toutefois qu'un pourcentage non négligeable de médecins (42,2% d'entre eux) ne les dépiste pas de manière systématique.

Le baromètre de Santé publique France a interrogé en 2017 un échantillon de 6346 patients, visant à analyser le nombre de personnes qui a eu l'occasion d'aborder la question sur les consommations d'alcool avec son médecin généraliste en consultation. Les résultats montraient que parmi les 82,5% des personnes âgées de 18 à 75 ans ayant consulté leur médecin généraliste au cours des 12 derniers mois, seulement 16,8% avaient abordé le sujet de l'alcool. Pourtant, 87 % des 18-75 ans jugeaient normal que leur médecin leur pose des questions sur leur consommation d'alcool (93). De plus, les patients trouvaient que leur médecin était compétent dans ce domaine (94).

Les médecins généralistes, quant à eux, déclaraient être réticent à aborder le sujet de l'alcool par peur d'effrayer leurs patients ou se sentaient peu compétent dans ce domaine (91).

Guignard R., Beck F. et Obradovic I. montraient dans leur étude que 72,7% n'abordent la question d'alcool que pour les patients jugés à risque, 23 % au moins une fois avec chaque patient, et 4,3 % n'abordent jamais la question (95).

Cela montre donc que la notion d'alcool reste peu abordée en consultation par les médecins généralistes mais qu'une part importante de la population interrogée serait enclin à aborder ce thème en consultation. Il paraît donc nécessaire de renforcer le dépistage systématique des consommations d'alcool et notamment du TUA pour accompagner le plus précocement possible les patients.

- Les outils de dépistage :

Concernant l'utilisation des outils de dépistage, 95,4% des médecins de l'étude ont répondu qu'ils n'utilisaient pas les différents outils de dépistage recommandés et validés par la Haute Autorité de Santé (96).

Deehan A. et Marshall J. montraient dans leur étude au travers des opportunités et des obstacles en soins primaires, qu'il existe une ambivalence entre la facilité d'application en médecine générale des méthodes de RPIB et la réticence des médecins généralistes à l'appliquer (97).

Ces questionnaires, faciles et rapides d'utilisation, ont pourtant une place légitime et privilégiée en médecine générale pour le repérage et le dépistage des consommations d'alcool. Leur diffusion aux professionnels de santé de premier recours est d'ailleurs un objectif du plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022 (88).



Le médecin généraliste, pivot central de la prise en charge des patients, acteur de prévention et de dépistage, fait donc partie des professionnels de santé pleinement concernés par l'utilisation de ces outils de dépistage.

### c. Les contre-indications au sevrage ambulatoire

De manière générale, nous constatons que les médecins répondants connaissent les contre-indications au sevrage ambulatoire. Notons cependant que seulement 24 médecins répondants ont sélectionné tous les items proposés bien que l'ensemble des items faisaient partie des contre-indications au sevrage ambulatoire (19).

Ci-dessous l'ensemble des contre-indications au sevrage classées par ordre de fréquence de citation par les médecins généralistes de notre étude :

Parmi les plus citées, viennent en tête de liste :

- Antécédent d'accident de sevrage : crise convulsive, délirium tremens
- Comorbidités psychiatriques ou médicales

Puis :

- Co-dépendance à une substance psychoactive : benzodiazépines, opiacés
- Dépendance sévère

Et enfin les moins citées :

- Échec de sevrage ambulatoire
- Isolement
- Personne à risque : femme enceinte / sujet âgé / jeune patient

À la lecture des résultats, il apparaît que l'isolement fasse partie des contre-indications à la réalisation d'un sevrage ambulatoire parmi les moins citées bien qu'il soit un

facteur limitant à la réalisation du sevrage en ville comme le stipule la recommandation de bonne pratique établit en 2015 par la SFA (Société Française d'Alcoologie) (98).

Par ailleurs, le fait que certaines contre-indications ne soient pas perçues comme telles par plusieurs répondants de l'étude soulève certaines questions. Existe-t-il un manque de connaissance de celles-ci par les médecins ou s'agit-il simplement d'un manque de reconnaissance de ces dernières comme contre-indications « absolues » ? Les médecins généralistes n'ayant pas sélectionné certaines contre-indications pourraient en avoir connaissance mais ne pas les reconnaître comme limitantes dans leur pratique quotidienne.

D'autre part, cela laisse entrevoir la difficulté pouvant exister entre l'évaluation théorique d'un patient et la mise en pratique qui dépend, certes, des recommandations mais aussi du patient pris en charge dans sa globalité. En effet, qu'en est-il de la mère de famille isolée qui n'aurait aucun moyen de garde pour ses enfants mais qui nécessiterait un sevrage hospitalier ? Ou encore, cette personne précaire présentant une dépendance sévère qui se présenterait au cabinet en demande d'un sevrage ambulatoire car elle n'aurait plus les moyens financiers de se procurer de l'alcool ? Malgré la présence de certaines contre-indications, l'objectif est alors de réduire les risques en réalisant la meilleure balance bénéfice-risque. Le médecin doit donc s'adapter aux connaissances du patient, à ses ressources, son état de santé mais aussi à ses demandes.

Les recommandations professionnelles de bonne pratique ou encore les conférences de consensus sont d'ailleurs établies afin d'aider les soignants mais cela ne doit pas nous faire oublier qu'il est nécessaire de prendre en charge les patients dans leur

globalité et en fonction de leurs caractéristiques propres et de s'adapter le cas échéant (99).

#### d. Les modalités du sevrage

- Prescription et durée du traitement par benzodiazépines lors du sevrage en alcool :

Dans notre questionnaire, nous avons posé la question suivante aux médecins généralistes : « En cas de prescription médicamenteuse pour le sevrage, que prescrivez-vous ? ». Les réponses proposées étaient : « Benzodiazépines », « Aotal », « Revia », « Selincro », « Baclofène » et « Esperal ».

La réponse attendue à cette question était « Benzodiazépines ». Les autres traitements proposés étaient des thérapeutiques diminuant l'appétence à l'alcool et donc en théorie prescrites à distance d'un sevrage.

Cent-onze médecins généralistes prescrivent des benzodiazépines en association avec des médicaments diminuant l'appétence à l'alcool lors du sevrage et parmi eux, seulement 12 prescrivent uniquement des benzodiazépines. Et chiffre tout à fait étonnant, 11 personnes ne prescrivent pas du tout de benzodiazépines bien que ce traitement soit recommandé.

La durée de traitement par benzodiazépines lors du sevrage en alcool, en adéquation avec les recommandations de la HAS, est de 5 et 10 jours (19). Nous constatons que seulement 31,1% des médecins répondants prescrivent un traitement par benzodiazépines en accord avec les recommandations.

La SFA recommande de prescrire une benzodiazépine avec une posologie la plus faible possible en adaptant aux symptômes de sevrage et une durée la plus courte possible en diminuant progressivement les doses jusqu'à l'arrêt complet (98) dans un

but de réduire le risque de co-dépendance benzodiazépine-alcool ; les benzodiazépines et l'alcool ayant le même mécanisme d'action sur les récepteurs gabaergiques.

D'autre part, en raison de leur potentiel addictif et de leur manque de sécurité lorsqu'elles sont combinées avec de l'alcool, les benzodiazépines ne sont généralement pas recommandées pour le maintien de l'abstinence d'alcool (100).

De plus, la HAS recommande en première intention du sevrage alcoolique, les benzodiazépines à demi-vie longue comme le diazépam puisqu'elles diminuent l'apparition des symptômes de sevrage et leur sévérité (crise comitiale, délirium tremens). Cependant, les benzodiazépines à demi-vie longue entraînent un risque plus important d'accumulation en cas d'insuffisance hépato-cellulaire. Dans ce cas, il serait préférable de prescrire une benzodiazépine à demi-vie courte comme l'oxazépam (19). Plusieurs schémas de prescription sont possibles, comme par exemple : diazépam 10 mg, un comprimé toutes les 6 heures pendant un à trois jours puis diminution progressive jusqu'à l'arrêt complet en quatre à sept jours. Il est également possible de majorer la posologie en cas d'apparition de symptômes de manque malgré le traitement.

- Réévaluation du traitement et passage infirmier au domicile :

Les résultats suggèrent que 95,6% des médecins répondants réévaluent de façon régulière leur prescription et réalisent une décroissance. Cependant peu de médecins généralistes prescrivent le passage d'une équipe infirmière à domicile. En effet, cela concerne seulement 27% des médecins répondants.

Le passage infirmier à domicile a l'avantage de sécuriser le sevrage puisqu'il évite au patient de se déplacer, le cas échéant en voiture, jusqu'au cabinet du médecin généraliste. La prise de benzodiazépines n'est pas anodine puisque l'effet secondaire principal de ce traitement est une baisse de la vigilance. Cela contre-indique donc la conduite automobile.

Le 18 mars 2017, le Journal officiel a réactualisé la liste des médicaments nécessitant un pictogramme d'alerte en cas de conduite automobile et c'est notamment le cas des benzodiazépines qui sont passées d'un niveau 2 à un niveau 3 ; le niveau 3 représentant la catégorie des médicaments pour laquelle la conduite automobile est formellement déconseillée. D'ailleurs, en France, 3,4% des accidents mortels de circulation sont liés à la prise d'un médicament et la moitié serait liée à la prise de benzodiazépines (101). On pourrait donc davantage sécuriser le sevrage en alcool en renforçant le passage infirmier à domicile et limiter ainsi les accidents de sevrage.

Par ailleurs, connaissant la fragilité du patient au moment du sevrage, aussi bien sur le plan physique que psychologique, il semble logique d'initier et de poursuivre un suivi rapproché lors des premières semaines.

La SFA va dans ce sens avec la diffusion de son mémento pratique à destination des médecins généralistes via la recommandation de bonne pratique sur le mésusage de l'alcool. En effet, il est conseillé de réévaluer le traitement régulièrement pour l'adapter si besoin, d'organiser un passage infirmier au domicile et d'éviter la conduite automobile pendant toute la durée du traitement (98).

D'autre part, ce mémento pratique pourrait être un outil d'aide pour les médecins généralistes qui n'auraient pas bénéficié de formation en addictologie ou qui voudraient améliorer leurs connaissances (memento en annexe 5).

La SFA propose par ailleurs d'organiser une consultation de contrôle dans les trois premiers jours du sevrage puis à une semaine afin d'évaluer et d'objectiver d'éventuels symptômes de sevrage (102). Une seconde proposition consiste en une consultation à domicile ou une téléconsultation dès le premier jour puis un suivi au domicile du patient par l'équipe infirmière du secteur de domiciliation. Enfin, une ou deux rencontres lors des quinze premiers jours sont conseillées afin de réaliser un état des lieux des bénéfices acquis grâce au sevrage (103).

