

UNIVERSITÉ PARIS DIDEROT - PARIS 7

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 20 17

n° _____

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

NOM : MALICHER Prénoms : Elise, Bernadette
Date et Lieu de naissance : 19/06/1989 à Chambray Les Tours (37)

Présentée et soutenue publiquement le : 10 octobre 2017

**Rôle et place du médecin généraliste dans l'accompagnement / la prise
en charge des problèmes d'alcool**

Etude qualitative par entretiens semi-dirigés

Président de thèse : Professeur AUBIN-AUGER Isabelle

Directeur de thèse : Docteur DUHOT Didier

Co-directeur de thèse : Docteur LUSTMAN Matthieu

(DES de Médecine Générale)

REMERCIEMENTS

A Madame le Professeur Isabelle Aubin-Auger

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

A Monsieur le Professeur Wolff et à Monsieur le Professeur Laissy

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

Au Dr Duhot et au Dr Lutsman,

Pour avoir accepté de diriger ce travail, pour votre soutien, votre disponibilité et votre patience. Votre exigence et votre souci du détail mon incitée à approfondir ma réflexion, je vous en remercie.

A tous les médecins qui ont participé à ce travail

Merci pour le temps que vous m'avez accordé ainsi que vos précieux témoignages.

A Julie et Cécilia,

Pour votre soutien, votre travail et votre aide sur cette thèse

A tous mes maîtres de stage de médecine généralise,

Pour m'avoir transmis votre passion

A ma famille,

Pour votre soutien tout au long de ces longues années d'études, pour avoir toujours cru en moi et m'avoir encouragé, un grand merci.

A Chantal,

Pour son aide et sa relecture.

A mes amis,

Rencontrés sur les bancs de l'école primaire ou de la faculté, pour votre soutien, pour tous ces moments partagés, pour être toujours là aujourd'hui.

A mon futur époux,

Pour m'avoir soutenue et encouragée dans les moments de doute, pour faire mon bonheur depuis presque 8 ans et pour les années à venir

LISTE DES ABREVIATIONS

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

AUDIT : Alcohol Use Disorder Test

CCAA : Centres de Cure Ambulatoire en Alcoologie

CHAA : Centres d'Hygiène Alimentaire et d'Alcoologie

CIM : Classification Internationale des Maladies

CISP : Classification Internationale en Soins Primaires

CSST : Centres de Soins Spécialisés aux Toxicomanes

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

DIAPSY 91 : Dispositif Intersectoriel d'Appui pour l'Accès aux Soins Psychiatriques

DRC : Dictionnaire des Résultats de Consultations

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder

DU : Diplôme d'Université

ELSA : Equipes de Liaisons et de Soins en Addictologie

HAS : Haute Autorité de Santé

INPES : Institut National de Prévention et d'Education en Santé

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

MSU : Maitre de Stage Universitaire

OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies

OMG : Observatoire de Médecine générale

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

SFA : Société Française d'Alcoologie

SFMG : Société Française de Médecine Générale

SMPG : Santé Mentale en Population Générale

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS.....	2
LISTE DES ABREVIATIONS.....	4
TABLE DES MATIERES	6
INTRODUCTION	9
ELEMENTS DE CONTEXTE	12
1. Histoire de l'alcool et de sa prise en charge.....	12
1.1. De la découverte au début de la prise en charge.....	12
1.2. Revue des recommandations	19
2. Généralités sur la consommation en France.....	21
2.1. Quelques chiffres	22
2.2. Définitions	23
3. Les soins en addictologie	27
3.1. Les recours aux soins pour les patients ayant des problèmes d'alcool	27
3.2. La place du médecin généraliste.....	31
3.3. Une réalité contradictoire.....	32
4. Le projet	34
REVUE DE LA LITTERATURE	36
LES OBJECTIFS ET LES HYPOTHESES	39
MATERIEL & METHODE	41
1. Retour sur ma posture	41
1.1. Premières rencontres avec l'addictologie	41
1.2. Rencontre avec un patient, ancien consommateur d'alcool	43
1.3. Rencontre avec moi-même	45
2. La question de recherche	48
3. Type d'étude	48
4. Réalisation du guide d'entretien	50
4.1. Le recours à un sociologue et des pré-entretiens	50
4.2. La rédaction du guide d'entretien.....	53
5. Constitution de l'échantillon interrogé.....	54
6. Les entretiens.....	57
7. L'analyse des données	58
7.1. La méthode d'analyse	58
7.2. La triangulation.....	59

7.3. Eléments éthiques	60
RESULTATS	61
1. Des entretiens difficiles à réaliser	62
2. Les mots autour de l'alcool	64
3. Les médecins ont-ils beaucoup de patients avec un problème d'alcool ?.....	66
4. La spécificité du thème « alcool »	68
4.1. La place de l'alcool dans la société	68
4.2. Les représentations sociales des médecins.....	73
4.3. Influence de la consommation des médecins	75
5. La place de la valorisation personnelle, du plaisir	77
6. Comment les médecins abordent-ils le problème ?	78
6.1. La consommation d'alcool est abordée de manière systématique	79
6.2. La question de la consommation d'alcool est difficile à poser.....	80
6.3. Comment aborder le sujet ?.....	82
6.4. La spécificité de la relation médecin-patient dans le cadre des problèmes d'alcool.	85
7. Prise en charge ou accompagnement ?	87
7.1. Comment accompagner son patient ?	88
7.2. La place du médicament	91
7.3. Spécificité de la relation de confiance dans la prise en charge des problèmes d'alcool.....	92
7.4. Complexité de la coopération avec les autres professionnels de santé	94
8. Les bonnes excuses pour ne pas prendre en charge... ou les bonnes raisons de prendre en charge ?.....	99
8.1. La notion du temps.....	99
8.2. La formation des médecins	102
8.3. Les connaissances en addictologie	106
9. Le problème de consommation d'alcool est souvent intriqué dans un contexte particulier 109	
9.1. Les problèmes d'alcool accompagnent d'autres troubles psychiatriques.....	109
9.2. Le problème d'alcool et son retentissement sur la vie sociale impose une prise en charge spécifique.....	111
10. Les différents profils	113
10.1. Premier groupe : une prise en charge compliquée au cabinet.....	113
10.2. Deuxième groupe : la systématisation de l'abord du sujet.....	114
10.3. Troisième groupe : les médecins qui vont le plus loin	114
10.4. Un profil croisé : le profil motivationnel.....	116

10.5. Un profil unique ?.....	117
11. Conclusion	118
DISCUSSION	120
1. Evolution de ma posture.....	121
2. Discussion sur la méthode	123
3. Interaction entre société et le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge des problèmes d'alcool	125
4. Inadéquation entre recommandations et pratique du médecin généraliste.....	128
4.1. Recommandations et formation.....	130
4.2. Recommandations et abord des problèmes d'alcool	131
4.3. Recommandations et coopération	133
5. Réflexion sur freins et leviers.....	136
6. Comment réfléchir au rôle du médecin généraliste.....	137
7. Quelques pistes	139
CONCLUSION	143
BIBLIOGRAPHIE	150
ANNEXES	156
Annexe 1.....	156
Annexe 2.....	159
Annexe 3.....	165
Annexe 4.....	166
Annexe 5.....	167
RESUME	170
MOTS CLÉS.....	170

INTRODUCTION

Dans la société française, l'alcool a une place très importante : il est présent culturellement, gastronomiquement, économiquement... La France est un des plus grands producteurs de vin au monde (deuxième en 2016) (1), et le vin accompagne toujours les festivités, ceci depuis des centaines d'années.

L'alcool a également eu un rôle sacré : le vin est le sang du Christ dans la religion catholique. Même si ce rôle sacré, religieux, est moins important ce jour, l'alcool reste sacralisé dans la culture française.

Tout ceci explique assez bien pourquoi le nombre estimé de consommateurs d'alcool en France métropolitaine parmi les 11-75 ans est de 8,7 millions pour les usagers réguliers et de 4,6 millions pour les usagers quotidiens, d'après les résultats du baromètre santé de l'Institut National de Prévention et d'Education en Santé, en 2014 (INPES) (3).

Cependant, la consommation d'alcool peut être néfaste pour la santé, avec une morbi-mortalité importante. L'alcool est même reconnu comme un problème de santé publique qu'il faut prendre en charge.

Des recommandations ont été écrites pour pallier ce « problème de santé publique », par la Société Française d'Alcoologie (3). Ces dernières placent le médecin généraliste au cœur de la prise en charge des patients ayant des problèmes avec l'alcool. Il y est noté que le repérage du « mésusage » de l'alcool devrait être en priorité la mission des médecins généralistes. Ces recommandations proposent une formation de ces derniers au repérage précoce du « mésusage » de l'alcool et à la réalisation d'une intervention brève. Pour finir, elles mettent en avant l'importance d'un suivi coordonné.

Cependant, plusieurs études épidémiologiques se sont attachées à décrire la réalité «alcoologique» de la patientèle adulte des médecins généralistes en France. D'après l'étude ENGAM menée en France en 1991, la prévalence totale des « malades de l'alcool » était de 19,5% chez les adultes consultant en médecine générale et l'alcoolodépendance concernait 12,8 % des hommes et 2,2% des femmes (4). Pourtant, les données de l'Observatoire de la Médecine Générale (OMG) montrent qu'en moyenne chaque année, un médecin généraliste français prend en charge 1,5% de ses patients

pour un problème d'alcool, soit une vingtaine de patients, qui consultent en moyenne trois fois pour ce problème.

Ces quelques chiffres montrent que les troubles en lien avec l'alcool sont peu pris en charge en médecine générale et que cette prise en charge ne progresse pas significativement.

Il existe donc un décalage entre les recommandations et la réalité. Des questions se posent alors : pourquoi un tel décalage ? Comment le comprendre ? Ce décalage fait-il sens, ou est-ce un phénomène de résistance ? Quels sont les facteurs déterminants de la prise en charge en médecine de ville ? Quels sont, en conséquence le rôle et la place du médecin généraliste dans l'accompagnement et/ou la prise en charge des patients ayant un problème avec l'alcool ?

Afin de mieux comprendre ce décalage et répondre à ces questions, nous avons réalisé une recherche qualitative par entretien semi-dirigé. En effet, une recherche qualitative nous permettait d'explorer en profondeur ce que pensent et font les acteurs de santé et de saisir pourquoi ils agissent de cette manière.

Dans un premier temps, nous avons réalisé une étude du contexte autour de l'alcool : nous avons repris l'histoire de l'alcool et l'épidémiologie, afin de mieux comprendre la place de l'alcool dans la culture et la société française, ainsi que l'évolution historique des politiques et des recommandations autour des problèmes d'alcool. Par la suite, nous avons effectué une revue de la littérature, qui nous a permis de trouver différentes études autour du thème de notre recherche, mettant en évidence plusieurs points pouvant expliquer ce décalage.

Puis, il m'a semblé important que je réfléchisse sur ma propre posture face aux problèmes d'alcool. Cette réflexion a permis de mettre en avant mes difficultés, mon évolution et mes premiers questionnements concernant ce sujet. La revue de littérature, ainsi que ma posture ont fait évoluer la question de recherche.

Tout ceci nous a permis de réaliser notre guide d'entretien, afin de répondre à notre question de recherche.

Dans un second temps, nous exposerons les résultats de cette étude. Nous reviendrons tout d'abord sur les difficultés rencontrées pour trouver des médecins acceptant de participer à notre étude. Les médecins généralistes ayant tendance à refuser de participer du fait d'une patientèle peut concernée, nous avons demandé aux médecins rencontrés qu'elle était la part de patients éthyliques dans leur patientèle. Nous avons cherché la part d'intérêt et de « plaisir » dans la prise en charge des patients ayant un problème avec l'alcool. Puis, nous avons étudié les différents termes utilisés par les médecins à propos de l'alcool, ainsi que leurs représentations sur le sujet. Nous nous sommes ensuite intéressés à leur posture face à un patient alcoolique, leur prise en charge, leurs difficultés. Enfin, nous avons établi plusieurs profils de médecins généralistes.

Pour finir, nous verrons comment ma posture a évolué au cours de cette étude. Nous discuterons la méthode utilisée. Nous interrogerons l'interaction entre la société et le médecin généraliste face à l'alcool, ainsi que l'inadéquation des recommandations à la réalité. Nous apporterons une réflexion sur les freins et leviers dans les études. Nous réfléchirons sur le rôle du médecin généraliste face aux problèmes d'alcool. Enfin, nous aborderons quelques pistes qui pourraient nous aider sur notre thème.