- Utilisation d'échelles de réévaluation du sevrage en alcool :

La majorité des médecins généralistes répondants (plus de 90% d'entre eux) n'utilisent pas d'échelles de réévaluation du sevrage type CIWA-Ar ou Cushman (anciennement Rueff) afin d'adapter les posologies. Pourtant, en raison de sa neurotoxicité, le sevrage en alcool est le seul sevrage pouvant entraîner un décès. Il est donc recommandé de renforcer sa surveillance comme évoqué précédemment.

Il aurait été intéressant de connaître les éventuels freins des médecins généralistes à utiliser des échelles de réévaluation du sevrage. En effet, la littérature scientifique est assez pauvre à ce sujet. Quelques hypothèses peuvent cependant être émises :

- Les médecins ne connaissent pas les échelles de réévaluation et donc ne les utilisent pas
- Les médecins connaissent les échelles de réévaluation mais ne les auraient pas à disposition afin de les utiliser de façon optimale et rapide et par conséquent ne les utilisent pas

Cela renforce le fait qu'un manque de formation dans le domaine de l'addictologie peut amener à une méconnaissance des outils et par conséquent une prise en charge en

dehors des recommandations. A titre d'exemple, notons qu'il est possible de calculer rapidement et simplement le score de Cushman sur ce site internet : <http://medicalcul.free.fr/cushman.html>.

Nous pouvons retrouver ci-après les échelles de réévaluation du sevrage précédemment citées et validées scientifiquement : elles permettent d'adapter les posologies de benzodiazépines tout au long du processus de sevrage :

→ Le score de Cushman (anciennement Rueff) est un outil clinique qui permet d'obtenir un score sur 21 points. Il évalue la fréquence cardiaque, la pression artérielle systolique, la fréquence respiratoire, la présence de tremblements, de sueurs, d'une agitation ainsi que de troubles sensoriels. En fonction du score obtenu, le traitement par benzodiazépines va alors être adapté. Un score <7 traduit un état clinique contrôlé, un score entre 7-14 montre des signes de sevrage modéré et enfin un score >14 est en lien avec un sevrage sévère (104).

Tableau 1 : échelle de Cushman (105)

Score	0	1	2	3
<b>Pouls (battements par minute)</b>	< 80	81 – 100	101 – 120	> 120
<b>Pression artérielle systolique (mmHg)</b>	< 135	136 – 145	146 – 155	> 155
<b>Fréquence respiratoire (cycles par minute)</b>	<16	16 – 25	26 – 35	> 35
<b>Tremblements</b>	0	de la main en extension	tout le membre supérieur	généralisés
<b>Sueurs</b>	0	paumes	paumes et front	généralisées
<b>Agitation</b>	0	discrète	généralisée / contrôlable	généralisée / incontrôlable
<b>Troubles sensoriels</b>	0	gêne par le bruit, la lumière ou prurit	hallucinations critiquées	hallucinations non critiquées

→ L'échelle CIWA-Ar est une échelle d'évaluation de l'intensité du sevrage en alcool. Cet outil permet d'obtenir un score sur 67 points (106). Elle est plutôt complète mais reste plus longue à utiliser que le score de Cushman. Ce qui peut expliquer que cet outil soit moins utilisé en pratique (échelle en annexe 6).

Ces échelles précédemment citées sont donc disponibles pour rechercher la présence de symptômes au cours du sevrage en alcool.

Outre-Manche, il existe une échelle qui permet d'évaluer le risque de survenue d'un syndrome de sevrage, il s'agit de l'échelle PAWSS (Prediction of Alcohol Withdrawal Severity Scale). Elle est validée pour des patients hospitalisés en service de médecine. En France, aucun outil équivalent n'est disponible (107).

Il serait d'ailleurs intéressant d'avoir à disposition en ambulatoire ce type d'échelle afin de renforcer la recherche des contre-indications à la réalisation du sevrage ambulatoire et de proposer une hospitalisation en cas de score prédictif de sevrage compliqué.

Après la réalisation du sevrage en alcool ou dans le cadre d'une réduction ou d'une gestion des consommations d'alcool, il existe différentes thérapeutiques que nous avons détaillé ci-dessous.

- e. Les médicaments d'aide au maintien de l'abstinence, de réduction ou de gestion des consommations d'alcool

Une partie des médecins répondants a sélectionné ces médicaments comme traitement faisant partie de la prise en charge du sevrage.

Or ces différents traitements sont utilisés dans un objectif de réduction ou de gestion des consommations d'alcool chez des patients ne souhaitant pas une abstinence en



alcool ou dans un objectif de maintien d'abstinence après un sevrage en alcool et non dans le traitement du sevrage.

Des études ont rapporté que les traitements addictolytiques présentent un réel intérêt pour le patient mais restent relativement peu prescrits (108).

- Dans le cadre d'un objectif de réduction des consommations (98) :

→ Le nalméfène (Selincro<sup>®</sup>) est un antagoniste des récepteurs opiacés mu et delta, et un agoniste partiel des récepteurs kappa (109). Il fait partie des traitements de choix et est prescrit pour une durée initiale de 6 mois. Cependant, il reste contre-indiqué en association avec des opiacés.

Il n'est pas pris de manière systématique, mais à la demande, en fonction des cravings du patient. En effet, chaque jour où le patient ressent le risque ou l'envie de boire de l'alcool, il pourra prendre un comprimé, de préférence 1 à 2 heures avant le moment où le patient anticipe une consommation (109).

→ Le baclofène (Baclocur<sup>®</sup>) :

L'ANSM (Agence Nationale de Sécurité du Médicament) a annoncé la commercialisation, à compter du 15 juin 2020, de la première spécialité à base de baclofène bénéficiant d'une indication dans le traitement de l'alcoolodépendance. Plus précisément, le baclofène est un myorelaxant d'action centrale (agoniste sélectif des récepteurs GABA), indiqué dans la réduction des consommations d'alcool, après échec des autres traitements médicamenteux disponibles, chez les patients adultes ayant une dépendance à l'alcool et une consommation d'alcool à risque élevé (> 60 g/jour pour les hommes ou > 40 g/jour pour les femmes) (110).

- Dans le cadre d'un maintien d'abstinence :

*En première intention :*

→ La naltrexone (Revia®) : elle est prescrite pour une durée de 3 mois mais elle peut être maintenue tant qu'il existe un bénéfice pour le patient. Cet antagoniste des récepteurs opiacés mu réduit l'activation du circuit de la récompense induite par l'alcool (111). La naltrexone est contre-indiquée en association avec des opiacés.

→ L'acamprosate (Aotal®) : sa durée de prescription est de un an selon l'AMM (Autorisation de Mise sur le Marché) mais à poursuivre tant que le bénéfice pour le patient est présent. Son action passe par la stimulation de l'inhibition GABAergique et l'antagonisation glutamatergique (112).

*En seconde intention :*

→ Le disulfirame (Esperal®) : ce médicament est à l'origine d'un effet antabuse lors de la prise d'alcool (113). Il agit en augmentant la concentration en acétaldéhyde par inhibition de l'aldéhyde déshydrogénase lors de la prise d'alcool ce qui entraîne des symptômes tels que : bouffées de chaleur, rougeurs, nausées, vomissements, accélération du rythme cardiaque, sensation de malaise, baisse de la tension artérielle (114). L'objectif étant alors de dissuader le patient à consommer.

### C) Le dispositif de soins addictologiques

#### a. Les soins ambulatoires

- Le CSAPA et les réseaux de santé (ville-hôpital) :

À l'analyse des résultats de notre étude, on remarque que ces deux dispositifs sont plutôt connus des médecins généralistes et sont globalement utilisés par ceux les connaissant.

D'ailleurs, la bonne connaissance et le recours au CSAPA par les médecins répondants va dans le sens du Panel d'observation des pratiques et conditions d'exercice en médecine générale qui a interrogé 3300 médecins généralistes en France entière (hors Mayotte) dans une enquête réalisée entre décembre 2019 et mars 2020, au sujet des pratiques de prévention et de prise en charge des conduites addictives par les médecins généralistes libéraux (115). En effet, elle a permis de montrer que le recours des médecins généralistes au dispositif de soins addictologiques comme le CSAPA ou un service hospitalier spécialisé était répandu (91% des médecins répondants admettaient y avoir fait appel au moins une fois dans l'année pour un patient ou plus).

De plus, les résultats de l'analyse statistique de cette étude montrent que les médecins exerçant en cabinet de groupe recourraient davantage au CSAPA ou à un service hospitalier spécialisé par rapport aux praticiens exerçant seuls. Enfin, les praticiens ayant suivi une formation complémentaire dans le domaine des conduites addictives étaient plus enclins à recourir dans l'année pour des conseils à un CSAPA ou à un service hospitalier spécialisé (115).

Comparativement, les résultats de notre étude diffèrent de ceux du Panel d'observation des pratiques et conditions d'exercice en médecine générale. En effet, nous n'avons pas retrouvé de lien significatif entre le mode d'exercice (seul ou en groupe) et le recours au CSAPA ( $p=0,287$  ; test du Chi-2), ni de différence significative entre la présence d'une formation en addictologie et le recours au CSAPA ( $p=0,549$  ; test exact de Fisher). Cela peut s'expliquer par le fait que notre étude ait été menée à petite échelle dans le Nord-Pas-de-Calais et non à l'échelle nationale comme l'enquête mentionnée précédemment.

- Le CAARUD :

Il est, quant à lui, peu connu des professionnels de santé de notre étude et donc peu utilisé. Cela peut être expliqué par le fait que les usagers reçus dans les CAARUD sont très probablement en rupture de soins en raison de leurs conditions de vie généralement précaires comme l'a montré l'OFDT dans la sixième édition de son enquête nationale auprès des usagers des CAARUD en 2019 (116). En outre, les médecins généralistes les reçoivent probablement moins en consultation et n'ont donc peut-être pas eu l'occasion de s'informer sur ce type de structure au cours de leur exercice.

Aussi, la couverture géographique des CAARUD en France est très variable d'un département à l'autre. D'après les derniers chiffres de l'OFDT datant de 2018, le département du Nord possédait dix CAARUD à l'inverse du département du Pas-de-Calais qui n'en possédait que quatre (71). Cette faible couverture géographique dans le Pas-de-Calais soulève la question de la facilité d'accès aux soins et par conséquent de leurs recours. Peut-être que certains médecins généralistes n'y ont pas recours en raison de l'absence de ce dispositif à proximité de leur lieu d'exercice ?