ELEMENTS DE CONTEXTE

Notre étude a débuté par une recherche autour de l'alcool, son contexte, son histoire, sa place dans la société, et ses éventuelles incidences sur la pratique des médecins. . Nous souhaitons également savoir si cela avait une influence sur la pratique des médecins (5, 6, 7).

1. Histoire de l'alcool et de sa prise en charge

Dès l'Antiquité, l'alcool a eu une place prépondérante dans les moments de partage, les festivités. Sa fabrication, bien antérieure à celle du tabac, explique qu'il est plus ancré dans la société, d'autant qu'il a été longuement sacralisé via les religions (de Dionysos à la religion catholique avec le vin qui est le sang du Christ). Le mot alcool est apparu en France au XIIIème siècle. On parlait alors plutôt de vin même si l'alcool existait sous d'autres formes.

1.1. De la découverte au début de la prise en charge

Ce sont les arabes qui inventent le mot AL KHOL : les (al)chimistes arabes ou berbères dénommaient ainsi « toute substance pulvérisée » ou « liquide distillé », puis purifié par leurs soins. Peu à peu, ce mot finit par désigner l'ensemble des boissons produites par distillation. Il apparaît pour la première fois dans la péninsule ibérique en 1278. L'orthographe actuelle sera introduite au XVIème siècle dans notre langue.

Cependant, nous avons retrouvé des traces de consommation d'alcool remontant à la préhistoire. Il est alors obtenu suite à une fermentation d'aliments laissés sans surveillance (céréales, miel, fruit...).

Les Egyptiens décrivent dans leurs papyrus les étapes de fabrication, de production et de commercialisation de la bière et du vin. On retrouve également des sceaux indiquant les types de boissons alcoolisées et leurs qualités.

C'est à cette époque que l'on retrouve des premières mises en garde contre l'ivresse et sur les conséquences de la consommation.

Dans l'Antiquité, la boisson prend un aspect mystique, l'homme pense que l'alcool lui permet de connaître le monde des dieux. Il existe même des dieux du vin, de l'ivresse : Bacchus chez les Romains et Dionysos chez les grecs.

Trop boire est tout de même mal vu, il faut se conformer aux règles régissant la quantité d'alcool admise et le rythme de sa consommation. La première ambiguïté apparaît alors. La consommation est sacralisée avec des dieux du vin : elle permet de connaître le monde des dieux, de réfléchir, de débattre, de faire de la philosophie, comme dans les banquets grecs. Cependant, la consommation doit tout de même être contrôlée. La figure de l'ivrogne, de celui qui perd le contrôle est déjà stigmatisée. On recherche déjà le bon équilibre ce qui rend la situation complexe.

Les religions judéo-chrétiennes glorifient la consommation du vin. La première vigne aurait été plantée par Noé : « Noé planta la vigne et s'enivra » (Genèse). Le nouveau testament fait entrer la consommation du vin dans une consommation chrétienne, avec le miracle de la transformation de l'eau en vin et lors du dernier repas de Jésus-Christ, la conversion du vin en sang du Christ.

Au Moyen Age, le vin devient une source d'enrichissement pour divers pays en Occident, grâce à son exploitation et à son exportation à travers le monde. L'eau potable étant de moins en moins bonne qualité, elle est remplacée par les boissons alcoolisées. Le vin est également parfois mis dans les biberons afin d'aider les nourrissons à mieux dormir.

La Renaissance marque l'essor du vin-plaisir. Elle signe la qualité et la naissance de grands crus (XVII^{ème} et XVIII^{ème} siècle). C'est à ce moment-là que le vin commence à se consommer, en France, lors de festivités, finalement comme aujourd'hui. Il s'agit des premières traces de l'alcool festif, joyeux, enthousiasmant...

A la fin du XVIII^{ème} siècle, avec le début de la révolution industrielle, les populations les plus précaires ont recours à l'alcool pour supporter leurs conditions de travail ou de vie pénible. Elles utilisent l'alcool pour se donner du courage, de la force, mais également comme anxiolytique après une journée difficile.

En 1849, Magnus Huss (médecin suédois) introduit le terme d'alcoolisme, en décrivant des alcoolopathies viscérales et mentales.

Jusqu'au XIX^{ème} siècle, il n'existait donc aucune prise en charge médicalisée. L'infime partie de la population qui avait une consommation considérée comme anormale, était stigmatisée et mise à l'écart. Ces personnes étaient considérées comme des « ivrognes », et il n'était pas nécessaire de s'en préoccuper. On gérait alors la phase aiguë en mettant les « ivrognes » de côté afin d'éviter le trouble à l'ordre public, sans se préoccuper de la personne.

A partir du XIX^{ème} siècle apparaît le concept d'alcoolisme. Nous en sommes encore à « l'alcoolique », mais pas au « malade ». Les malades commencent tout de même à s'organiser entre eux, avec un objectif thérapeutique issu de leur expérience, à savoir l'abstinence totale et définitive.

Il n'y a pas vraiment de réponse à cette évolution. Peut-être est-ce lié au fait que l'on ne s'intéressait pas, auparavant, à la notion de personne, et que l'alcool a suivi l'évolution de la place de l'individu dans la société. Il s'agit d'une volonté nouvelle de prendre en charge cette pathologie. On pourrait penser que ceci est lié à l'industrialisation et l'urbanisation. En effet, un agriculteur qui buvait tranquillement dans son champs ne se repérait pas. Avec l'apparition des usines et de leurs nombreuses machines, arrivent les accidents de travail, les bagarres, la désorganisation du travail liés à l'alcool.

L'émergence des premiers mouvements féministes pourrait constituer une autre explication : la forte consommation d'alcool pouvait conduire des hommes à battre leur femme, à commettre des viols.

Bien sûr, l'évolution de la médecine a probablement joué un rôle : c'est une époque où la santé, l'hygiène, le bien être, prennent une place de plus en plus importante. C'est également à cette époque que l'on décrit les premières maladies chroniques.

Au milieu du XX^{ème} siècle apparaît l'alcoologie, définie par Pierre Fouquet comme une « science au carrefour de la médecine, de la psychologie, de la psychiatrie et de la sociologie » : le buveur devient un véritable malade. Cette nouvelle maladie englobe plusieurs pans de la médecine, et il y apparaît le versant social. Ce n'est donc pas une simple maladie mais quelque chose de bien plus compliquée. Cette ouverture à la

maladie permet d'envisager une prise en charge du patient par plusieurs professionnels médicaux et paramédicaux, et la mise en place d'un traitement. Le sevrage et l'abstinence restent au centre de la prise en charge.

En 1912 est créée la ligue nationale contre l'alcoolisme. Des centres de cure et de post cures sont construits.

Les patients se rendent alors dans des « asiles », et subissent des cures de dégoût (alimentation rendue nauséabonde, perfusion d'alcool à dose dégressive, thérapeutiques vomitives...). Ils en sortent une fois le sevrage obtenu (arrêt de la consommation). Mais à leur sortie, les patients n'ont pas de suivi... et recommencent à boire.

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

Finalement, jusqu'au milieu des années 1960, les différentes politiques de lutte contre l'alcoolisme ne sont pas parvenues à diminuer la croissance de la consommation. C'est sous l'impulsion du gouvernement de Pierre Mendès France, à partir de 1954, que l'action publique contre l'alcoolisme prend plusieurs formes :

- Réduction de l'offre : réglementation des points de vente (eau potable obligatoire sur le lieu de travail), fermeture des débits de boissons
- Développement de la prévention routière et scolaire
- Organisation de campagnes publicitaires anti-alcool
- Réglementation de la publicité avec l'interdiction d'associer l'alcool au sport et à la conduite automobile.

Ce n'est qu'en 1999 que l'alcool prend place parmi les substances psycho-actives considérées comme dangereuses, du fait de leurs effets potentiellement sévères.

Il n'est pas évident d'expliquer pourquoi la prise en charge des problèmes d'alcool a pris une dimension politique à cette époque, et pourquoi aussi tardivement. Cependant, la place sacrée et économique de l'alcool dans la société française a sûrement joué un rôle.

L'usage d'alcool est donc un marqueur culturel ancien qui, même s'il a perdu son sens sacré (au sens initial et religieux du terme) conserve sa valeur symbolique.

La consommation d'alcool reste tout de même probablement sacrée dans l'inconscient collectif. On y voit un rapport avec la fête entre amis, le partage, les célébrations, tout en oubliant le risque de violence physique, sexuelle ou d'accidents mortels.

En effet, la consommation est toujours euphorisante, désinhibante et permet de créer plus facilement des liens sociaux, de s'intégrer en société, de s'amuser.

Dans la société traditionnelle française, le vin partagé est signe d'une joie sociale affichée et démontre en plus la virilité des hommes présents. Le partage aide à la signature de marchés, à l'accord de fiançailles, scelle l'entente entre deux nouveaux alliés, réconcilie les disputes...

L'alcool est également un des premiers produits dopants : apport de force musculaire, euphorie pour les travailleurs et les cyclistes des premiers tours de France.

Enfin, en France, si on parle de Bourgogne, de Bordeaux, on pense d'abord au vin avant de penser à la région, à la ville concernée. De même si l'on ouvre des guides touristiques : la production de vin locale est régulièrement décrite avant l'histoire de la ville.

La France est un des plus grands pays producteurs de vin au monde (deuxième en 2016), et l'exportation de vin a une place importante dans l'économie française.

Economiquement, la filière vin représente 558 000 emplois directs et indirects (viticulteurs, tonneliers, bouchons, verre, logistique, emplois saisonniers, grande distribution, sommeliers...). Les exportations de vin ont rapporté à la France 7,6 milliards d'euros en 2012. La production de vin est le second secteur d'exportation français (après l'agroalimentaire excédentaire), et le premier secteur agricole français en valeur. Enfin, il existe 10 millions d'œnotouristes par an, dont 42% d'étrangers (53, 54)

On remarque également dans la culture cinématographique que l'ivresse collective est un signal de fête, l'expression d'un triomphe sportif, économique, militaire...

L'alcool rime avec joie et intégration sociale.

On retrouve également la consommation d'alcool comme objet de moquerie et de déchéance, comme dans « La Chevauchée Fantastique », film de John Ford, sorti en 1939, où un des personnages est un médecin ivrogne. Pourquoi cette place de médecin ivrogne ? Est-elle liée à la responsabilité en tant que médecin? A la non gestion de l'échec ?

Enfin, ses effets délétères sont responsables chaque année de 23000 décès directs et 2 700 blessés sur la route.

L'alcool est donc apparu, « par hasard », il y a très longtemps, via la fermentation. Ce hasard reste toujours à mettre en rapport avec la recherche de mets aux vertus bénéfiques, euphorisantes.

Rapidement, il a eu un aspect mystique et a été au cœur de diverses religions et croyances, utilisé lors de festivités, comme source de plaisir. Les effets néfastes ont été mis en évidence, avec des recommandations de consommation.

Mais à une époque où l'eau potable se fait rare, l'alcool permettait de prendre moins de risque d'attraper des maladies.

La production s'est ensuite intensifiée, avec une exportation commerciale.

Lors de la révolution industrielle, le caractère anxiolytique de l'alcool est apparu, permettant aux citoyens vivant dans des situations précaires d'oublier leurs problèmes, mais également d'obtenir plus de force pour effectuer leur travail pénible, de sortir de leur routine étouffante. Le côté désinhibiteur de l'alcool permettait de supporter un rôle habituel, pesant.

L'alcool a toujours ce rôle anxiolytique aujourd'hui, malgré l'émergence de traitements médicamenteux. En effet, nombreux sont les patients qui ont du mal à accepter un traitement, surtout antidépresseur.

C'est dans un contexte où la consommation d'alcool était déjà bien ancrée dans la société, que les premières définitions d'alcoolisme ont été données.

Depuis, de nombreuses politiques ont été mises en place pour essayer de diminuer les consommations, avec plus ou moins d'efficacité, devant les nombreux effets secondaires, les pathologies associées et le risque d'accident.

Aussi peut-on s'interroger sur les faibles résultats des différentes politiques.

Le tabac, lui, connaît régulièrement des augmentations de prix (même si elles sont considérées comme un peu lentes pour provoquer un réel impact sur la consommation), ce n'est pas le cas pour l'alcool.

La loi Evin a été assouplie en 2016 via l'article 13 de la loi n°2016-41, en instaurant l'article L 3323-3-1 du code de la santé publique : assouplissement concernant la promotion de l'alcool. Cet article stipule que les références à des régions de production, à des indications géographiques ou au patrimoine culturel liés à des boissons alcooliques protégées au titre de l'article L. 665-6 du code rural et de la pêche maritime ne sont pas considérées comme des publicités.