\*\*\*

De plus, des dispositifs « d'aller vers » avec la mise en place d'équipes mobiles intervenant au domicile des patients sont actuellement en cours d'évaluation. Il s'agit d'équipes pluridisciplinaires comprenant entre autres un médecin addictologue, un(e) infirmier(e) ou encore un éducateur spécialisé. On retrouve par exemple l'EMASA (Equipe Mobile d'Accompagnement et de Soins en Addictologie) au sein de la région du Pas-de-Calais partagée entre Lens et Hénin-Beaumont. Il s'agit d'un projet expérimental mis en place en février 2017 et financé par l'ARS pour une durée de 3

ans. Ses missions sont diverses comme orienter, évaluer, informer, accompagner les patients mais aussi réduire les risques. L'EMASA a également un rôle de prévention et de soins ainsi qu'un rôle de soutien et d'appui auprès des professionnels en charge des patients (117).

On retrouve aussi l'EMAP (Equipe Mobile Addictologie Précarité) à Marseille. Son rôle est de coordonner le parcours de soins et les projets au domicile des patients souffrant d'addiction en s'adaptant à leurs besoins. Tout comme l'EMASA, elle est en lien avec les professionnels de santé de premières lignes pour leur apporter information et soutien (118).

#### b. Les soins hospitaliers

- Les soins hospitaliers type hospitalisation complète et hospitalisation de jour :

Ils sont globalement connus des médecins généralistes et ils orientent d'ailleurs aisément leurs patients vers ces structures. Ce qui va finalement dans le sens du Panel d'observation des pratiques et conditions d'exercice en médecine générale comme mentionné plus haut (115). Les résultats de notre étude montrent donc que l'articulation de la médecine de ville avec le secteur hospitalier ne pose pas de problèmes particuliers.

- Les ELSA :

Elles restent peu connues des médecins généralistes de notre étude, mais ceux connaissant ce type de structure y ont recours.

Un précédent travail de thèse mené à l'université de Limoges en 2016 montrait également que les ELSA étaient peu connues des médecins généralistes de la région de Limoges et que 84 % des médecins répondants n'y avaient pas recours (119).

Cela est tout à fait understandable puisque ces équipes participent à la prise en charge des patients dans un cadre hospitalier principalement ; il faudrait avant toute chose que le patient soit pris en charge à l'hôpital, ce qui n'est pas toujours le cas. Cependant, les ELSA sont disponibles pour les médecins généralistes afin de répondre à leurs questions si besoin et ainsi, améliorer le travail en réseau. Il est également possible de faire appel à ces équipes pour mettre en place une prise en charge pré et post-hospitalière.

Il aurait d'ailleurs été intéressant de connaître les éventuels freins qu'ont les médecins généralistes à recourir aux ELSA. Une hypothèse, en dehors du manque de connaissance, peut être émise telle que le manque de coordination entre les ELSA et les médecins généralistes avec notamment la possible absence de retour des ELSA sur la prise en charge des patients. Cela pourrait éventuellement être amélioré par la réalisation systématique d'un courrier synthétique à destination des médecins généralistes.

- Les SSR ou post-cures :

Ces dispositifs sont connus par 50 % des médecins généralistes répondants et parmi eux 82,1% y ont recours. Leur recours pourrait être simplifié et amélioré car il semble exister un manque de standardisation pour accéder aux SSR ou post-cures. En effet, on retrouve une grande diversité parmi ces structures, en termes de modalités d'admission, de durée de prise en charge ou encore de soins proposés (120). Certains peuvent par exemple assurer le sevrage directement au sein de leur établissement quand d'autres exigent que le patient soit sevré à son arrivée. Le manque de lisibilité concernant cette offre de soins peut donc rendre au médecin généraliste la tâche fastidieuse et chronophage.

\*\*\*

Au total, le dispositif de soins, lorsqu'il est connu, est utilisé par les médecins généralistes. Sachant que le médecin généraliste a plusieurs missions comme dépister, traiter mais aussi orienter ses patients (121), comment améliorer les connaissances des médecins généralistes pour favoriser l'utilisation du dispositifs de soins addictologiques ?

#### D) Les difficultés rencontrées

##### a. Joindre un correspondant

Plus de la moitié des médecins généralistes répondants éprouvent des difficultés à joindre un correspondant. Nous n'avons pas établi les raisons de ces difficultés mais plusieurs hypothèses peuvent être émises :

- Délai d'attente au téléphone trop long
- Refus de mettre le médecin généraliste en communication avec son interlocuteur
- Manque de disponibilité du spécialiste
- Méconnaissance des numéros de téléphone des professionnels concernés

Il semble que ces difficultés ne soient pas propres à notre région puisque récemment en Corrèze, quatre médecins généralistes ont alerté la direction du Centre Hospitalier Universitaire de Limoges et le Conseil départemental de l'Ordre des médecins pour dénoncer les difficultés de communication qu'ils pouvaient rencontrer avec le Centre Hospitalier Universitaire. En effet, ils éprouvent des difficultés importantes à obtenir un spécialiste au téléphone et accusent les secrétariats des services de faire barrage ou de mettre un temps trop long à répondre (122).

De plus, une étude sur la région de Pau, menée en 2014, concernant la relation entre les médecins généralistes de la région et le centre hospitalier de rattachement, montre que 63% des médecins généralistes interrogés considéraient qu'il était difficile de joindre un hospitalier par téléphone (123). Des études similaires réalisées dans d'autres régions suggèrent d'ailleurs le même résultat (124).

Notre résultat établit finalement un constat similaire sur la difficulté à joindre un correspondant.

#### b. Lisibilité du système d'accès de premier recours

De façon majoritaire, les médecins généralistes ayant répondu à la question ne trouvent pas lisible le système d'accès de premiers recours avec un taux de 59,3%.

La lisibilité, comme précisé plus haut, fait référence à l'identification de la structure, son adresse ainsi que ses missions. En l'absence de lisibilité, comment un médecin peut-il orienter convenablement un patient atteint de TUA ?

Dans ce contexte, il pourrait être intéressant d'élaborer un outil pratique proposant une vue d'ensemble des dispositifs de soins addictologiques. À titre d'exemple, voici un modèle d'outil qui pourrait être mis à disposition des médecins généralistes pour les aider sur l'orientation de leurs patients vers une structure de soins addictologiques. Ce document pourrait être disponible sous format pdf et imprimable ou consultable en sur internet.



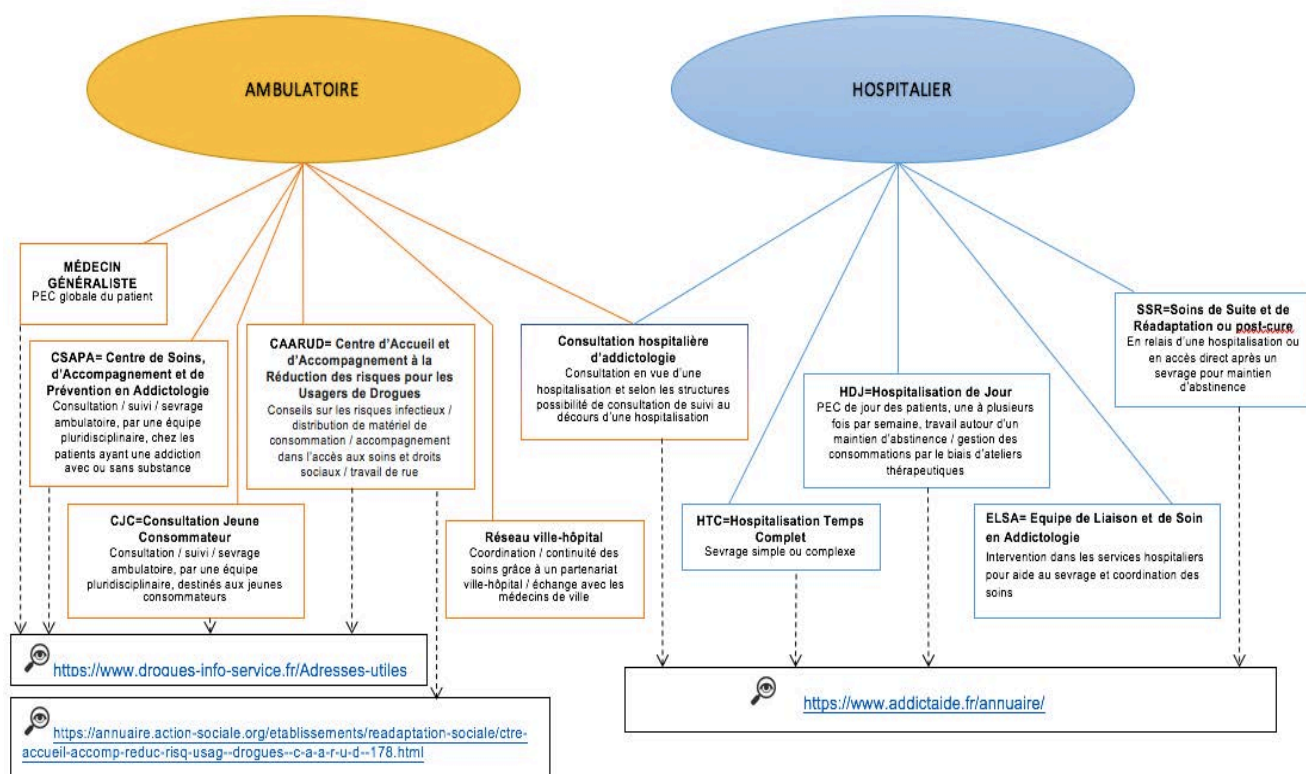


Figure 13 : le dispositif de soins addictologiques

## II. Les limites de l'étude

- Les biais d'échantillonnage :

Concernant l'envoi du questionnaire via la liste de diffusion, il est possible que certains médecins généralistes ne soient pas informatisés et donc non inclus dans la mailing liste. De plus, il est possible que la liste de diffusion n'ait pas été régulièrement mise à jour. En effet, certains mails ne sont pas arrivés à destination et un message d'erreur nous était retourné pour indiquer l'invalidité de l'adresse mail. Aussi, plusieurs médecins nous ont répondu qu'ils n'étaient plus en activité.

D'autre part, nous n'avons malheureusement pas pu mettre en ligne notre questionnaire sur le site de l'Ordre des médecins du Pas-de-Calais, contrairement à celui du Nord : il s'agit donc d'un biais de sélection.