Le médecin généraliste peut donc avoir du mal à trouver sa place à travers toutes ces contradictions.

Les politiques créent des lois pour diminuer la consommation d'alcool... qu'ils assouplissent quelques années plus tard, l'exportation d'alcool restant toujours très importante aujourd'hui. Le terme de problème de santé publique est utilisé, mais sans action politique. On pointe le problème du doigt, on donne des chiffres de consommation, mais il n'existe pas de réel changement.

La place sacrée de l'alcool est toujours présente, sa consommation revêtant une importance pour créer des liens sociaux via une vertu désinhibitrice.

Existe-t-il une région française qui ne possède pas sa spécialité de vin, bière ou alcool?

Cette réalité peut complexifier la prise en charge des médecins généralistes : l'alcool existe et se consomme depuis très longtemps. On lui a également trouvé de nombreuses vertus : il peut être consommé pour se sentir plus fort, plus sûr de soi, comme anxiolytique... La consommation reste toujours sacrée, et très valorisée, surtout dans un pays comme la France où le vin a une place économique et culturelle très importante.

Comment les médecins vont-ils parler de l'alcool dans ce contexte ? Peuvent-ils revenir facilement sur la consommation de leur patient dans une société où la consommation est normale et banalisée ?

Suite à ce constat, les diverses sociétés médicales ont essayé de mettre en place des recommandations pour pallier ce problème de santé publique, et donner aux médecins généralistes des pistes d'aide à la prise en charge des patients.

1.2. Revue des recommandations

Les recommandations sont des guides de pratique, fondés sur des études, des concertations entre médecins.

La conférence de consensus de l'ANAES de 1999, en lien avec la SFA, a abouti à l'écriture de premières recommandations intitulées «Objectifs, indications et modalités du sevrage du patient alcoolodépendant», afin d'améliorer la prise en charge de ces patients (8).

La conférence de consensus de la SFA de 2001 (9) substitue l'abstinence totale et définitive par l'abstinence durable. La raison n'est pas clairement explicitée dans les recommandations. Cela n'aide peut être pas les médecins généralistes, un peu perdus dans ce changement, qu'ils ne comprennent pas forcément, qu'ils ne connaissent pas tout le temps... Cela peut rendre aussi les choses moins claires pour les patients.

En 2014, la SFA a revu ces recommandations de bonnes pratiques concernant le mésusage de l'alcool (3). De cette recommandation ressort plusieurs messages clés concernant la pratique des médecins généralistes.

L'objectif thérapeutique est fixé en accord avec les préférences du patient. Ceci s'intègre dans une démarche globale d'amélioration de la qualité de vie des patients, avec l'acceptation par le soignant de l'objectif de consommation sans essayer d'imposer son point de vue. L'acceptation par le soignant d'une simple réduction de la consommation d'alcool permet aux patients dépendants non disposés à l'abstinence de s'engager dans une démarche de soins. Cela permet d'élargir le suivi à plus de patients, en permettant un accompagnement adapté en fonction du patient et de ses souhaits. Le médecin généraliste peut donc proposer à ses patients différentes solutions, abstinence totale ou diminution simple de la consommation avec surveillance

rapprochée. Il faudra alors qu'il comprenne les attentes de son patient et reste à l'écoute de ses besoins.

Pour les personnes ayant une consommation d'alcool nocive et qui sont peu ou pas dépendantes, sans comorbidités majeures, l'objectif recommandé est une réduction de la consommation sous le seuil de risque de l'OMS.

Selon ces recommandations, tout médecin généraliste devrait avoir reçu une formation lui permettant de pratiquer le repérage précoce du mésusage de l'alcool et de réaliser une intervention brève. Si le patient ne relève pas d'une intervention brève ou si celle-ci a été inefficace, le médecin généraliste peut pratiquer des interventions psychosociales (renforcement de la motivation au changement, soutien de l'entourage, faciliter le recours aux mouvements d'entraide...). Il peut également proposer un traitement médicamenteux en vue de réduire la consommation d'alcool, de maintenir l'abstinence et de prévenir les rechutes. Finalement, le médecin généraliste doit s'adapter à la demande de son patient, sans avoir réellement de protocole établi par la recommandation. La prise en charge pourrait être considérée comme « à la carte », en fonction des désirs et des besoins, tout en restant évolutive.

Cependant, des schémas de prise en charge ne sont pas donnés dans ces recommandations, il est dit qu'il faut être formé, qu'il faut le faire mais on n'y précise pas vraiment ce qu'il faut faire. Il n'existe pas de réelle aide pratique pour le médecin généraliste.

Toujours selon les recommandations de bonne pratique de la SFA, dans certaines situations complexes comme une dépendance physique sévère, des comorbidités somatiques et psychiatriques, ou une situation sociale très précaire, le médecin généraliste ne peut être le seul soignant à intervenir. Il doit pouvoir faire appel à des équipes plus expérimentées, multidisciplinaires, ou disposant de lits d'hospitalisation. Le recours à une intervention spécialisée doit également être proposé si le médecin généraliste ne se sent pas suffisamment formé ou compétent pour la prise en charge.

En avril 2016, le rapport sur la réduction des risques et des dommages liés aux conduites addictives (10) parle de « réduire les conséquences néfastes, tant au niveau de la santé qu'au niveau socio-économique, sans faire de l'arrêt de la consommation un préalable »

La prise en charge, l'accompagnement des problèmes d'alcool sont finalement très récents : l'alcool n'est défini comme une maladie qu'à partir du milieu du XXème siècle, les médicaments et les recommandations n'apparaissent qu'à partir de la fin du XXème siècle. Les différentes recommandations ont évolué sur ce que l'on recherche exactement : abstinence totale et définitive ou réduction simple des conséquences néfastes ? Ceci peut rendre les choses peu claires pour la prise en charge : que faut-il réellement attendre du patient ? Les recommandations mettent également en avant le fait que les médecins doivent avoir une bonne formation. Cependant, en étudiant la littérature, nous avons remarqué que la majorité des médecins mettent en avant un manque de formation en alcoologie (11), (12).

Ce manque de formation peut être lié au vaste sujet qu'est la médecine générale et la possibilité de se former sur beaucoup de pathologies différentes. Chaque médecin étant libre, en théorie, de choisir la pathologie qui l'intéresse le plus.

L'alcool est un « problème de santé publique ». Aussi, la médecine doit jouer un rôle prépondérant. Cependant, on constate que les médecins généralistes sont peu investis. Il a donc été pensé, que former les généralistes apporterait une solution à ce problème. Mais est-ce aussi simple ?

Les différentes recommandations mettent donc en avant le rôle du médecin généraliste dans le dépistage et la prise en charge des problèmes d'alcool, sans nécessairement expliquer comment faire.

Cette place est-elle ressentie comme telle par les médecins généralistes ? Quels sont les chiffres de consommation dans la population, et quel est le pourcentage de prise en charge par les médecins généralistes ?

2. Généralités sur la consommation en France

Suite à ce premier constat, nous avons voulu revoir quels étaient les chiffres concernant la consommation en France, afin de vérifier si le généraliste avait réellement une place centrale. En outre, nous voulions savoir si les généralistes s'occupaient effectivement

de beaucoup de patients présentant un problème d'alcool, en mettant en rapport les chiffres d'épidémiologies ou données des études concernant le pourcentage de patient éthylique déclarés dans la patientèle, par exemple.

2.1. Quelques chiffres

En 2014, d'après les résultats du baromètre santé de l'Institut National de Prévention et d'Education en Santé (2), le nombre estimé de consommateurs d'alcool en France métropolitaine parmi les 11-75 ans est de 8,7 millions pour les usagers réguliers (consommation d'alcool au moins 3 fois par semaine) et de 4,6 millions d'usagers quotidiens.

Parmi les 18-75 ans, 87 % déclarent avoir bu de l'alcool une fois dans l'année, 38 % des personnes déclarent boire de l'alcool moins d'une fois par semaine, 39 % des personnes déclarent consommer de l'alcool au moins une fois par semaine, et 10 % déclarent en consommer quotidiennement. A noter que l'usage quotidien d'alcool concerne quasi exclusivement les personnes de plus de 50 ans.

La boisson alcoolisée la plus fréquemment consommée est le vin et sa consommation augmente avec l'âge. Ainsi, la consommation quotidienne de vin concerne 0,3 % des 18-25 ans et 23,0 % des 65-75 ans. Les hommes sont trois fois plus nombreux que les femmes à consommer quotidiennement de l'alcool (2).

D'après l'enquête sur la Santé Mentale en Population Générale (SMPG) réalisée en France au début des années 2000, le diagnostic d'abus ou de dépendance à l'alcool concerne 4,3 % de la population française âgée de 18 ans et plus (7,3 % des hommes et 1,5 % des femmes), dont 2,3 % de personnes dépendantes (13).

Les données les plus récentes concernant la mortalité totale, par an, liée à l'alcool, rapportent qu'en France, en 2009, on dénombrait 49 000 décès tout âge confondu, dont environ un tiers par cancer (15 000 décès), un quart par maladie cardiovasculaire, 17 % par accidents ou suicides, 16 % par maladie digestive (8000 décès des conséquences d'une cirrhose) et 11 % pour d'autres causes. Il s'agit de la deuxième cause de mortalité prématurée en France. Les décès liés à l'alcool sont majoritairement masculins (75 % de la mortalité totale) (14).

En dehors des décès, consommer de l'alcool expose à de multiples risques pour la santé, qui dépendent des quantités absorbées. Certaines maladies sont exclusivement attribuables à l'alcool (cirrhose alcoolique, syndrome de Korsakoff). L'alcool est également un facteur de risque de pathologies néoplasiques, de cardiopathies ischémiques et d'hypertension artérielle. En France, la pancréatite chronique est liée à un usage nocif de l'alcool dans 9 cas sur 10. L'apparition de lésions et de maladies (neuropathies périphériques, encéphalopathies, troubles cognitifs) peuvent être la conséquence de l'alcoolisation mais aussi du sevrage.

Parmi tous les dommages possiblement liés à l'alcool, le foie est l'organe le plus atteint. Plusieurs maladies hépatiques sont provoquées par une consommation excessive d'alcool : principalement la stéatose, l'hépatite alcoolique et la cirrhose. Il s'agit de pathologies graves : en cas de cirrhose et/ou d'hépatite alcoolique sévère, la survie à 5 ans varie de 20 % à 60 % (15).

Cependant, une grande majorité de la population consomme de l'alcool, ne serait-ce qu'une fois par an (4.3% avec abus ou dépendance), malgré les risques encourus. L'alcool reste la deuxième cause de décès en France.

Les différentes politiques mises en œuvre n'ont pour l'instant pas été très efficaces.

Les consommations sont très différentes : le jeune qui consomme occasionnellement le fait souvent par excès, alors que la personne âgée qui consomme occasionnellement parlera effectivement de verres de vins ou d'apéritifs de temps en temps. Un même mot peut aboutir à des consommations différentes, ce qui rend la tâche du généraliste encore plus complexe.

Est-ce réellement le rôle du médecin généraliste de parler avec son patient consommation d'alcool, « normes » de consommation et risques engendrés ? Comment le médecin généraliste peut-il légitimement aborder le sujet, qui pourrait également être considéré comme tabou dans la société ?

2.2. Définitions

Devant cette consommation généralisée et les risques encourus, de nombreuses définitions ont été établies afin de dépister les différentes consommations, et de mieux

les prendre en charge. Ces définitions devaient aider les médecins généralistes à comprendre quel patient devait être suivi, accompagné, pris en charge : un niveau de consommation engendrant une prise en charge différente.

On distingue 5 catégories d'usage de l'alcool selon la Société Française d'Alcoologie (SFA) (8)

- **L'abstinence** : absence de consommation de toute boisson alcoolisée
- **L'usage simple**, c'est-à-dire à faible risque individuel particulier. L'usage simple peut être occasionnel, intermittent ou continu.