Un autre biais de sélection peut également être discuté : l'absence éventuelle d'intérêt pour le sujet proposé, en effet il est probable que seuls les médecins intéressés par cette pathologie et sensibilisés à sa prise en charge aient répondu à notre questionnaire.

Enfin, il s'agit d'une étude monocentrique réalisée uniquement auprès des médecins généralistes exerçant dans le Nord-Pas-de-Calais. Une généralisation des résultats à l'ensemble du territoire est donc limitée car ils peuvent être le reflet d'une pratique particulière des médecins généralistes dans la région.

- Les biais d'information :

Certains médecins répondants n'ont pas répondu à toutes les questions posées entraînant ainsi un défaut d'information.

De plus, deux questions portaient sur l'estimation du nombre de patients atteints de TUA vus en consultation ainsi que le nombre de demande de sevrage en alcool au cours d'un mois. Ces estimations restent très approximatives mais elles permettaient tout de même de se faire une idée sur l'importance du nombre de patients atteints de TUA. Ce biais influence très probablement peu les résultats car seulement cinq médecins ne reçoivent aucun patient atteint de TUA.

### III. Les forces de l'étude

Notre méthode de collecte était diverse : envoi via une liste de diffusion, accès en ligne de notre questionnaire sur le site du Conseil départemental du Nord de l'Ordre des médecins et publications sur des groupes Facebook de médecins du Nord-Pas-de-Calais, ce qui a pu minimiser certains biais.

Nous avons également et volontairement émis des questions à réponses fermées pour limiter l'apparition de biais.

De plus, le nombre de 135 réponses à notre questionnaire reste satisfaisant pour une étude descriptive à échelle régionale. Cela permet de se rendre compte de la pratique des médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais concernant la prise en charge des patients atteints de TUA mais aussi de leur connaissance sur l'offre de soins addictologiques et son éventuel recours.

Également, la réalisation d'un questionnaire numérique, envoyé par voie dématérialisée avec un temps de réponse court estimé à 5 minutes, est un point fort de l'étude. En effet, les médecins peuvent y répondre à tout moment sans que cela ne soit chronophage.

Par ailleurs, en raison de la prévalence du TUA en médecine générale, la bonne prise en charge des patients et l'orientation vers les différents dispositifs de soins addictologiques paraissent incontournables. Cela peut donc accroître l'intérêt des médecins généralistes à s'y intéresser et par conséquent à répondre au questionnaire.

## CONCLUSION

Le trouble de l'usage de l'alcool est une des conduites addictives les plus fréquentes en France et est fréquemment rencontré en médecine générale. Il s'agit donc d'un vrai enjeu de santé publique par ailleurs mis en avant dans le plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022.

Le médecin généraliste, acteur de première ligne, fait partie des premiers interlocuteurs potentiels et bénéficie donc d'une place privilégiée pour le repérage précoce des consommations à risque et la prise en charge des patients souffrant de TUA.

Notre étude a permis de faire un état des lieux sur les connaissances des médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais concernant la prise en charge du TUA et le dispositif de soins addictologiques.

Les connaissances des médecins généralistes dans la prise en charge du TUA sont globalement satisfaisantes mais non optimales. Des pistes d'amélioration sont à envisager concernant l'utilisation d'outils de dépistage du TUA et la surveillance du sevrage ambulatoire. Concernant le dispositif de soins addictologiques, notre étude montre qu'il pourrait être intéressant de renforcer les connaissances afin d'améliorer et simplifier son recours. De plus, les médecins de notre étude ont signalé avoir des difficultés à joindre un correspondant et ont trouvé que le système d'accès de premier recours n'était pas lisible. Un travail de réflexion a été mené dans ce sens afin de proposer un outil offrant une meilleure lisibilité du système de soins addictologiques.

D'autre part, en raison du caractère monocentrique de notre étude, une généralisation des résultats à l'ensemble du territoire reste donc limitée car ils peuvent être le reflet

d'une pratique particulière des médecins généralistes de la région. En effet, les pratiques professionnelles et l'offre de soins addictologiques peuvent varier d'une région à une autre. Un état des lieux à l'échelle nationale serait donc intéressant pour comparer la connaissance et le recours au dispositif de soins addictologiques d'une région à une autre.

L'amélioration de la prise en charge représente donc un véritable enjeu. Une meilleure formation des médecins généralistes dans le domaine de l'addictologie pourrait-elle permettre un meilleur repérage des consommateurs à risque, la réalisation de sevrages ambulatoires plus sécurisés, mais aussi un recours plus optimal au dispositif de soins addictologiques ? Il pourrait être intéressant de compléter le travail réalisé et d'étudier plus précisément la formation des médecins généralistes dans le domaine de l'addictologie, qu'elle soit initiale ou continue, mais aussi son impact sur les connaissances et le recours au dispositif de soins addictologiques.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Cottencin PO. CONDUITES ADDICTIVES HISTORIQUE, DEFINITION, CONCEPTS. PCEM1. Faculté de médecine de Lille.
2. Vavassori D, Harrati S, Favard A-M. Le test des comportements addictifs. *Psychotropes*. 2002;Vol.8(2):75-96.
3. Définitions : addictologie - Dictionnaire de français Larousse.
4. FEDERATION FRANCAISE D'ADDICTOLOGIE (PARIS 2) Chiffre d'affaires, résultat, bilans sur SOCIETE.COM - 439242058
5. FFA. La fédération. Présentation.
6. Organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie. Circulaire\_DHOS-03-DSS-CNAMTS-2002-610. Ministère de la Santé et des Solidarités. Mai 2007.
7. FFA. Les fondamentaux. Le champ de l'addiction.
8. Que nous dit la science des addictions ? MILDECA. Août 2015.
9. Dematteis M, Pennel L. 4. Théories neurobiologiques de l'addiction. Vol. 2e éd. Lavoisier; 2016.
10. Comprendre les mécanismes neurobiologiques. *Addict'Aide pro*. Janvier 2016.
11. Koob GF, Volkow ND. Neurocircuitry of Addiction. *Neuropsychopharmacology*. janv 2010;35(1):217-38.
12. Koob GF, Volkow ND. Neurobiology of addiction: a neurocircuitry analysis. *Lancet Psychiatry*. août 2016;3(8):760-73.
13. Berridge KC, Robinson TE. What is the role of dopamine in reward: hedonic impact, reward learning, or incentive salience? *Brain Research Reviews*. 1 déc 1998;28(3):309-69.
14. BioTop, physiologie de la douleur. Juin 2017.
15. Nader MA, Morgan D, Gage HD, Nader SH, Calhoun TL, Buchheimer N, et al. PET imaging of dopamine D2 receptors during chronic cocaine self-administration in monkeys. *Nat Neurosci*. août 2006;9(8):1050-6.
16. Naassila M. Bases neurobiologiques de l'addiction à l'alcool. *La Presse Médicale*. 1 juin 2018;47(6):554-64.
17. Koob GF. The dark side of emotion: the addiction perspective. *Eur J Pharmacol*. 15 avr 2015;753:73-87.

18. Roberto M, Varodayan F. Synaptic Targets: Chronic Alcohol Actions. *Neuropharmacology*. 1 août 2017;122:85-99.
19. Objectifs, indications et modalités du sevrage du patient alcoolodépendant. Haute Autorité de Santé. Juillet 2006.
20. Pic D. 35. Syndrome de sevrage alcoolique et délirium trémens. *Urgences* 2015.
21. Description de la maladie alcoolique et addiction alcool, sa prévention et son traitement. Partie 5. Hépatoweb.
22. Davis KM, Wu J-Y. Role of Glutamatergic and GABAergic Systems in Alcoholism. *Journal of Biomedical Science*. janv 2001;8(1):7-19.
23. Wise RA, Bozarth MA. A psychomotor stimulant theory of addiction. *Psychological Review*. oct 1987;94(4):469-92.
24. Koob GF, Bloom FE. Cellular and Molecular Mechanisms of Drug Dependence. *Science*. 1988;242(4879):715-23.
25. Volkow ND, Wang G-J, Fowler JS, Tomasi D, Telang F. Addiction: Beyond dopamine reward circuitry. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 13 sept 2011;108(37):15037-42.
26. Childress AR, Mozley PD, McElgin W, Fitzgerald J, Reivich M, O'Brien CP. Limbic Activation During Cue-Induced Cocaine Craving. *Am J Psychiatry*. janv 1999;156(1):11.
27. Kalivas PW, Volkow ND. The Neural Basis of Addiction: A Pathology of Motivation and Choice. *AJP*. 1 août 2005;162(8):1403-13.
28. Addictions. Du plaisir à la dépendance. Inserm - La science pour la santé. 2017.
29. Verheul R, van den Brink W, Geerlings P. A three-pathway psychobiological model of craving for alcohol. *Alcohol and Alcoholism*. 1 mars 1999;34(2):197-222.
30. Sirohi S, Bakalkin G, Walker BM. Alcohol-induced plasticity in the dynorphin/kappa-opioid receptor system. *Front Mol Neurosci*. 27 sept 2012;5:95.
31. Kreek MJ, Nielsen DA, Butelman ER, LaForge KS. Genetic influences on impulsivity, risk taking, stress responsivity and vulnerability to drug abuse and addiction. *Nature Neuroscience*. nov 2005;8(11):1450-7.
32. McLellan AT, Lewis DC, O'Brien CP, Kleber HD. Drug Dependence, a Chronic Medical Illness: Implications for Treatment, Insurance, and Outcomes Evaluation. *JAMA*. 4 oct 2000;284(13):1689.

33. Steinberg L. Cognitive and affective development in adolescence. Trends in Cognitive Sciences. 1 févr 2005;9(2):69-74.
34. Lebel C, Beaulieu C. Longitudinal Development of Human Brain Wiring Continues from Childhood into Adulthood. J Neurosci. 27 juill 2011;31(30):10937-47.
35. Abraham WC, Bear MF. Metaplasticity: the plasticity of synaptic plasticity. Trends in Neurosciences. 1 avr 1996;19(4):126-30.
36. Moss HB, Chen CM, Yi H. Early adolescent patterns of alcohol, cigarettes, and marijuana polysubstance use and young adult substance use outcomes in a nationally representative sample. Drug and Alcohol Dependence. 1 mars 2014;136:51-62.
37. Définitions : alcool - Dictionnaire de français Larousse.
38. König C. Historique de l'antimoine. Futura.
39. ALCOOL : Etymologie de ALCOOL. Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales.
40. Que dit la Bible au sujet de l'alcool / du vin ? Est-ce péché ? GotQuestions.org/Francais.
41. La boisson au Moyen Age, c'est pas d'la piquette ! (enfin, si) | Raconte-moi l'Histoire.
42. Petite histoire de la consommation d'alcool. Stop-alcool.ch - Historique.
43. Bernard H. Alcoolisme et antialcoolisme en France au XIXe siècle : autour de Magnus Huss. Histoire, économie & société. 1984;3(4):609-28.
44. Quels sont les risques de la consommation d'alcool pour la santé ? Santé Publique France. Juillet 2019.
45. Les crédits de la mission de lutte contre la drogue et la toxicomanie. Sénat.
46. La MILDT devient la MILDECA. Fédération Addiction. 2014.
47. Réduction des dommages associés à la consommation d'alcool Addictions. Inserm - La science pour la santé. 2021.
48. Avis d'experts relatif à l'évolution du discours public en matière de consommation d'alcool en France organisé par Santé publique France et l'Institut national du cancer. Mai 2017.
49. Les consommations de substances psychoactives en population générale. MILDECA. Octobre 2019.