Le mésusage comprend les trois catégories suivantes :

- **L'usage à risque** : consommation supérieure aux seuils de dangerosité définis par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) qui n'est pas encore associée à des conséquences pour le consommateur, mais qui est susceptible d'entraîner des dommages si les habitudes de consommation persistent. Il s'agit d'une consommation déclarée, régulière (au moins cinq jours par semaine) supérieure à trois verres par jour pour les hommes et deux verres par jour pour les femmes, OU une intoxication alcoolique aiguë, qui est une consommation lors d'une seule occasion, d'au moins cinq verres pour les hommes et d'au moins quatre verres pour les femmes.
- **L'usage nocif** : il se caractérise par l'existence d'au moins un dommage d'ordre médical, psychique ou social induit par l'alcool, en dehors d'une situation de dépendance
- **L'usage avec dépendance** : L'usage avec dépendance est caractérisé par la perte de la maîtrise de la consommation. Elle peut s'accompagner de dépendance physique, se traduisant par l'apparition d'un « syndrome de sevrage alcoolique », qui est l'expression variable des troubles physiques apparaissant lors de la suspension de la consommation d'alcool.

Les différentes définitions autour de l'usage nocif d'alcool et de dépendance sont retrouvées dans la dixième révision de la classification statistique internationale des maladies de l'OMS (CIM-10) (16), ainsi que dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5e édition, connu sous le titre de DSM-V (17) (*annexe 1*).

Ces définitions évoluent régulièrement, et sont des outils de dépistage des différents problèmes d'alcool.

Cependant, ces définitions restent très complexes et pourraient probablement être simplifiées. Y-a-t-il un intérêt réel à différencier abstinence et usage simple ou usage à risque et usage avec dépendance pour un médecin généraliste ?

Devant ces définitions un peu compliquées, les médecins généralistes ont essayé de créer leurs propres définitions : la Société Française de Médecine Générale (SFMG) a créé dans les années 1990 un outil appelé Dictionnaire des Résultats de consultation ® (DRC), qui regroupe les 278 cas cliniques qu'un médecin généraliste rencontre en moyenne au moins une fois par an (18). Ce dictionnaire est mis à jour annuellement et permet une correspondance avec la CIM-10.

Dans ce dictionnaire, on retrouve le résultat de consultation « Problème avec l'alcool ». Elle permet de relever toutes les situations où l'abus de boissons alcoolisées pose un problème somatique, psychique, familial ou social. On ne trouve donc plus le mot « mésusage », on se retrouve face à quelque chose de compliqué, ce n'est pas une simple pathologie, mais un « problème ».

Les problèmes avec l'alcool y sont définis comme une plainte ou un trouble liés à une consommation anormale de boisson alcoolisée de type :

- buveur excessif (H > 28 verres par semaine, F >14)
- dépendance psychologique (désir irrépressible de boire dans certaines situations)
- dépendance physique (incapacité d'arrêter de boire plus de 3 jours)
- ivresse aiguë (violence, blessure, coma...)
- syndrome de sevrage, pré-DT (anxiété, énervement, insomnie, tremblements, sueurs...)

Le problème peut être évoqué par le patient, son entourage, le médecin.

Le résultat de consultation « Problème avec l'alcool » comprend quelques compléments sémiologiques :

- Déni du problème : s'il existe des signes évidents de difficultés liées à l'alcool, malgré la négation du patient, il peut s'agir de mensonge, d'anosognosie, de peur de honte
- Poursuite d'alcoolisation : elle permet de tenir compte du patient qui refuse des soins, mais aussi de celui qui, tout en poursuivant sa consommation chemine progressivement vers le changement
- Crainte de réalcoolisation : elle permet, dans le suivi du patient abstinent, de relever les séances où il évoque ses craintes de rechute
- Réalcoolisation, rechute : on substitue au critère habituel de récurrence, rechute et réalcoolisation, plus usités en addictologie

Il y est noté une correspondance avec la CIM10 (F10.1 : troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation nocive pour la santé ; F10.2 : Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance), ainsi qu'avec la CISP (P15 : Alcoolisme chronique ; P 16 : Alcoolisation aiguë).

La CISP est la Classification internationale des Soins Primaires. Elle permet de classer et coder trois éléments de la consultation de médecine générale : motifs de rencontre (du point de vue du patient), appréciations portées par le professionnel de santé (problèmes de santé diagnostiqués), et procédures de soins (réalisées ou programmées). Le rapprochement de ces éléments permet de reconstituer les épisodes de soins.

Au total, il existe de nombreuses définitions autour des problèmes liés à l'alcool. La plupart ne sont pas réellement adaptées à la pratique des médecins généralistes, qui, à leur lecture, se retrouvent dans un flou encore plus complet.

De nouvelles définitions ont été données, par les médecins généralistes, pour leurs confrères. Mais ces dernières ne sont pas forcément bien connues non plus. De plus, l'utilisation de la CISP et du DRC impliquent un investissement du médecin et avoir un logiciel adapté afin de coder les consultations comme il se doit.

3. Les soins en addictologie

Enfin, la prise en charge des problèmes d'alcool paraissant complexe, nous avons décidé de refaire le point sur les différentes structures qui pouvaient intervenir dans le cadre du suivi des patients. Ces structures pourraient aider le médecin généraliste dans sa prise en charge, par des échanges téléphoniques ou en adressant directement des patients si besoin.

3.1. Les recours aux soins pour les patients ayant des problèmes d'alcool

Les patients en difficulté avec leur consommation d'alcool peuvent s'adresser (19) :

- Soit à des structures médico-sociales spécialisées en addictologie, appelées centres de soins, d'accompagnement, et de prévention en addictologie (CSAPA)
- Soit à des hôpitaux (généralistes ou spécialisés en psychiatrie)
- Soit à des médecins de ville, le plus souvent généralistes.

Concernant les hôpitaux, une étude effectuée via les PMSI (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information) et publiée en 2015 montre que dans les services de médecine, chirurgie et obstétrique, 580 000 séjours en 2012 sont liés à un problème avec l'alcool, soit une augmentation de 11,3 % par rapport à 2006. Concernant les services de psychiatrie, plus de 2,7 millions de journée d'hospitalisation sont liées au diagnostic alcool en 2012 (soit plus 2,3% par rapport à 2006). Pour les Services de Soins de Suite et Réadaptation, 2 millions de journées sont secondaires à un problème d'alcool, soit une augmentation de 6,7% par rapport à 2012 (20).

Les ELSA (Equipes de Liaison et de Soins en Addictologie) sont des équipes, composées au mieux d'un médecin, d'un(e) infirmier(e), d'un(e) psychologue et/ou d'un(e) assistant(e) social(e). Elles se déplacent au sein des services hospitaliers pour évaluer leurs problèmes d'addiction, initier un traitement le cas échéant, et orienter le patient vers une prise en charge adaptée à sa sortie de l'hôpital (20). Ces équipes permettent d'aider les autres médecins hospitaliers dans les prises en charge de

sevrage, lorsque l'hospitalisation en addictologie n'est pas possible, du fait d'autres pathologies plus lourdes présentes ou du manque de place.

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

Ces centres accueillent des personnes ayant des consommations d'alcool excessives, le plus souvent dépendantes (2/3 des patients), ou ayant un usage nocif, ou à risque. Le nombre de personnes consommatrices d'alcool (actuelles ou en ayant consommé auparavant) accueillies dans ces centres pour un problème d'alcool était estimé à 133.000 personnes en 2010 (21).

Le décret n°2007-877 du 14 mai 2007 relatif aux missions CSAPA (Journal officiel du 15 mai 2007) détaille les missions de ces établissements (22)

- Mission d'accueil : recevoir toute personne se présentant au CSAPA ou faisant appel à lui. C'est donc d'abord un lieu d'écoute, où l'équipe apporte, dès l'accueil, les premières réponses aux questions que se posent l'utilisateur sur sa consommation. On doit y trouver une grande disponibilité, un local facile d'accès et des horaires souples, des formalités d'accueil simples, un espace d'écoute et de travail permettant respect et confidentialité.
- Lieu d'information : l'information va du dialogue en tête à tête à la remise de documents ou de brochures. Les informations concernent la nature et les effets des produits consommés, les risques médicaux induits par la consommation, les droits et les modalités de prise en charge...
- Lieu d'évaluation médical, psychologique et social : il s'agit de déterminer l'importance de la consommation du patient, sa situation sociale et ses éventuelles difficultés associées pour lui proposer la prise en charge la plus adaptée à ses besoins.

- Lieu d'orientation : toute personne accueillie va bénéficier d'un projet de prise en charge, décidé d'un accord commun, ou, si besoin, d'une orientation vers une structure plus adaptée à ses besoins.

Les prestations sont principalement ambulatoires et gratuites. Des consultations de proximité peuvent être mises en place en vue d'assurer le repérage précoce des usages nocifs.

La prise en charge est médicale :

- Evaluation de la dimension médicale et psychologique de la dépendance par un médecin du centre en lien avec les infirmières
- Recherche de comorbidités somatiques ou psychiatriques
- Proposition des différents types de soins possibles, incluant notamment les prises en charge des états de manque inhérents à la dépendance, et les traitements des comorbidités
- Proposition d'un sevrage thérapeutique

Mais aussi psychologique :

- Evaluation de la dimension psychologique des consommations et des dépendances
- Suivi psychologique et soutien adaptés aux besoins, orientation vers le secteur psychiatrique en cas de comorbidités psychiatriques.

Et sociale :

- Proposition d'hébergement sur une courte ou longue durée, dépannage alimentaire
- Rencontre avec les assistantes sociales
- Aide à l'insertion ou à la réinsertion (acquisition de droits sociaux, accès ou retour à un travail)

La prise en charge au CSAPA comprend donc le diagnostic, les prestations de soins, mais aussi l'accès aux droits sociaux et l'aide à l'insertion ou à la réinsertion. Ces centres assurent le sevrage et son accompagnement, la prescription et le suivi des traitements médicamenteux.

C'est une prise en charge pluri-professionnelle, faisant participer des médecins, des infirmiers, des assistants sociaux... Tous ces acteurs se trouvent au même endroit, ce qui permet aux patients d'avoir accès plus facilement aux différents partenaires.

Les patients se rendent au CSAPA par eux-mêmes, ou via d'autres professionnels de santé (médecin généraliste, urgentiste...). Les médecins de CSAPA sont également tenus d'informer le médecin traitant du patient concernant son suivi et sa prise en charge.

Il s'agit donc d'une structure très bien organisée, pouvant prendre en charge divers problèmes si, bien sûr, elle permet des consultations rapprochées pour tous les patients le demandant.

Finalement, il existe une structure spécifique et spécialisée de prise en charge pour les problèmes d'alcool : les CSAPA. Mais si cette structure a été créée pour gérer les problèmes d'addictions en générale, quelle est la place des médecins généralistes ?

Ces structures peuvent manquer dans certaines régions de France. Elles peuvent être difficilement accessibles du fait, non seulement, de l'éloignement géographique avec le patient mais également du fait d'un grand nombre de demandes. Des médecins généralistes ne pouvant travailler avec ces structures peuvent alors se sentir isolés.

Dans la nomenclature, ces structures semblent adaptées. Mais sont-elles suffisantes en nombre? Les médecins généralistes les connaissent-ils? Sont-ils informés de leur fonctionnement et des procédures d'admission des patients ? Comment s'articulent exactement ces structures avec les médecins généralistes ?

3.2. La place du médecin généraliste

Le médecin généraliste a-t-il un rôle particulier dans la prise en charge des patients ayant un problème avec l'alcool ? Cette question se pose du fait de sa position de médecin de premier recours dans le système de soins. Il a effectivement un rôle de coordination des soins autour du patient, et est aussi le référent de leur entourage (3).

Depuis la conférence de consensus de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) en 2001 sur les modalités de l'accompagnement du sujet alcoolo-dépendant après un sevrage, le médecin généraliste est défini comme le pivot de la prise en charge : c'est le médecin le plus facilement consulté dans l'année, ce qui laisse le plus d'opportunité pour le dépistage (consultation pour renouveler des médicaments, vaccinations, certificats...). Sa place se situe aussi bien dans le sevrage que dans le maintien de l'abstinence. Selon ces recommandations, les médecins généralistes doivent recevoir une formation initiale et continue « afin de leur permettre de nommer la maladie, de participer à la prise en charge des patients sans contribuer au déni social du risque alcool » (8).

En 2014, les recommandations de la SFA (3) donnent de nouveau au médecin généraliste une place « cruciale ». Le médecin généraliste y est défini comme « pivot de la prise en charge ». Il est noté, dans ces recommandations, que le repérage du « mésusage » de l'alcool est en priorité la mission des médecins généralistes. Ces recommandations vont dans le sens d'une formation de ces derniers au repérage précoce du mésusage de l'alcool et à la réalisation d'une intervention brève. Elles mettent également en avant l'importance d'un suivi coordonné, tout en reconnaissant le fait que les différents partenaires sont régulièrement mal identifiés.