50. SPF. Bulletin de santé publique alcool dans les Hauts-de-France. Janvier 2020.
51. Panorama de la santé 2019 : Les indicateurs de l'OCDE | OECD iLibrary.
52. Consommation d'alcool en France : où en sont les Français ? Santé Publique France. Janvier 2020.
53. Alcool et cancer | Cancer et environnement. Avril 2019.
54. Conduites addictives chez les adolescents. Inserm - La science pour la santé. 2014.
55. Conduites addictives et adolescence. MILDCA. Août 2015.
56. Michaud Philippe, Dangaix Denis. Le repérage de la consommation d'alcool est efficace chez les jeunes. avr 2009;La Santé de l'homme(400):4-5.
57. L'alcool, les boissons alcoolisées c'est quoi ? Que représente un verre d'alcool ? Alcool Info Service.
58. Les repères de consommation d'alcool : les standards mis en question - 2015-OFDT.
59. Drogues, chiffres clés - 8ème édition - 2019 - OFDT.
60. Paille F. L'alcool, une des toutes premières causes d'hospitalisation en France. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire. Juillet 2015. 440-409p.
61. Moran M. APA Advocacy Wins Coverage of *DSM* Codes in 12 States, D.C. PN. juill 2016;51(13):1-1.
62. Rapport d'élaboration. Outil d'aide au repérage précoce et intervention brève : alcool, cannabis, tabac chez l'adulte. Novembre 2014\_maj2021. Haute Autorité de Santé.
63. Williams N. The CAGE questionnaire. Occupational Medicine. 1 sept 2014;64(6):473-4.
64. Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours. Octobre 2014. Haute Autorité de santé.
65. ALCOOL / Questionnaire AUDIT : testez votre risque d'addiction à l'alcool. Addict'Aide.
66. ALCOOL / Questionnaire FACE : analysez votre consommation en 5 questions. Addict'Aide.

67. Mise en place des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie et à la mise en place des schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie. Circulaire\_DGS/MC2/2008/79. Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports. Février 2006.
68. Nord-Pas-de-Calais - Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) : Tous les établissements de type Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) en région Nord-Pas-de-Calais. Annuaire Action-sociale.
69. Repérer, prendre en charge, orienter : des ressources pour les professionnels de premier recours. Le dispositif de soins en addictologie. MILDECA. Septembre 2019.
70. Structuration du dispositif de réduction des risques, à la mise en place des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) et à leur financement par l'assurance maladie. Circulaire\_DGS/S6B/DSS/1A/DGAS/5C/2006/01. Ministère de la Santé et des Solidarités. Janvier 2006.
71. Les CAARUD en 2018. Analyse des rapports d'activité annuels standardisés. OFDT.
72. Les consultations jeunes consommateurs. MILDECA. Avril 2019.
73. Qui sommes-nous ? – RESPADD.
74. RESPADD. Addict'Aide.
75. Hauts-de-France Addictions.
76. La prise en charge et la prévention des addictions plan 2007-2011. Ministère de la Santé et des Solidarités.
77. Filière hospitalière de soins en addictologie. Circulaire\_DDHO//OO2//22008//2299. Ministère de la Santé et des Solidarités. Septembre 2008.
78. Paille F. 49. L'offre hospitalière de soins en addictologie. Vol. 2e éd. Lavoisier ; 2016. 401-406 p.
79. Focus sur le dispositif de soins en addictologie. MILDECA. Septembre 2019.
80. Garin A. Alcoologie. Université Joseph Fourier. Octobre 2010.
81. DGOS. Les équipes de liaison et de soins en addictologie - ELSA. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021.
82. Lépine J-F. et Al. Rapport. Propositions pour une politique de prévention et de prise en charge des addictions. Octobre 2006.

83. Le Breton-Lerouillois G. La démographie médicale en région Nord-Pas-de-Calais. 2015.
84. Bouet P. Atlas de la démographie médicale en France\_cnom\_2021.
85. Bouet P. Atlas de la démographie médicale en France\_cnom\_2020.
86. Cadre légal et historique du DPC. Haute Autorité de Santé.
87. DGOS. Développement professionnel continu - DPC. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021.
88. Plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022. MILDECA. Janvier 2019.
89. Schéma Régional de Santé-Projet Régional de Santé des Hauts-de-France 2018-2023. Agence Régionale de Santé.
90. Priorités de santé du territoire de démocratie sanitaire du Pas-de-Calais. Diagnostic partagé du Conseil territorial de santé. Décembre 2017.
91. Alcoolisations excessives en médecine de ville. La promotion du Repérage précoce et de l'intervention brève : RPIB - Tendances 47 - mars 2006 - OFDT.
92. Médecin généraliste. Les métiers de la santé. Ministère des Solidarités et de la Santé. Juillet 2015.
93. Cogordan C, Quatremère G, Andler R, Guignard R, Richard JB, Nguyen-Thanh V. Dialogue entre médecin généraliste et patient : les consommations de tabac et d'alcool en question, du point de vue du patient. Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique. 21 novembre 2020;68(6):319-26.
94. Phan T, Yana J, Fabre J, Yana L, Renard V, Ferrat E. Repérage de la consommation d'alcool à risque par les médecins généralistes : enquête auprès de patients en soins premiers. Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique. 1 août 2020;68(4):215-25.
95. Guignard R, François B, Obradovic I. Prise en charge des addictions par les médecins généralistes. Baromètre santé médecins généralistes 2009. 1 janv 2011;176-201.
96. Fiche outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève: alcool, cannabis, tabac chez l'adulte. Décembre 2014\_Maj2021. Haute Autorité de Santé.
97. Deehan A, Marshall EJ, Strang J. Tackling alcohol misuse: opportunities and obstacles in primary care. Br J Gen Pract. nov 1998;48(436):1779-82.

98. SFA. Mésusage de l'alcool : dépistage diagnostic et traitement. Recommandation de bonne pratique. *Alcoologie et Addictologie*. 2015 ; 37 (1) : 5-84
99. Gerber S. Entre pratique et théorie médicale. *Le Coq-heron*. 2004;no 176(1):116-29.
100. Liang J, Olsen RW. Alcohol use disorders and current pharmacological therapies: the role of GABAA receptors. *Acta Pharmacol Sin*. août 2014;35(8):981-93.
101. Conduite automobile : actualisation de la liste des médicaments à risque de somnolence. VIDAL.
102. SFA. Sevrage simple en alcool. Référentiel de bonnes pratiques cliniques. Décembre 2006;1-4.
103. Emeriaud P, Gallois P. Alcool : la cure de sevrage, mythes et réalités. *Médecine*. 1 oct 2005;1(1):22-5.
104. Medicalcul - Score de Cushman ~ Toxicologie.
105. Score de CUSHMAN. Hépatoweb.
106. Dumont J. Diantre ! Un autre sevrage d'alcool au cabinet ! *Le médecin du Québec*. Février 2009;44(2):43-9.
107. Noui S, Dervaux A. Adaptation transculturelle d'une version française du PAWSS (Prediction of Alcohol Withdrawal Severity Scale) : échelle de prédiction du risque de syndrome de sevrage d'alcool compliqué. *French Journal of Psychiatry*. 1 nov 2018;1:S136.
108. Watrin E, Madigand J. Traitement addictolytique du trouble de l'usage d'alcool : mise au point pharmacologique et perspectives d'avenir. *Eur psychiatr*. nov 2015;30(S2):S110-S110.
109. SELINCRO 18 mg cp pellic. VIDAL.
110. BACLOCUR 10 mg cp pellic séc. VIDAL.
111. REVIA 50 mg cp pellic séc supprimé. VIDAL.
112. AOTAL 333 mg cp enr gastrorésis. VIDAL.
113. ESPERAL 500 mg cp. VIDAL.
114. Notice patient - ESPERAL 500 mg, comprimé - Base de données publique des médicaments.

115. David S, Buyck J-F, Metten M-A. Les médecins généralistes face aux conduites addictives de leurs patients. Les dossiers de la DRESS. Juillet 2021;(80):47.
116. Profils et pratiques des usagers reçus en CAARUD en 2019 - Tendances 142 - décembre 2020 - OFDT.
117. EMASA - Equipe Mobile d'Accompagnement et de Soins en Addictologie. Centre Hospitalier de Lens.
118. EMAP - Equipe Mobile Addictologie Précarité - OSCARS : Observation et suivi cartographique des actions régionales de santé.
119. Thomas Poyade E, Nubukpo P. Utilisation par les médecins généralistes de la Haute-Vienne des dispositifs addictologiques sanitaires et médico-sociaux du département, dans la prise en charge d'un trouble d'usage d'alcool. Limoges, France: SCD de l'Université de Limoges; 2016.
120. DGOS. Soins de suite et de réadaptation - SSR. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021.
121. Arrêté du 2 août 2005 relatif aux missions du médecin traitant salarié - Légifrance.
122. Quand les médecins de Lubersac n'arrivent plus à joindre le CHU de Limoges. France 3 Nouvelle-Aquitaine.
123. Sailliol M. Étude des relations entre les médecins généralistes de la région de Pau et le centre hospitalier de rattachement de Pau pour améliorer la prise en charge mutualisée des patients. Médecine humaine et pathologie. 2014. 2014. (Médecine humaine et pathologie).
124. Cossec CL, Giacomelli M, Chambine S de. Coopération des équipes hospitalières avec les médecins et paramédicaux de ville. Sante Publique. 7 août 2018;Vol. 30(2):213-24.

## **ANNEXES**

**Annexe 1** : questionnaire AUDIT

**Annexe 2** : questionnaire FACE

**Annexe 3** : questionnaire à destination des médecins généralistes

**Annexe 4** : déclaration de conformité

**Annexe 5** : memento pratique pour la médecine générale

**Annexe 6** : échelle CIWA-Ar

## **Annexe 1 : questionnaire AUDIT**

### **Questionnaire AUDIT**

AUDIT = *Alcohol Use Disorders Identification Test*

*Interprétation* : L'AUDIT est interprété en fonction de la somme des points des 10 questions.

Chaque réponse est cotée de 0 à 4.

Score  $\geq$  5 : consommation à risque

Score  $\geq$  8 : usage nocif (7 chez la femme)

Score  $\geq$  12 : alcoolodépendance probable (11 chez la femme)

### Questionnaire AUDIT

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



## Annexe 2 : questionnaire FACE



### QUESTIONNAIRE

# QUESTIONNAIRE FACE

(FAST ALCOHOL CONSUMPTION EVALUATION)  
REPERAGE DES CONSOMMATIONS PROBLÉMATIQUES

Les cinq questions qui suivent doivent être de préférence posées sans reformulation, et cotées selon les réponses spontanées des patients. En cas d'hésitation, proposer les modalités de réponses, en demandant de choisir « la réponse la plus proche de la réalité ».

**Les deux premières questions portent sur les douze derniers mois.**

Questions	Points					Score
	0	1	2	3	4	
1. À quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?	Jamais	Une fois par mois ou moins	2 à 4 fois par mois	2 à 3 fois par semaine	4 fois ou plus par semaine	
2. Combien de verres standard buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?	1 ou 2	3 ou 4	5 ou 6	7 à 9	10 ou plus	
3. Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation d'alcool ?	Non				Oui	
4. Avez-vous déjà eu besoin d'alcool le matin pour vous sentir en forme ?	Non				Oui	
5. Vous arrive-t-il de boire et de ne plus vous souvenir ensuite de ce que vous avez pu dire ou faire ?	Non				Oui	

**TOTAL**

### INTERPRÉTATIONS DU RÉSULTAT

- Pour un score égal ou supérieur à 5 chez l'homme et 4 chez les femmes, un mésusage est à suspecter.
- Pour les deux sexes, un score supérieur ou égal à 9 est en faveur d'une dépendance.

Société Française d'Alcologie, 2015.

**Point d'attention :** Ce test a pour but de repérer les personnes présentant des troubles de l'usage d'alcool et n'est pas basé sur les repères de consommation qui visent eux à présenter un seuil de consommation d'alcool à moindre risque pour la santé. Pour en savoir plus, rendez-vous sur le site [alcool-info-service.fr](http://alcool-info-service.fr)

### **Annexe 3 : questionnaire à destination des médecins généralistes**

#### **Etat des lieux des connaissances du trouble de l'usage de l'alcool et du dispositif de soins addictologiques : enquête auprès des médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais.**

Bonjour, je m'appelle Delphine ENGLER, je suis étudiante en médecine générale. Dans le cadre de ma thèse, je réalise un questionnaire sur la prise en charge du trouble de l'usage de l'alcool. Il s'agit d'une recherche scientifique ayant pour but d'évaluer les connaissances des médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais sur la prise en charge d'un trouble de l'usage de l'alcool et sur l'offre de soins addictologiques. Si vous le souhaitez, je vous propose de participer à l'étude. Pour y répondre, vous devez être médecin généraliste, en activité, installé dans le Nord-Pas-de-Calais.

Ce questionnaire est facultatif, confidentiel et il ne vous prendra que 5 minutes seulement !

Ce questionnaire n'étant pas identifiant, il ne sera donc pas possible d'exercer ses droits d'accès aux données, droit de retrait ou de modification.

Aussi pour assurer une sécurité optimale vos réponses ne seront pas conservées au-delà de la soutenance de la thèse.

Ce questionnaire fait l'objet d'une déclaration portant le n°2021-138 au registre des traitements de l'Université de Lille.

Pour toute demande, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données à l'adresse suivante : [dpo@univ-lille.fr](mailto:dpo@univ-lille.fr). Sans réponse de la part du DPO, vous pouvez formuler une réclamation auprès de la CNIL.

Merci à vous !

#### Partie 1 : les présentations.

1. Vous êtes :

Une femme

Un homme

Autre

2. Quel âge avez-vous ?

Entre 25-30 ans

Entre 31 et 40 ans

Entre 41 et 50 ans

Entre 51 et 60 ans

Plus de 60 ans

3. Quel est votre mode d'exercice ?

Seul

En groupe

4. Où exercez-vous ?

Nord

Pas-de-Calais

5. Quel est votre secteur d'activité ?

Urbain

Rural

6. Avez-vous une formation complémentaire en addictologie ?

Oui

Non

7. Si "oui", la ou les quelle(s) ?

Stage d'internat en addictologie

DU (Diplôme Universitaire) / DIU (Diplôme Inter Universitaire) / DESC (Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires) / Capacité d'addictologie

Cours magistraux

Formation médicale continue

Expérience

## Partie 2 : l'addictologie dans votre pratique courante.

8. Au cours du suivi de médecine générale, abordez-vous la question des consommations d'alcool au moins une fois avec chacun de vos patients dont ceux ne présentant aucun symptôme manifeste de trouble de l'usage de l'alcool ?

Oui

Non

9. Quel(s) outil(s) utilisez-vous pour aborder la problématique alcool ?

Questionnaire DETA

Questionnaire AUDIT

DSM V

Aucun

10. Combien de patients recevez-vous par mois en consultation pour un trouble de l'usage de l'alcool ?

- Aucun
- Entre 1 et 5
- Entre 5 et 10
- Plus de 10

11. Combien de patients recevez-vous par mois dans le cadre d'un sevrage en alcool ?

- Aucun
- Entre 1 et 5
- Entre 5 et 10
- Plus de 10

12. Vous arrive-t-il de réaliser vous-même un accompagnement pour :

- Un sevrage ambulatoire
- Une gestion des consommations
- Une réduction des consommations

13. Quelles sont, selon vous, les contre-indications d'un sevrage ambulatoire ?

- ATCD d'accident de sevrage : crise convulsives, délirium tremens
- Dépendance sévère
- Co-dépendance à une substance psychoactive : benzodiazépines, opiacés
- Echec de sevrage ambulatoire
- Comorbidités psychiatriques ou médicales
- Personne à risque : femme enceinte / sujet âgé / jeune patient
- Isolement

14. En l'absence de contre-indication au sevrage ambulatoire, comment organisez-vous la prise en charge ?

- Prescription médicamenteuse
- Prescription d'un passage infirmier à domicile
- Réévaluation régulière du sevrage en consultation

15. Lors de la réévaluation régulière du sevrage, utilisez-vous des échelles d'évaluation ?

- Cushman (anciennement Rueff)
- CIWA-Ar
- Aucune

16. En cas de prescription médicamenteuse pour le sevrage, que prescrivez-vous ?

- Benzodiazépines
- Acamprosate (Aotal®)
- Naltrexone (Revia®)
- Nalméfène (Selincro®)
- Baclofène (Baclocur®)
- Disulfirame (Esperal®)

17. En cas de prescription de benzodiazépines, réévaluez-vous le traitement ?

- Oui
- Non

18. En cas de prescription de benzodiazépines, réalisez-vous une décroissance ?

- Oui
- Non

19. Quelle est, selon vous, la durée du traitement par benzodiazépines lors du sevrage en alcool ?

- < 5 jours
- Entre 5 et 10 jours
- Entre 10 et 15 jours
- > 15 jours

20. Quelles offres de soins addictologiques connaissez-vous parmi les soins ambulatoires ?

- CSAPA
- CAARUD
- Réseau de santé (ville-hôpital)

21. Y avez-vous recours ?

- CSAPA
- CAARUD
- Réseau de santé (ville-hôpital)

22. Quelles offres de soins addictologiques connaissez-vous parmi les soins hospitaliers ?

- ELSA
- Hospitalisation complète
- Hospitalisation de jour

23. Y avez-vous recours ?

ELSA

Hospitalisation complète

Hospitalisation de jour

24. Connaissez-vous les soins de suite et de réadaptation addictologiques ?

Oui

Non

25. Y avez-vous recours ?

Oui

Non

26. Avez-vous des difficultés à joindre un correspondant en addictologie ?

Oui

Non

27. Trouvez-vous, le système d'accès de premier recours, lisible ? (identification de la structure / adresse / missions, etc ... )

Oui

Non

\*\*\*

Merci beaucoup pour votre participation ! Pour accéder aux résultats scientifiques de l'étude, vous pouvez me contacter à cette adresse : [delphine.engler.etu@univ-lille.fr](mailto:delphine.engler.etu@univ-lille.fr)

## Annexe 4 : déclaration de conformité

### RÉCÉPISSÉ DÉCLARATION DE CONFORMITÉ

Délégué à la protection des données (DPO) Jean-Luc TESSIER

Responsable administrative Clémentine Dehay

La délivrance de ce récépissé atteste que votre traitement est conforme à la réglementation applicable à la protection des données personnelles. Vous pouvez désormais mettre en œuvre votre traitement dans le strict respect des mesures qui ont été élaborées avec le DPO et qui figurent sur votre déclaration.

Toute modification doit être signalée dans les plus brefs délais: [dpo@univ-lille.fr](mailto:dpo@univ-lille.fr)

#### Responsable du traitement

<b>Nom</b> : Université de Lille	<b>SIREN</b> : 13 00 23583 00011
<b>Adresse</b> : 42 rue Paul Duez 59000 LILLE	<b>Code NAF</b> : 8542Z Tél. : +33 (0) 3 62 26 90 00

#### Traitement déclaré

**Intitulé** : Evaluer les connaissances des médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais sur la prise en charge d'un trouble de l'usage de l'alcool et sur l'offre de soins en addictologie.