Cette mission est donnée aux médecins généralistes car ce sont eux qui voient les patients le plus souvent. Cependant, il n'est pas forcément évident pour eux d'effectuer ce travail, car les patients ne sont pas toujours demandeurs, viennent avec d'autres problèmes, etc.

En outre, des médecins généralistes orientent leur patient et espèrent un suivi coordonné. Mais il arrive qu'ils n'aient pas de retour, qu'aucune information leur soit communiquée. Aussi ne savent-ils plus où en est leur patient.

Les recommandations françaises dans la prise en charge des problèmes d'alcool supposent un rôle particulier du médecin généraliste, mais qu'en est-il réellement ?

Il est retrouvé dans la littérature que les médecins disent devoir effectuer le dépistage et la prise en charge des patients en souffrance avec l'alcool (23).

Nonobstant, malgré ce rôle reconnu par les médecins eux-mêmes, il ressort des études que le médecin généraliste n'est que la deuxième source d'orientation des patients en CSAPA. Les patients s'y rendent de leur propre chef dans la majorité des cas (24). Ceci signifie que, lorsqu'ils sont confrontés à des problèmes d'alcool, les patients ne se rendent finalement pas chez leur médecin pour lui en parler. Ils vont préférer aller directement dans des centres spécialisés. Nous pouvons nous interroger sur cette posture. N'ont-ils jamais voulu aborder leurs problèmes d'alcool avec leur médecin ? Les médecins n'ont-ils pas été capables de leur répondre ?

3.3. Une réalité contradictoire

Plusieurs études épidémiologiques se sont attachées à décrire la réalité «alcoologique» de la patientèle adulte des médecins généralistes en France. D'après l'étude ENGAM menée en France en 1991, la prévalence totale des « malades de l'alcool » était de 19,5 % chez les adultes consultant en médecine générale et l'alcoololo-dépendance concernait 12,8 % des hommes et 2,2% des femmes (4). En 2000, une enquête réalisée par l'ensemble des Observatoires Régionaux de Santé mesurait cette même prévalence totale à 18,2%, dont 5% d'alcoololo-dépendants, confirmant ainsi les résultats de l'étude ENGAM (25).

Les patients faisant un « mésusage » de l'alcool consultent plus souvent que les autres patients, en particulier les alcoololo-dépendants. Pour ces derniers, la moyenne annuelle des consultations était de 9 en 1992, alors que la moyenne nationale était de 5,8. Un an plus tard, 70 à 80% d'entre eux étaient revus au moins une fois (26).

Bien que datant un peu, les données de l'Observatoire de la Médecine Générale (OMG) permettent de caractériser la prise en charge des problèmes avec l'alcool en médecine de premier recours. De 1993 à 2009, les médecins de l'OMG ont recueilli les données de leur pratique en temps réel pendant leurs consultations. Ils utilisaient un thesaurus de diagnostics standardisés : le Dictionnaire des Résultats de consultation®. La base

de données recense plus de 690 000 patients pris en charge lors de 6 millions d'actes, avec 8 millions de Résultats de consultation et 15 millions de lignes de prescriptions médicamenteuses (27).

Les données de l'OMG montrent qu'en moyenne chaque année, un médecin généraliste français prend en charge une vingtaine de patients alcooliques, qui consultent en moyenne trois fois pour ce problème.

Les patients pris en charge pour un problème d'alcool le sont essentiellement entre 40 et 60 ans. Ils sont très majoritairement des hommes.

Par ailleurs, l'observatoire de médecine générale a montré une multiplication par deux en 5 ans de la prise en charge de l'addiction au tabac et une augmentation de 50% en 5 ans de la prise en charge de la toxicomanie. Cependant, la prise en charge de l'alcoolodépendance stagne depuis 1998 (Figure n°1). (27)

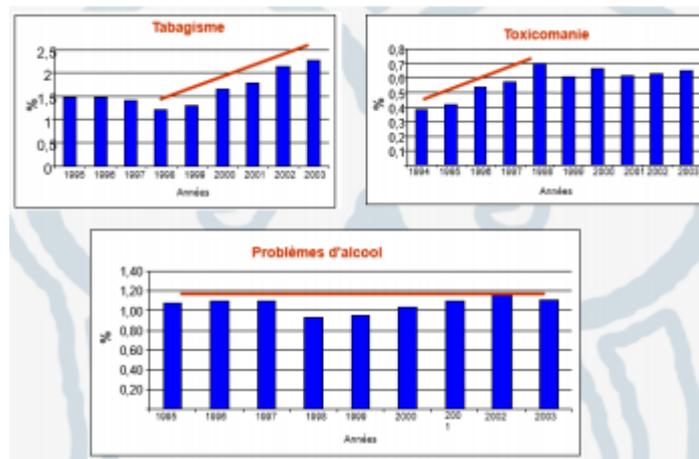


Figure 1 : Evolution annuelle de la prise en charge du tabagisme, des toxicomanies et des problèmes d'alcool

Ces quelques chiffres confirment que les troubles en lien avec l'alcool sont peu pris en charge en médecine générale et que cette prise en charge ne progresse pas significativement.

Nous remarquons également un déficit de prise en charge de l'alcoolisme au regard des chiffres annoncés des patients ayant un problème d'alcool et en comparaison du taux de prise en charge des autres conduites addictives.

Force est de constater que la prise en charge des patients ayant un problème avec l'alcool est bien inférieure au nombre de patients concernés. Dans ce cadre les hypothèses sont que les patients en parlent peu à leur médecin, que les médecins ne s'y intéressent pas assez, ou les deux.

Par ailleurs, il semblerait que la prise en charge ambulatoire par le généraliste, pour peu qu'elle soit formalisée, donnerait des résultats non négligeables. Une étude montrait en 2011 que 50 % des patients ayant bénéficié d'une cure ambulatoire étaient abstinents à 6 mois et un tiers à un an. Ils étaient 65 % à se déclarer bien psychologiquement. Ce résultat est voisin de ceux généralement présentés par les structures « alcoologie » (29).

Les recommandations ne semblent donc pas totalement adaptées à la pratique du médecin généraliste, peut-être parce qu'elles sont trop compliquées, peu claires et peu connues par ce dernier.

On peut donc se demander quelle est la posture du médecin généraliste face à cette littérature. Comment gère-t-il les problèmes d'alcool, muni ou non de ces recommandations? Quelle est la prise en charge des médecins généralistes, réelle ou attendue ? Que signifie, « les prendre en charge » ? Quel est le rôle réel du médecin généraliste et quelles sont ses limites ?

4. Le projet

A la lumière de ces contradictions, l'étude BASIS, initiée par un groupe de médecins généralistes et menée en 2015 avait pour objectif de décrire la prise en charge des patients ayant un problème avec l'alcool dans 5 pays européens (Allemagne, Espagne, France, Italie, Royaume Uni). Les résultats préliminaires de cette étude menée sur internet montrent que l'alcool n'est pas ressenti par les médecins généralistes comme l'un des principaux facteurs de risque de l'hypertension artérielle, que l'enseignement de l'alcool à l'université est faible, et qu'il existe des différences importantes entre les

différents pays concernant le dépistage et la prise en charge des problèmes d'alcool (30).

Dans le prolongement de cette étude quantitative européenne, la Société Française de Médecine Générale (SFMG) qui représentait le bras français, a pris l'initiative de faire un travail complémentaire de type qualitatif. La SFMG voulait explorer plus concrètement les éléments facilitateurs et les freins des médecins généralistes pour aborder et prendre en charge les problèmes liés à l'alcool chez leurs patients. Le travail qualitatif permettait d'ouvrir les réponses, d'obtenir des réponses plus authentiques de la part des médecins et non des réponses orientées d'un questionnaire.

Il s'agissait alors de répondre à la question suivante : Peut-on identifier les facteurs influençant, en soins ambulatoires, l'évocation de la consommation d'alcool et l'accompagnement des patients qui en font un mésusage ?

Cette première question était la question de départ, qui pouvait, par la suite être travaillée.

Cette question de départ nous a permis d'effectuer notre recherche bibliographique.

REVUE DE LA LITTÉRATURE

Une revue de la littérature internationale a été réalisée en 2015 sur 2 bases de données, Embase et Pubmed, complétées par une recherche de la littérature grise via Google Scholar. Les mots clés utilisés pour la recherche étaient : « primary AND care AND attitudes OR beliefs AND alcohol AND abuse »

Une restriction a été réalisée aux publications en français et en anglais datant des 2 dernières décennies. Une quarantaine d'articles ont été retenus initialement et lus par chaque thésarde. Une réunion a été effectuée afin de mettre en commun l'analyse des différents articles et de sélectionner uniquement les plus pertinents.

Au final, 32 articles ont été retenus pour une analyse plus précise. De ces articles sont ressortis plusieurs déterminants semblant influencer la prise en charge des problèmes d'alcool en médecine ambulatoire, tels que :

- L'importance de la formation et des compétences des médecins en alcoologie : dans certaines études, il était posé la question des freins de la prise en charge de l'alcoolodépendance, il revenait régulièrement le manque de formation (31, 32, 33). Il était également fréquemment déclaré par les médecins qu'ils avaient du mal à reconnaître les différentes consommations, qu'ils ne connaissaient pas leurs définitions (34, 35). Les traitements et leurs posologies n'étaient pas non plus bien connus, et il existait parfois une mauvaise opinion sur les traitements (peu efficaces, effets secondaires...) (31, 36, 37).

Le manque de formation et de connaissance était régulièrement pré-supposé par les études avec des questions posées aux généralistes du type « êtes vous bien formé ? Pensez-vous avoir les connaissances ? »

Ce pré-supposé pourrait être considéré comme un jugement sur le médecin généraliste : s'il se formait, il ferait mieux donc il faut qu'il se forme. Mais la réalité est tout autre, chaque médecin peut choisir à quelle formation il va assister, et un médecin peut ne jamais se rendre à une formation autour des problèmes d'alcool.

- Les représentations du patient et du médecin vis-à-vis de cette pathologie et de sa prise en charge : certains médecins peuvent avoir une attitude négative, des idées reçues et juger leur patient (38). Beaucoup d'études ont également mis en évidence une part importante du déni des patients, qui peuvent également avoir des réactions inappropriées (31, 41, 42, 43). La consommation du médecin pourrait également jouer sur la prise en charge (33, 35, 44)

Le comportement du médecin ET celui du patient pourraient donc influencer sur la prise en charge. Le médecin via ses a priori, le patient avec la peur des a priori et l'absence de sentiment d'être malade. Mais qu'en est-il vraiment des réponses une fois le dialogue instauré ? Qui juge le plus l'autre ? Comment éviter ce type de problème ?

- La relation médecin patients : dans des études, il a été retrouvé que les médecins ont peur d'aborder le sujet, car cela risque de mettre en péril leur relation avec leur patient, voire même leur faire perdre des patients (39, 40). Mais dans d'autres études, il était plutôt retrouvé qu'une bonne relation permettait de poser la question plus facilement (37, 41, 46)

Il semble donc important d'instaurer une bonne relation, permettant de discuter, de se confier, sans peur du jugement de son médecin.

Toutefois, si l'on s'en tient à une telle évidence, cela n'apportera rien à l'appréhension des problèmes d'alcool chez un patient. Même si la « bonne relation » médecin-patient en médecine générale représente le premier axiome, il n'est pas clairement précisé ce qui est sous-entendu derrière ces deux vocables. Il n'est pas non plus expliqué comment l'instaurer.

- Un problème d'organisation du système de santé, qui ne valorise pas cette prise en charge (45), avec notamment un certain manque de temps, dans un contexte où la charge de travail est de plus en plus importante (31, 43, 46, 47), et où la rémunération n'est finalement pas proportionnelle au temps passé (33, 42). Plusieurs études ont également mis en avant un manque de centre de prise en charge, et des difficultés pour adresser les patients (33, 35, 36)

On se trouve donc dans un contexte où les médecins se font de plus en plus rares, confrontés à des difficultés à prendre en charge des patients par manque de temps. La prise en charge d'un problème d'alcool pouvant être très longue, des médecins peuvent éviter de l'aborder avec le patient, pour ne pas se retrouver dans des situations compliquées, et prendre du retard, d'autant plus qu'une consultation longue n'est pas valorisée financièrement.

Le manque de centre de prise en charge met également le médecin devant une situation compliquée : à quoi ça sert de dépister un problème s'il n'a pas d'orientation à proposer au patient ?