**Référence Registre DPO** : 2021-138-1

**Responsable du traitement / Chargé (e) de la mise en œuvre** : M. Dominique LACROIX  
**Interlocuteur (s)** : Mme. Delphine ENGLER

Fait à Lille,

Jean-Luc TESSIER

Le 31 mai 2021

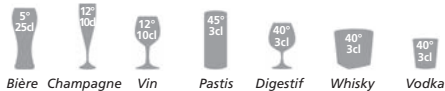
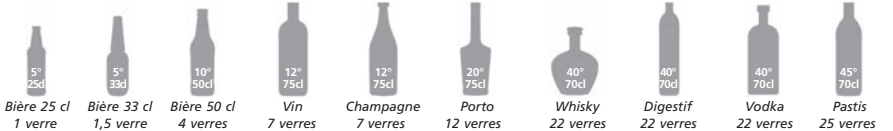
Délégué à la Protection des Données



## Annexe 5 : memento pratique pour la médecine générale

Mésusage de l'alcool : dépistage, diagnostic et traitement

### Memento pratique pour la médecine générale – 1

Je connais les seuils à risque	Je sais expliquer le verre-standard
<ul style="list-style-type: none"> <li>Jamais plus de <b>4 verres par occasion</b> pour l'usage ponctuel.</li> <li>Pas plus de <b>21 verres/semaine</b> pour l'usage régulier chez l'homme.</li> <li>Pas plus de <b>14 verres/semaine</b> chez la femme.</li> </ul>	<p>Un verre-standard est défini par une quantité d'alcool pur de <b>10 grammes</b> correspondant approximativement à 10 cl de vin, 25 cl de bière à 5 % vol, ou 3 cl d'alcool à 40 % vol.</p> 
Équivalences de conditionnements – verres-standard	
	

### Je reconnais un mésusage de l'alcool

#### Usage à risque :

- dépassement des seuils de manière ponctuelle ou régulière, sans dommage somatique, psychique ou social pour l'instant ;
- consommation en dessous des seuils, mais dans des situations particulières à risque (mineur, grossesse, personne âgée, conduite de véhicule, médicaments ou pathologies incompatibles, activité professionnelle ou sportive...).

**Usage nocif** : dommages somatiques, psychiques ou sociaux, mais sans éléments en faveur d'une dépendance.

**Dépendance** : désir puissant de consommer, perte de contrôle de la consommation, ou poursuite de la consommation dans des situations dangereuses.

### J'ose en parler

- J'adopte un style d'entretien empathique.
- Je demande la permission au patient de discuter de sa consommation d'alcool.
- J'explore l'ambivalence en interrogeant sur les aspects positifs et négatifs de la consommation.
- J'évalue la consommation déclarée d'alcool, par exemple avec l'AUDIT-C.

### Je repère quand ?

- Examen systématique et régulier.**
- Dommages en lien possible avec l'alcool.
- En cas de grossesse (ou désir de grossesse).
- En cas d'exposition/vulnérabilité (adolescence, grand âge, précarité, problèmes psychiatriques ou autres addictions).
- Pathologies résistantes aux traitements.
- Médicaments incompatibles avec l'alcool.
- Tout changement négatif sur le plan somatique, psychique ou social.

### J'évalue périodiquement la consommation d'alcool (AUDIT-C)

Sur l'année écoulée (nombre de points attribués entre parenthèses) :

- Combien de fois vous arrive-t-il de consommer de l'alcool ?**
  - Jamais (0)
  - 1 fois par mois (1)
  - 2 à 4 fois par mois (2)
  - 2 à 3 fois par semaine (3)
  - 4 fois ou plus par semaine (4)
- 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)
- Au cours d'une même occasion, combien de fois vous arrive-t-il de boire 6 verres-standard ou plus ?**
  - Jamais (0)
  - Moins de 1 fois par mois (1)
  - 1 fois par mois (2)
  - 1 fois par semaine (3)
  - Chaque jour ou presque (4)

→ **Mésusage probable** : score  $\geq 4$  chez l'homme et  $\geq 3$  chez la femme.

→ **Dépendance probable** : score  $\geq 10$  quel que soit le sexe.

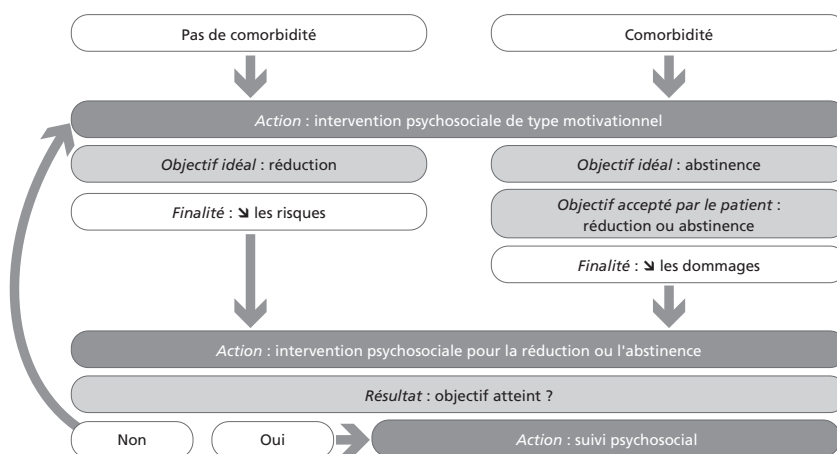


### Memento pratique pour la médecine générale – 2

Quel que soit le score AUDIT-C, j'évalue la consommation moyenne quotidienne d'alcool (CDA) ; je recherche des comorbidités

- Autres troubles d'usage de substances et addictions comportementales.
- Pathologies somatiques en lien avec l'alcool (maladies du foie, cancers, HTA...).
- Pathologies psychiatriques.
- Problèmes sociaux.

AUDIT-C  $\geq$  4 (homme) ou  $\geq$  3 (femme) et  $<$  10



Les interventions psychosociales sont de ma compétence

#### Éléments motivationnels

- Consommation : mettre l'accent sur le choix personnel.
- Se focaliser sur les préoccupations du patient.
- Valoriser les réussites et les petits succès.
- On peut exprimer son inquiétude sur l'état de santé et le relier à la consommation d'alcool.
- Éviter d'étiqueter le patient (avec un diagnostic stigmatisant).
- Éviter de forcer la résistance du patient.

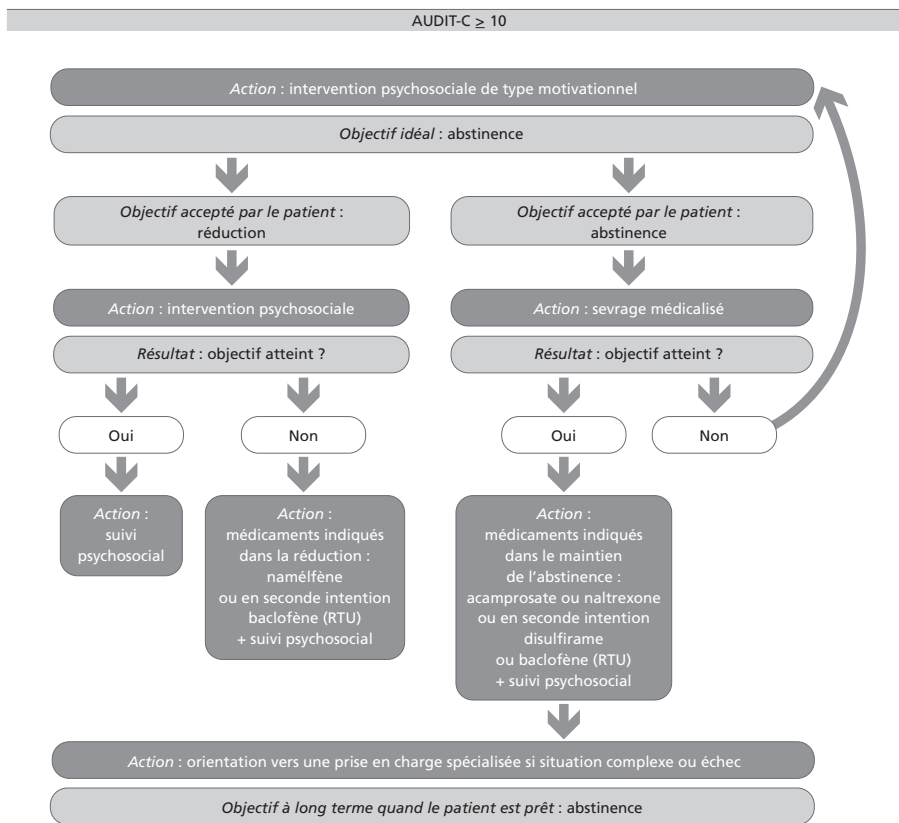
#### Réduction de la consommation

- Insister sur la tenue d'un agenda de consommation.
- Définir ensemble un objectif de consommation.
- Pointer positivement chaque succès.
- Encourager la recherche de stratégies concrètes pour résoudre les difficultés résiduelles.

#### Maintien de l'abstinence

- Pointer positivement chaque succès.
- Rechercher et pointer les bénéfices liés à l'abstinence (santé, social).
- Encourager la recherche de stratégies concrètes pour gérer les envies de boire.
- Valoriser l'entourage soutenant, orienter vers une association d'entraide.

Memento pratique pour la médecine générale – 3



Je sais identifier, prévenir et traiter un syndrome de sevrage d'alcool

Des signes qui m'alertent	J'accompagne le sevrage
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anxiété</li> <li>• Tremblement</li> <li>• Sudation</li> <li>• Agitation</li> <li>• Accélération du pouls</li> <li>• Augmentation de la pression artérielle</li> </ul>	<p><b>Le plus souvent :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• les sevrages antérieurs n'ont pas montré de signes de manque ;</li> <li>• le patient est vu au début du sevrage et ne présente pas de syndrome de sevrage.</li> </ul> <p>→ Simple surveillance sans médicament.</p> <p><b>Si risque de syndrome de sevrage :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Benzodiazépines en première intention.</li> </ul>