- La place de l'alcool dans la société et sa culture : il a été évoqué, à plusieurs reprises, le terme de consommation sociale, avec de nombreuses situations où les patients sont stigmatisés s'ils ne consomment pas (34, 43)

Ces différentes études ont souligné les causes de « non prise en charge » qui sont des réponses relativement fréquentes comme l'absence de formation, le manque de connaissances, le rôle de la relation médecin patient... Or elles ne mettent pas en avant le véritable rôle, la place du médecin généraliste dans la prise en charge. Les réponses sont classiques, et ne s'intéressent pas au cœur du problème, à l'intérêt des médecins généralistes pour ce type de problématique, ni à la place qui leur est réservée par les recommandations et celle qu'ils ont réellement.

Ces déterminants ont été consignés dans un tableau Excel qui nous a servi à réaliser le guide d'entretien (*annexe 2*).

LES OBJECTIFS ET LES HYPOTHESES

A la fin de ce travail de revue de littérature, nous nous sommes rendu compte de plusieurs problèmes : il existe une disparité entre les chiffres de consommation d'alcool selon les études épidémiologiques et la réalité de prise en charge par les médecins généralistes. Des recommandations ont bien été établies, des structures spécialisées ont été créées, sans que cela ne change réellement les choses. Plusieurs études ont mis en avant des facteurs semblant déterminer la prise en charge des patients ayant un problème d'alcool, par les médecins généralistes.

Nous avons alors établi des premiers objectifs :

- Comprendre le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge / et l'accompagnement des problèmes d'alcool.
- Comprendre les éléments facilitateurs et les freins des médecins généralistes concernant l'évocation et la prise en charge des patients qui font un mésusage de l'alcool.
- Essayer de déterminer des pistes de réflexions afin d'aider les médecins à réfléchir sur leur pratique
- Comprendre la place de la société actuelle dans la consommation d'alcool.

Ces objectifs nous ont menés à formuler une première série d'hypothèses :

- Les médecins généralistes estiment manquer de formations sur le thème des problèmes d'alcool, et ne connaissent pas bien les réseaux qui peuvent les aider à gérer ces problèmes
- Les médecins généralistes n'abordent pas les problèmes d'alcool de peur de perdre des patients, de nuire à leur relation avec leur patient
- La qualité de la relation médecin-malade/ relation de confiance favorise l'accompagnement des patients, ayant un problème avec l'alcool, par leur médecin généraliste.

- La consommation d'alcool du médecin généraliste a une influence sur la prise en charge des problèmes d'alcool
- Le rapport temps passé / rémunération est très négatif dans ce type de pathologie, ce qui rend la prise en charge peu intéressante
- La consommation sociale ou culturelle crée une difficulté supplémentaire dans la prise en charge des problèmes d'alcool.

Afin de répondre à notre question initiale et de vérifier nos hypothèses, nous avons choisi d'effectuer une recherche qualitative par entretiens semi-dirigés.

Il m'a alors fallu réfléchir à ma propre posture vis-à-vis des problèmes d'alcool afin de ne pas retranscrire mes propres idées à travers le discours des personnes interviewées.

Les différents questionnements initiaux nous ont permis d'obtenir une question de recherche plus adaptée.

Nous expliquerons également pourquoi nous avons choisi ce type d'étude, comment l'échantillon a été constitué, comment le guide d'entretien a été élaboré, et enfin, comment les données ont été analysées.

MATERIEL & METHODE

Afin de répondre à ces diverses questions, il m'a semblé important de revenir sur mon histoire concernant les problèmes d'alcool, ma posture sur ce thème. Réfléchir sur ma posture m'a permis de comprendre comment je ressentais les choses, comment je travaillais. Je me suis rendue compte que j'avais une certaine vision des choses, mais que ce n'était pas forcément celle de tous les médecins. J'ai compris que chaque médecin pouvait avoir une posture différente de la mienne, et qu'il ne fallait pas les juger, mais travailler avec eux afin d'essayer de les comprendre et d'envisager comment il est possible de faire évoluer les choses, dans le cadre des problèmes d'alcool.

1. Retour sur ma posture

1.1. Premières rencontres avec l'addictologie

Au cours des études de médecine, nous devons effectuer de nombreux stages. J'ai effectué un stage en psychiatrie à l'hôpital Fernand Vidal. De nombreux patients hospitalisés souffraient de problème d'alcool. Certains étaient là pour une première cure d'autres pour une énième... J'ai rencontré un patient très jeune, qui avait déjà souffert d'addiction à la cocaïne, à l'héroïne... et qui après un sevrage total dans ces deux substances, sans substitution, s'était mis à consommer beaucoup d'alcool. Il avait un travail mais ses différentes addictions commençaient à peser sur son activité. L'envie de s'en sortir était présente, mais cela lui était très difficile. J'ai commencé à me questionner sur cette prise en charge : comment faire pour mieux aider ces patients, pourquoi cela semblait si difficile, comment éviter les rechutes ? Pourquoi cela n'avait pas l'air de bien fonctionner ?

Ces questionnements sont venus du fait que tout semblait plus compliqué que pour d'autres pathologies. Il ne suffisait pas de prendre un traitement pour se soigner, beaucoup trop de choses entraient en jeu.

L'externat a laissé place à l'internat, et à ses autres stages. J'y ai également rencontré de nombreux patients qui souffraient de problème d'alcool.

Nous étions fréquemment confrontés à ce problème aux urgences : de nombreux patients arrivaient alcoolisés, ou avec des signes de sevrage plus ou moins grave. Mais la plupart du temps, une fois le dégrisement passé et le bilan effectué, ils retournaient chez eux, sans réelles recommandations, ni rendez-vous donné. Dans certains services hospitaliers, nous pouvions faire passer les équipes d'addictologie, mais aux urgences, il était fréquent que le psychiatre ne se déplace pas... Il est vrai que dans l'instant même, je ne me posais pas non plus la question, mais en y réfléchissant, force est de constater que nous laissions tout de même passer une chance pour la prise en charge de ces patients. En effet, certains ne parlent pas de leur problème d'alcool à leur médecin, et parfois n'ont même pas de médecin traitant. Alors qu'aux urgences, le problème est bien réel, on le voit, les patients ne peuvent pas le nier. C'est donc un moment propice pour essayer d'en discuter, de voir avec eux ce qu'on peut faire comment on peut les aider. Mais en réalité, on dégrise les patients en se disant « encore un », puis on le laisse sortir le lendemain, comme si de rien n'était.

D'un autre côté, les urgences sont toujours très engorgées. Il est difficile de s'imaginer se poser tranquillement à côté d'un patient, une fois dégrisé, pour savoir ce qu'on peut faire pour lui et lui expliquer les différentes orientations envisageables...

En stage ambulatoire (en tant qu'externe, niveau 1 et en SASPAS), j'ai également rencontré des patients qui avaient des problèmes d'alcool. Un patient venait pour une demande de sevrage avec une prise en charge hospitalière. Il avait déjà tenté plusieurs sevrages mais avait rechuté à chaque fois. La difficulté était qu'il n'allait pas obtenir de place avant plusieurs semaines en hospitalisation. Nous avons mis alors en place un sevrage à domicile. Le patient revenait au début deux fois par semaines puis toutes les semaines, en attendant l'hospitalisation. J'étais satisfaite de le voir régulièrement, je pensais qu'il avait parcouru la partie la plus difficile et j'aimais l'accompagner. Mon maître de stage m'a un peu déstabilisée en me disant « bah, il fait ça à chaque fois, ça fait 7 ou 8 fois qu'il essaie un sevrage, de toute façon il va encore rechuter... »

Comment peut-on aider un patient en étant défaitiste dès le départ ?

Par ailleurs, les difficultés à trouver une place en hospitalisation m'ont un peu déconcertée car je me disais qu'il ne fallait surtout pas laisser passer le moment où le patient était motivé et décidé : et s'il rechutait à la maison à un jour de l'hospitalisation ?

Ces diverses rencontres m'ont marqué et m'ont mise face à une prise en charge que je trouvais complexe, parfois sans issu, avec des patients qui rechutaient sans cesse. Les médecins avec qui je travaillais en stage semblaient éprouver des difficultés à prendre en charge ces patients, ressentant du dépit lorsqu'ils rechutaient et ne sachant pas toujours quoi faire ni comment faire.

C'est dans ce contexte que j'ai rencontré le Docteur Duhot, directeur du centre de santé de Pantin, qui m'a proposé de réaliser avec lui et une autre interne, une thèse sur les facteurs déterminant la prise en charge des problèmes d'alcool, en ville.

1.2. Rencontre avec un patient, ancien consommateur d'alcool

En commençant le travail sur cette thèse, j'ai rencontré un patient, ancien consommateur d'alcool et désormais membre de l'association Vie Libre (*annexe 3*) (62), afin de connaître le point de vue du côté du patient. Il m'a permis de rentrer dans le vif du sujet, et de détecter certains problèmes, d'un point de vue différent de celui du médecin.

Il a tout d'abord mis en avant les effets de sa maladie sur sa santé, mais aussi sur sa vie en général. Il a utilisé des termes très durs tels que « l'alcool suicide », qui décrivaient bien les difficultés engendrées par sa maladie et son ressenti. C'était donc pour lui une pathologie qui le tuait à petit feu, tout en étant lui-même l'acteur.

Il a parlé de sa prise en charge en elle-même, et de sa difficulté. Pour lui, il y avait deux pathologies intriquées : l'alcool et la dépression. Il bénéficiait d'un traitement établi par son médecin pour une pathologie, ou l'autre, ou les deux. On sentait que pour lui la prise en charge de son médecin était aléatoire, et que son praticien tentait des traitements. Il regrettait que l'abstinence totale n'est pas été recherchée initialement.

Finalement, c'est un médecin qui lui a fait comprendre, un peu par la menace, qu'il fallait qu'il se prenne en charge : il acceptait de lui faire un nouvel arrêt de travail, mais il fallait qu'il se soigne, sinon ça serait le dernier.

Il a alors pris contact avec DIAPSY 91 (Dispositif Intersectoriel d'Appui pour l'Accès aux Soins Psychiatriques) (*annexe 4*), qui l'a amené à l'hôpital.

Par la suite, il a insisté pour rester hospitalisé le plus longtemps possible en cure et en post cure.

Le retour à domicile a tout de même été difficile car il a dû rechercher par lui-même des soutiens, des personnes pour l'accompagner dans son problème d'alcool. Il a alors pris contact avec l'association vie libre, et avec le CSAPA. Il a également recontacté son médecin traitant. Il est à noter que le médecin généraliste n'avait reçu ni information, quant aux soins de son patient, ni de préconisation concernant sa post cure.

Ce patient a donc mis en avant plusieurs difficultés : son médecin ne l'a pas pris en charge comme il aurait fallu selon lui. En effet, il n'a pas vraiment insisté sur la nécessité d'un sevrage total et a omis la prise en charge du problème dépressif sous-jacent.

Aussi le patient a-t-il été obligé d'insister pour se faire hospitaliser, afin de bénéficier d'une cure et d'une post cure. Il ne serait pas resté aussi longtemps à l'hôpital s'il ne l'avait pas demandé.

Enfin, il a mis en évidence un manque de communication à sa sortie de cure : les médecins ne l'ont pas adressé vers des psychiatres / des associations pour poursuivre l'accompagnement.

Ce patient trouvait que les médecins étaient trop peu formés et manquaient de connaissances sur la prise en charge / l'accompagnement des problèmes d'alcool : dans son cas, on ne lui avait pas toujours dit qu'il fallait un sevrage total, et sa dépression associée n'avait pas été prise en charge. Il pensait également qu'il n'y avait pas assez de centres de cure et de post-cure.

Il a insisté sur la motivation du patient, sans laquelle, le risque d'échec est plus important. Selon lui, la question, sur la consommation d'alcool devait être posée régulièrement par le médecin, en prenant le temps, dans le cadre d'une relation de confiance, afin d'obtenir une réponse la plus honnête possible.

En résumé, il pensait que le médecin généraliste avait un rôle très important à jouer, en première ligne dans la prise en charge, même s'il reconnaît que les patients ont tendance à ne pas toujours déclarer leur consommation.

Dans ce cadre, il était nécessaire que les généralistes soient très bien formés, qu'ils n'hésitent pas à poser la question régulièrement au patient, et surtout qu'ils identifient la maladie.

Cependant, cela reste sa vision des choses, avec ses représentations sociales et sa vision quant au rôle du médecin et de celui de son médecin idéal. Comme nous l'avons vu précédemment, la réalité est différente, et peu de médecins sont, par exemple, à ce jour « formés », comme il l'entend.

Ce patient a donc mis en évidence un manque de communication médecin / malade, ou une communication pas toujours adaptée au patient. Dans le cas présent, le problème se posait dans les deux sens avec un patient qui n'avouait pas sa consommation et un médecin qui ne savait pas comment réagir, comment faire.

Tout cela m'a fait comprendre les difficultés côté patient, la détresse dans laquelle certains se retrouvent, et peuvent se sentir abandonner par la médecine, à divers niveaux de prise en charge. Les patients peuvent également se sentir perdus si on leur demande d'arrêter de boire totalement, puis seulement diminuer leur consommation d'alcool, puis finalement d'arrêter à nouveau totalement...

Les recommandations ne semblent apparemment pas non plus être adaptées, selon ce patient. Celui-ci aurait préféré qu'on lui dise directement d'arrêter de consommer, et non de passer par l'étape de diminution, qui ne fonctionnait pas pour lui.

1.3. Rencontre avec moi-même

Par la suite, j'ai décidé de réfléchir sur ma posture, sur ce que je faisais quand j'étais face à un patient avec des problèmes d'alcool, comment je percevais le problème, et quels étaient pour moi les facteurs influençant la prise en charge des problèmes d'alcool.

De mon côté, j'essayais de poser systématiquement la question à tous les patients qui venaient pour la première fois voir les médecins que je remplace. Si je dis que j'essayais c'est parce qu'il pouvait m'arriver de temps en temps d'oublier, et de m'en rendre compte après. Par la suite, face à un doute, je reposais la question, lorsqu'il y avait des anomalies biologiques, lorsque les patients étaient en cours de sevrage ou lorsqu'ils avaient des antécédents.

Pour moi, poser la question systématiquement était normal, c'est ce que j'avais appris pendant mes études

Avant ce travail de recherche, je pensais qu'il existait une grande part de déni chez le patient, qui ne trouvait pas sa consommation d'alcool anormale. Mais comment réaliser que sa prise d'alcool est anormale, alors que tout le monde autour de lui consomme de la même manière, dans une société où il existe de la publicité pour le vin ?

Je n'ai été que peu confrontée au problème de la prise en charge. J'ai eu plusieurs doutes de consommation non déclarée par des patients, mais malgré mes questions, ils ont maintenu leurs réponses. J'ai eu également peur d'être confrontée aux échecs et aux rechutes, mais cela ne m'empêchera pas de continuer de rester attentive aux patients présentant des problèmes d'alcool.

Je trouvais qu'il n'était pas difficile de poser la question concernant la consommation d'alcool quand c'était fait de manière systématique. Je pensais savoir comment accompagner les patients et je n'hésitais pas à le faire. Ce qui était difficile pour moi était de faire comprendre au patient que sa consommation posait problème, d'obtenir de sa part des réponses fiables et qu'il accepte d'être suivi. Pour la prise en charge, je pensais qu'il était important d'être entouré, d'avoir d'autres spécialistes pour nous aider. En effet, même si certains sevrages peuvent être assez simples, les rechutes sont fréquentes. De plus, il n'est pas toujours facile d'adresser les patients, les délais sont parfois un peu longs entre la demande et le début de suivi / l'hospitalisation.

Je pense également que la « société », la culture française fait partie du problème. Durant ce travail, j'ai invité plusieurs personnes chez moi (d'ordre privé), et à chaque fois, il m'a été offert une bouteille.

Le travail sur cette thèse m'a également permis de réfléchir sur ma propre consommation. Durant les années d'études de médecine, j'ai assisté à des soirées étudiantes « bien arrosées ». Aussi, il n'est pas toujours facile pour moi d'expliquer aux jeunes que leur conduite est déjà considérée comme à risque voire pathologique.

Ma consommation actuelle est devenue très « occasionnelle », je ne suis pas une grande amatrice de vin, et ne ressent pas spécialement le besoin de boire en société pour passer de meilleures soirées.

J'ai essayé d'échanger avec de nombreux proches sur leur consommation, sur leur motivation et sur leur besoin. La conversation s'arrêtait souvent assez rapidement, avec une difficulté d'aborder le cœur du problème. Je me retrouvais plutôt jugée. De plus il était rare que les gens comprennent que pour moi, il n'était pas nécessaire de boire. J'entendais souvent, « il faut que tu goûtes à du bon vin, tu verras », « c'est quand même agréable un bon vin avec un bon repas », « il faut bien fêter nos retrouvailles, on se voit pas souvent ! », « tu verras, ça sera pas facile de ne pas boire quand tu seras enceinte ! ».

Ce travail sur ma posture m'a permis de prendre plus de recul, et d'avoir le moins de jugement possible lors des entretiens, de leur relecture et de leur analyse.

Notre question de recherche initiale était : peut-on identifier les facteurs influençant, en soins ambulatoire, l'évocation de la consommation d'alcool et l'accompagnement des patients qui en font un mésusage ?

Les différentes réflexions sur ma posture, la rencontre avec le patient, m'ont permis de comprendre que le problème était bien plus complexe que de simples facteurs, il s'agissait plutôt de connaître quel était le rôle, la place du médecin généraliste dans l'accompagnement / la prise en charge des patients ayant un problème avec l'alcool.

En effet, tout ceci ne semblait pas seulement une question de frein, de facteur positifs, de déterminant... Il fallait aller encore plus loin, comprendre la place du médecin généraliste dans la prise en charge et/ou l'accompagnement, savoir comment il appréhendait les recommandations, connaître ses représentations...

2. La question de recherche

Suite à ces diverses réflexions, notre question de recherche a évolué afin d'aboutir à quelque chose de plus riche et plus adaptée : **quelle est la complexité du rôle du médecin généraliste dans l'accompagnement et la prise en charge des patients ayant un problème avec l'alcool ?**

Les objectifs sont devenus :

- Comprendre la place, le rôle du médecin généraliste dans l'accompagnement et la prise en charge des problèmes d'alcool ; comprendre les pratiques des médecins généralistes autour des problèmes d'alcool.
- Repérer le rôle de la culture / de la société dans cette prise en charge
- Essayer d'appréhender le rôle de prévention du médecin généraliste dans le cadre des problèmes d'alcool.
- Comprendre l'articulation médecin-patient et médecin – addictologue dans les problèmes d'alcool
- Nous interroger autour des recommandations actuelles et sur la formation
- Tenter de comprendre ce qui motive / dé motive le médecin

3. Type d'étude

Pour répondre à cette question et à ces objectifs, nous avons réalisé une étude qualitative par l'analyse d'entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes. Les entretiens semi-directifs permettent d'obtenir un discours plus ouvert des personnes interviewées, autour de différents thèmes définis au préalable par les enquêteurs, et d'obtenir des réponses plus authentiques que par des questionnaires standardisés (qui peuvent avoir une influence sur les réponses). Ces thèmes auront été définis grâce à la revue de la littérature, à différentes rencontres, comme il sera expliqué par la suite.

Il fallait également savoir que la démarche participative ne résidait pas dans le recueil passif d'informations. Il s'agissait d'une approche impliquée et non distanciée ou appliquée.

En décembre 2015, un groupe de travail s'est constitué avec deux médecins sociétaires de la SFMG et trois internes en recherche d'un travail de thèse. L'un des médecins exerce en région parisienne, l'autre à Poitiers. Une réunion formelle a eu lieu au siège de la SFMG le 4 décembre 2015. Cette réunion s'est terminée par la rédaction de la question de recherche et des objectifs, ainsi que sur les grands axes de la méthode.

L'étude menée par la SFMG comprend 3 bras. Un en Ile-de-France correspondant à notre travail, avec entretien avec des médecins généralistes, un dans la Vienne avec des entretiens avec des médecins généralistes et des médecins de CSAPA, et la dernière interne interroge uniquement des médecins de CSAPA en Ile de France. En diversifiant géographiquement les lieux d'étude (zone urbaine, semi-urbaine et rurale), nous voulions voir s'il n'existait pas des différences liées au lieu d'exercice et à la distance avec des structures de soins pour malade alcoolique.

Afin de nous acclimater à la rigueur des travaux scientifiques qualitatifs, nous avons lu certains ouvrages conseillés par un sociologue et les médecins de la SFMG :

- *L'entretien compréhensif* de Jean-Claude KAUFMANN, 3^e édition, édité en 2011. Ce livre présente les différentes étapes permettant de mener à bien un entretien compréhensif et d'élaborer un cadre d'interprétation. Dans son livre, Jean-Claude KAUFMANN déclare qu'il est important, dans un premier temps « d'explorer le terrain », en partant des pratiques ordinaires. Il faudra faire attention, lors de l'élaboration du guide d'entretien, à ne pas poser des questions qui vont influencer la personne interviewée. La grille d'entretien doit être souple, et considérée comme un simple guide. Elle commence par des questions simples et rapides, des questions « brise-glace ».

Pour lui, il est nécessaire de faire preuve d'empathie au cours des entretiens : chaque personne interrogée a ses raisons, il ne faut pas la juger.

Il va ensuite mettre en avant l'importance du dit et du non-dit lors des entretiens. En effet, il est important de retranscrire ce qui est dit mais également ce qui se passe lors de l'entretien. Il faudra noter l'émergence de phrases récurrentes, de contradictions, de contradictions récurrentes qui ont toutes un sens.

Jean-Claude Kaufmann parle également de la saturation des données : c'est-à-dire le moment où les observations s'accumulent sans produire d'inconnu.

- *Initiation à la recherche* de Paul FRAPPE. Ce guide, initié par l'association française des jeunes chercheurs en médecine générale, a été édité en 2011. Il propose une synthèse pratique des méthodes de recherche dans le domaine de la santé. Il y est

expliqué les différentes études possibles, comment les effectuer, quels sont les outils possibles...

Ces lectures nous ont également fait comprendre l'importance d'un guide d'entretien avant de commencer les interviews, et nous ont aidé à le réaliser.

4. Réalisation du guide d'entretien

La réalisation du guide d'entretien s'est déroulée en plusieurs étapes.

4.1. Le recours à un sociologue et des pré-entretiens

Nous avons décidé de prendre l'avis de plusieurs experts, avant de nous lancer dans la rédaction du guide : un sociologue, un psychiatre alcoologue exerçant en structure spécialisée, et un généraliste directeur du conseil scientifique de la SFMG, ancien directeur de CHAA.

Nous avons donc rencontré à deux reprises, en septembre 2015, le Dr Matthieu Lustman, sociologue qui est aussi médecin généraliste et enseignant-chercheur à l'Université catholique de Lille et à l'université Paris-Est-Créteil, et qui deviendra co-directeur de thèse. Ces réunions ont permis de préciser la méthode de l'étude qualitative, de s'informer sur les méthodes d'analyse et de validation, et sur la formulation des questions pour le guide d'entretien.

A la lumière des éléments bibliographiques relevés, il nous a proposé de réfléchir aux questions suivantes :

- Comment se déroulent les consultations avec les patients alcooliques ?
- Est-ce un problème souvent rencontré ?
- Comment posez-vous la question, comment en parlez-vous ?
- Quel est votre vision de la place du médecin face à ces problèmes d'alcool ?
- Quelles sont vos représentations du patient éthylique ?
- Quelles sont les compétences nécessaires / vos compétences sur le sujet ?

Il a été retenu de ne pas évoquer le mot « frein » dans les entretiens, qui est certes parlant, mais qui oriente le regard sur un aspect négatif.

Ces échanges nous ont permis de réfléchir sur nous-mêmes, de connaître nos réponses et nos avis sur la question pour que notre propre posture n'influe pas sur les différents entretiens.

Nous avons donc par la suite effectué deux pré-entretiens. Les pré-entretiens nous ont permis de rencontrer des experts sur notre sujet, afin de comprendre les enjeux, de connaître leurs avis sur la question. Cela nous a également permis de prendre du recul, de voir avec eux quels thèmes il pouvait être judicieux d'aborder, dans quel cadre, quel type de question poser...

Les pré-entretiens nous ont également permis d'avoir un premier contact avec « l'entretien » en lui-même, de voir comment cela pouvait se passer et de prendre un peu d'assurance.

Ces experts étaient proposés par le directeur de thèse. Au cours de ces pré-entretiens nous avons exposé la question de recherche et demandé ce que leur évoquait le sujet. Nous leur avons fait part des déterminants sélectionnés. Enfin, nous leur avons demandé s'ils connaissaient des études ou articles de référence indispensables pour notre étude. Ces entretiens ont été enregistrés puis retranscrits sur Word®.