**Memento pratique pour la médecine générale – 4**

Je connais les indications d'un sevrage résidentiel	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Delirium ou crises comitiales au moment de l'évaluation ou dans les antécédents.</li> <li>• Consommation associée de substances psychoactives à doses élevées, notamment prises quotidiennes, anciennes et à fortes doses de benzodiazépines.</li> <li>• Importance du syndrome de sevrage, échec de sevrages ambulatoires itératifs.</li> <li>• Comorbidités sévères ou instables, fragilité liée à l'âge.</li> <li>• Demande pressante de l'entourage, faible soutien social, situation sociale précaire.</li> <li>• Grossesse.</li> </ul>	
Je sais prescrire en première intention	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vitamine B1, 500 mg par jour durant 1 à 3 semaines, selon l'intensité du mésusage.</li> </ul>	
Pour un sevrage ambulatoire	Pour un objectif de réduction
<p>Cibler la plus petite dose efficace de benzodiazépines, sur la plus courte durée.</p> <p><i>À titre d'exemple</i></p> <p><b>Valium® 10 (diazépam) :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1-1-1-1 les 1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> jours d'arrêt de l'alcool.</li> <li>• 1-1-1 le 3<sup>e</sup> jour.</li> <li>• 1-0-1 le 4<sup>e</sup> jour.</li> <li>• 0-0-1 le 5<sup>e</sup> jour. – 1 boîte –</li> </ul> <p><b>Rester à la maison les 2 premiers jours.</b></p> <p><b>Pas de conduite de véhicule durant le traitement.</b></p> <p><b>Envisager un arrêt de travail et revoir rapidement pour adapter la posologie selon les symptômes de sevrage ou la sédation.</b></p>	<p><b>Selincro® (nalméfène) :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 comprimé tous les jours où vous pensez être exposé au risque de boire.</li> <li>• À prendre idéalement 2 heures avant le moment du risque de boire, ou dès le matin.</li> </ul> <p>– 1 boîte –</p> <p><b>Revoir dans 1 semaine, puis 15 jours, puis 1 fois/mois minimum, au moins 6 mois.</b></p> <p><i>Prescription après un essai de réduction infructueux de 15 jours, sans médicament.</i></p>
Pour un maintien de l'abstinence	
<p><b>Revia® (naltrexone) :</b> 1 comprimé le matin – 1 boîte de 28 comprimés, renouvelable –</p> <p><b>Dans tous les cas, revoir le patient au moins 1 fois/mois. Traitement pour 3 mois.</b></p> <p><i>Respecter les recommandations de l'AMM, notamment les contre-indications, comme par exemple les opiacés (analgésiques ou substitution) avec la naltrexone et le nalméfène et surveiller la survenue de signes de sevrage ou d'effets secondaires, afin de les contrôler.</i></p>	<p><b>Aotal® (acamprosate) :</b> 2 comprimés matin-midi-soir – 1 boîte de 180 comprimés, renouvelable –</p> <p><b>Dans tous les cas, revoir le patient au moins 1 fois/mois. Traitement pour 1 an.</b></p>

Je sais prescrire en deuxième intention	
<p><b>Espéral® (disulfirame) dans le maintien de l'abstinence :</b> 0,5 à 1 comprimé le matin. Ne jamais associer à l'alcool. Traitement pour un mois renouvelable. Revoir le patient tous les mois.</p>	
<p><b>Baclofène dans le maintien de l'abstinence ou la réduction de la consommation :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aller sur le site de la recommandation temporaire d'utilisation (RTU : <a href="https://www.rtubaclofene.org">https://www.rtubaclofene.org</a>) et inscrire le patient, comme ceci est <b>obligatoire</b>.</li> <li>• Bien suivre les recommandations du site et rédiger une ordonnance pour 1 mois de traitement maximum, portant la mention "Prescription hors AMM".</li> <li>• Remettre au patient l'attestation mensuelle de traitement, imprimable depuis le portail.</li> <li>• Commencer par un 0,5 comprimé de baclofène 10 mg trois fois par jour pendant 2 à 3 jours, puis 0,5-0,5-1 (2-3 jours), puis 0,5-1-1 (2-3 jours), puis augmenter de 1 comprimé tous les 3 jours jusqu'à apparition de l'effet du baclofène.</li> <li>• À partir de la dose de 120 mg/jour, le prescripteur doit solliciter l'avis d'un médecin expérimenté dans la prise en charge de l'alcool-dépendance.</li> <li>• En cas d'arrêt de traitement, celui-ci devra être progressif (en 1 à 4 semaines, par paliers par exemple de 10 ou 15 mg tous les 2 jours).</li> </ul>	

## Annexe 6 : échelle CIWA-Ar

**Nausées et vomissements** : Demander : « Avez-vous des nausées ? Avez-vous vomi ? » Observer.

- 0 Ni nausée, ni vomissement
- 4 Nausées intermittentes avec haut-le-cœur
- 7 Nausées constantes, fréquents haut-le-cœur et vomissements

**Tremblements** : Evaluer bras tendus et doigts en face de l'examineur. Observer.

- 0 Pas de tremblement
- 1 Invisibles, mais sentis du bout des doigts
- 4 Modérés, lorsque les bras sont tendus
- 7 Sévères, même avec les bras non tendus

**Sueurs paroxystiques** : Observer.

- 0 Pas de sueur visible
- 1 Sueur à peine perceptible, paumes moites
- 4 Front perlé de sueur
- 7 Sueurs profuses

**Anxiété** : Demander : « Vous sentez-vous nerveux ? » Observer.

- 0 Pas d'anxiété. Détendu.
- 1 Légèrement anxieux
- 4 Modérément anxieux, sur ses gardes, on devine une anxiété
- 7 Equivalent d'état de panique aiguë, tel que l'on peut le voir dans les états délirants sévères ou les réactions schizophréniques aiguës.

**Agitation** : Observer.

- 0 Activité normale
- 1 Activité légèrement accrue par rapport à la normale
- 4 S'agite et gigote, modérément
- 7 Marche de long en large pendant l'évaluation, ou s'agite violemment

**Troubles des perceptions tactiles** : Demander : « Avez-vous des démangeaisons, des sensations de fourmillements, de brûlures ? Des engourdissements ? Ou avez-vous l'impression que des insectes grouillent sur ou sous votre peau ? »

- 0 Aucun trouble de ce registre
- 1 Très peu de démangeaisons, de sensations de fourmillements, de brûlures ou d'engourdissements
- 2 Peu de troubles cités ci-dessus
- 3 Troubles cités ci-dessus modérés
- 4 Hallucinations modérées
- 5 Hallucinations sévères
- 6 Hallucinations extrêmement sévères
- 7 Hallucinations continues

**Troubles des perceptions auditives** : Demander : « Etes-vous plus sensibles aux sons qui vous entourent ? Sont-ils plus stridents ? Vous font-ils peur ? Entendez-vous un son qui vous perturbe ? Entendez-vous des choses que vous savez ne pas être réellement là ? »

- 0 Aucun son troublant
- 1 Sons très peu stridents ou effrayants
- 2 Sons peu stridents ou effrayants
- 3 Sons modérément stridents ou effrayants
- 4 Hallucinations modérées
- 5 Hallucinations sévères
- 6 Hallucinations extrêmement sévères
- 7 Hallucinations continues

**Troubles de perceptions visuelles** : Demander : « La lumière vous paraît-elle trop vive ? Sa couleur est-elle différente ? Vous fait-elle mal aux yeux ? Voyez-vous des choses qui vous perturbent ? Voyez-vous des choses que vous savez ne pas être réellement là ? »

- 0 Aucun trouble de ce registre
- 1 Troubles très peu sensibles
- 2 Peu sensibles
- 3 Modérément sensibles
- 4 Hallucinations modérées
- 5 Hallucinations sévères
- 6 Hallucinations extrêmement sévères
- 7 Hallucinations continues

**Céphalées** : Demander : « Avez-vous des sensations anormales au niveau de la tête ? Avez-vous l'impression d'avoir la tête serrée dans un étui ? » Ne pas évaluer les étourdissements, ni les sensations de tête vide. S'attacher plutôt à la sévérité.

- 0 Céphalée absente
- 1 Très légère
- 2 Légère
- 3 Modérée
- 4 Modérément sévère
- 5 Sévère
- 6 Très sévère
- 7 Extrêmement sévère

**Troubles de l'orientation** : Demander : « Quel jour sommes-nous ? Où êtes-vous ? Qui suis-je ? »

- 0 Orienté(e) et peut faire des additions en série
- 1 Ne peut faire des additions en série ou est incertain(e) de la date
- 2 Erreur sur la date de moins de 2 jours
- 3 Erreur sur la date de plus de 2 jours
- 4 Désorienté(e) dans l'espace et/ou par rapport aux personnes

**AUTEUR : Nom : ENGLER**

**Prénom : DELPHINE**

**Date de soutenance : 22 octobre 2021**

**Titre de la thèse : Evaluation des connaissances du trouble de l'usage de l'alcool et du dispositif de soins addictologiques chez les médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais**

**Thèse - Médecine - Lille 2021**

**Cadre de classement : Médecine Générale**

**DES + spécialité : DES de Médecine Générale**

**Mots-clés : addiction, addictologie, trouble de l'usage de l'alcool, dispositif de soins addictologiques, médecine générale**

**Résumé :**

**Introduction :** Le trouble de l'usage de l'alcool ou TUA est la conduite addictive la plus fréquente en France. Elle représente donc un véritable enjeu de santé publique. En tant que premier interlocuteur des patients, le médecin généraliste a une place de choix dans le dépistage et la prise en charge de ce trouble. L'objectif de cette étude est d'évaluer les connaissances des médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais sur la prise en charge du TUA et sur le dispositif de soins addictologiques.

**Méthode :** Etude quantitative descriptive intéressant les médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais, à l'aide d'un questionnaire numérique de 27 questions. Les données ont été analysées grâce au logiciel R Studio® version 1.4.1717.

**Résultats :** 135 réponses ont été obtenues. 78 répondants (57,8%) réalisent le dépistage systématique des consommations d'alcool chez tous les patients. 125 répondants (95,4%) n'utilisent pas d'outils de dépistage. 130 répondants (96,2%) reçoivent au moins un patient atteint de TUA au cours d'un mois et 117 répondants (86,7%) réalisent au moins un sevrage ambulatoire au cours d'un mois. Concernant le dispositif de soins addictologiques, 93 répondants (72,1%) connaissent le CSAPA et 128 (95,5%) l'hospitalisation complète. Par contre, 113 répondants (91,9%) ne connaissent pas les ELSA. De plus, 70 répondants (52,6%) estiment avoir des difficultés à joindre un correspondant et 80 répondants (59,3%) ne trouvent pas que le système d'accès de premier recours soit lisible.

**Conclusion :** Cette étude nous a permis de faire un état des lieux des connaissances du TUA et du dispositif de soins addictologiques chez les médecins généralistes de la région. Les connaissances des médecins généralistes concernant la prise en charge du TUA sont globalement satisfaisantes mais non optimales. Des pistes d'amélioration sont à envisager concernant l'utilisation d'outils de dépistage du TUA et la surveillance du sevrage ambulatoire. Concernant le dispositif de soins addictologiques, notre étude montre qu'il pourrait être intéressant de renforcer les connaissances afin d'améliorer et simplifier son recours. Un travail de réflexion a été mené afin de proposer un outil offrant une meilleure lisibilité de ce dispositif.

**Composition du Jury :**

**Président : Monsieur le Professeur COTTENCIN**

**Assesseurs : Monsieur le Docteur D'HONDT**

**Monsieur le Docteur LEROY**

**Monsieur le Docteur BLONDEL**

**Directrice de thèse : Madame le Docteur NAUDIN**