Nous avons rencontré Emmanuel Palomino, psychiatre addictologue exerçant en CSAPA et à l'hôpital, depuis 30 ans en Charente-Maritime. Nous lui avons exposé les facteurs favorisants et freinateurs de la prise en charge des patients en difficulté avec l'alcool. Ces facteurs étaient tirés de la bibliographie, et d'une ébauche des questions pour l'enquête. Il nous a proposé des pistes :

- Tout d'abord, il nous a proposé de réfléchir à notre propre pratique et aux difficultés rencontrées, aux freins auxquels pouvaient être confrontés les médecins
« Dans votre pratique, vis-à-vis de quelqu'un dont vous pensez qu'il a un problème d'alcool, qu'est ce qui est facile dans votre relation et qu'est ce qui est difficile ? »

« *Qu'est ce qui selon vous va bien et qu'est ce qui va moins bien dans votre façon de faire avec un patient alcoolique ? Qu'est ce qui pourrait aller mieux ?* »

« *Selon vous qu'est-ce qu'il est possible de faire ? Qu'est-ce qu'il n'est pas possible de faire ?* »

- Il nous a proposé de poser certaines questions telles que :
 - o « *Dans votre patientèle, avez-vous une idée du pourcentage de patients concernés par un problème d'alcool ?* ». Bien qu'étant une question fermée elle pouvait nous donner une idée de l'intérêt du médecin et de l'œil qu'il porte à cela.
 - o « *Dans un idéal rêvé, quelles sont les compétences que vous pensez qu'il faudrait avoir pour prendre en charge les patients ayant des problèmes d'alcool ?* ». Le médecin est libre de dire les siennes en pensant qu'elles ne correspondent pas au rêve. Et après cette question : « *et dans la réalité ?* ».
- Il a également commenté certaines questions initialement soulevées par l'expert sociologue :
 - o « *Est-ce un problème souvent rencontré ?* » : il s'agit d'une question qui est selon lui à éviter car nous devrions quantifier le « souvent » et cela lui paraissait peu réalisable.
 - o « *Quelle est votre vision de la place du médecin généraliste dans la prise en charge des problèmes d'alcool ?* ».

Nous avons aussi échangé sur les différents thèmes importants à aborder dans le cadre de notre étude. Il nous a fait part de son expérience et donné des éléments sur sa manière d'aborder la problématique de l'alcool au quotidien dans sa pratique. Il a suggéré différentes pistes pour l'amélioration des pratiques des médecins généralistes comme par exemple :

- Se recentrer sur l'examen clinique afin de montrer au patient que l'on s'intéresse à lui, et éviter de se focaliser sur la notion de quantité d'alcool
- Se centrer sur le patient dans sa globalité afin de lui apporter une aide individualisée.

Ces diverses réflexions nous ont permis de modifier quelques questions, enrichir notre guide d'entretien, et nous préparer aux entretiens.

Un autre expert, le Docteur Gallais, médecin généraliste, directeur du Conseil scientifique de la SFMG, expert en Santé publique, exerçant en CSAPA depuis les années 1980, a insisté sur la nécessité de bien faire la différence dans nos entretiens entre les modes d'exercice des participants. Pour lui, l'exercice libéral ou salarié, en milieu urbain ou rural, seul ou en équipe, pouvaient être des variables clés dans les réponses obtenues lors de nos entretiens. Ainsi, les médecins salariés et libéraux n'ont pas le même mode de rémunération (paiement à l'acte versus paiement à la fonction) ; les médecins ruraux et urbains n'ont pas forcément le même accès aux spécialistes... Il proposait une analyse de pratique (finalement différente des facteurs positifs et négatifs) en demandant aux médecins : « *Quand avez-vous vu pour la dernière fois un patient pour un problème d'alcool ?* ». Il envisageait de faire deux guides d'entretien différents : un pour les médecins généralistes et un autre pour les médecins de CSAPA : les questions et l'approche ne peut être la même pour les différents médecins, on ne peut par exemple pas demander à un médecin de CSAPA s'il a beaucoup de patients qui ont un problème avec l'alcool...

Suite à ces pré-entretiens, nous avons organisé une nouvelle réunion en visioconférence pour la construction de notre guide d'entretien.

4.2. La rédaction du guide d'entretien

En janvier 2016 une nouvelle réunion est organisée à la SFMG, consacrée à la finalisation du guide d'entretien et à son test de lisibilité.

Le guide d'entretien commençait par une introduction pré-rédigée qui rappelait le sujet de l'entretien, les modalités de l'enquête, puis le consentement des médecins était recueilli à l'oral. L'autorisation d'enregistrer l'entretien était demandée avant son début. Un rappel de la garantie de l'anonymat était fait à ce moment-là. Une question "brise-glace" a été choisie, afin de mettre l'interlocuteur en confiance (49, 50). Puis une logique en entonnoir était reprise pour se centrer sur le sujet : on commençait par une question générale pour arriver à des questions plus spécifiques. Le but était de recueillir les pratiques propres à chaque médecin (51). Les questions suivantes permettaient de répondre aux objectifs de notre étude. Des techniques de relance pouvaient être

utilisées : lorsque des mots clés étaient donnés par les médecins interviewés, nous les réutilisons pour qu'ils développent. Le but était de reconstituer des pratiques et d'éviter de recueillir des réponses stéréotypées. Nous avons veillé à ce que notre guide d'entretien ne soit pas trop directif.

Des adaptations ont été apportées au fur et à mesure et le guide affiné par des échanges avec l'expert sociologue qui a relu l'entretien final pour validation (annexe 5).

5. Constitution de l'échantillon interrogé

J'ai, de mon côté, interviewé un échantillon de médecins généralistes installés en Ile-de-France.

L'étude a été proposée à différents médecins généralistes, par téléphone, avec pour but d'effectuer, si possible, un échantillonnage en boule de neige (snowball sampling) (49). Cette méthode consiste à demander à un premier participant de désigner d'autres participants potentiels et ainsi de suite (52).

Les informations fournies, par téléphone auprès du médecin ou sa secrétaire, concernaient la présentation générale du sujet, à savoir la prise en charge des problèmes d'alcool en ambulatoire, mais aussi les modalités de l'entretien : durée approximative, enregistrement audio, anonymat. Il était précisé aux médecins qu'il ne s'agissait pas d'une évaluation des connaissances, mais un recueil de témoignage sur leur vécu du sujet. Puis un rendez-vous était fixé dans le lieu choisi par le participant, en fonction de ses disponibilités.

Cette méthode a finalement été peu appliquée devant les difficultés à entrer en contact avec les médecins retenus, malgré plusieurs relances téléphoniques. Seul un entretien a pu être effectué avec cette méthode. Ceci est peut être dû à la difficulté de joindre les médecins retenus (injoignables, secrétariat qui ne passe pas le message ou médecin qui ne rappelle pas) ; médecins pas intéressés ou ne souhaitant pas me consacrer autant de temps.

Le recrutement a donc été effectué en majorité par un échantillonnage raisonné en variation maximale, pertinent car notre étude s'intéressait à la diversité des perceptions

et des comportements chez les médecins participants (49). Les médecins ont été contactés de manière aléatoire, par téléphone. Des mails ont également été envoyés aux médecins des universités de Paris VII et Paris XIII.

Grâce à une discussion préalable avec le directeur de recherche, des variables susceptibles d'influencer les résultats ont été identifiées : sexe, âge, années d'expérience, lieu et mode d'exercice. Plusieurs catégories ont été proposées, dans le but exploratoire. Pour l'âge : de 30 ans 40 ans, entre 40 et 60 ans, et plus de 60 ans. Pour le lieu d'exercice : rural, semi-rural, urbain. Pour le mode d'exercice : cabinet seul, en groupe, ou maison de santé pluri professionnelle. Pour la durée d'installation : 0-10 ans, 11-20 ans, et plus de 20 ans.

L'échantillonnage raisonné à variation maximale nous a permis d'interroger des médecins dans chaque catégorie, afin d'avoir un champ plus large de réponses possibles. Ces catégories étaient exploratoires. D'autres catégories apparaîtront au fur et à mesure de l'étude.

Nous pensions effectivement qu'initialement un médecin jeune pouvait avoir une formation plus fraîche, récente, alors qu'un médecin plus âgé pouvait plutôt se servir de son expérience.

Nous avons essayé d'avoir des participants pour toutes les catégories, notamment pour les âges extrêmes. Les informations données par téléphone lors de la prise de contact étaient identiques à celles données lors de l'échantillonnage en boule de neige, de même que la méthode d'organisation des rendez-vous.

J'aurai souhaité rencontrer plus de médecins généralistes, mais il a été difficile de les joindre pour leur proposer les entretiens, rares étant ceux qui répondaient directement au téléphone. J'ai de nombreuses fois laissé un message à leur secrétaire, mais je n'ai jamais été rappelée. J'ai relancé de nombreux médecins plusieurs fois mais sans réponses positives. D'autres médecins disaient directement que le sujet ne les intéressait pas, qu'ils n'avaient pas de patient qui présentaient ce type de problème ou qu'ils ne les prenaient pas en charge, et enfin qu'ils n'avaient pas le temps de les recevoir.

Ces premiers refus montraient-ils déjà un manque d'intérêt réel sur la question de la part de certains médecins ?

J'ai tout de même obtenu suffisamment de matériel pour pouvoir travailler, penser et réfléchir sur la question. Une certaine forme de suffisance des données a été atteinte,

mais pas la saturation des données ... Les entretiens ont été arrêtés alors qu'aucune nouvelle donnée ne semblait émerger après deux entretiens consécutifs, dans le cadre limité des onze entretiens.

Les principales caractéristiques des médecins généralistes participants sont résumées dans le **tableau 1** ci-dessous.

Il y avait quatre femmes et sept hommes. Trois médecins avaient choisi d'exercer seul, cinq en cabinet de groupe et trois en maison de santé pluridisciplinaire.

Seulement deux médecins étaient maîtres de stage universitaire.

Tableau n°1 : Caractéristiques des participants

n = 11	
Age	
30-40ans	4
40-60ans	5
> 60ans	2
Sexe	
Féminin	4
Masculin	7
Mode d'exercice	
Cabinet seul	3
Cabinet en groupe	5
Maison de santé Pluridisciplinaire	3
Maitre de stage universitaire	
2	
Installation	
0-10 ans	5
11-20 ans	1
>20 ans	5

6. Les entretiens

Nous avons donc réalisé des entretiens semi-dirigés. Ces entretiens ont eu lieu en face à face avec chacun des participants.

Les entretiens suivaient le guide qui avait été réalisé avant de débiter l'enquête, mais qui restait souple et évolutif. La grille comprenait des questions ouvertes. Ce canevas d'entretiens reprenait les thèmes à aborder, afin de savoir comment se porte la problématique de l'alcool dans les consultations des médecins généraliste, comment ces derniers agissent et comment ils justifient leur action.

Une attitude empathique et bienveillante ainsi qu'une attention particulière au contexte de l'entretien (confort, environnement sonore, horaire) ont un impact direct sur la qualité des réponses (49, 50). Pour cette raison le lieu et l'horaire de chaque entretien ont été choisis par les participants. La plupart ont été réalisés au cabinet médical.

Les entretiens ont été enregistrés sur un dictaphone et l'enquêtrice a pris des notes sur les éléments non-verbaux qui étaient importants.

Au début de chaque entretien, le sujet de la thèse était de nouveau présenté et expliqué, ce qui permettait régulièrement d'obtenir des premières réactions de la part des médecins. Les questions du guide d'entretien étaient posées dans un ordre variable, pas toujours le même, ce qui permettait de rebondir sur des informations pertinentes communiquées par le médecin. Des relances pouvaient également être faites. La retranscription était faite le plus rapidement possible après l'entretien, afin de retranscrire également l'ambiance de l'entretien.

La durée moyenne des entretiens était de 31,9 minutes, allant de 19 à 55 minutes. Une telle différence de durée entre les entretiens était liée au manque de temps du médecin interrogé qui me recevait parfois entre deux consultations, parfois sur une pause déjeuner. Les médecins commençaient à regarder leur montre quand les consultations devaient reprendre, et leurs réponses se faisaient de plus en plus courtes. Les médecins qui disaient avoir peu de patients confrontés à des problèmes d'alcool ou qui disaient ne pas les prendre en charge avaient également tendance à avoir des réponses plus courtes lors des entretiens. Les entretiens étaient donc en général plus courts quand le sujet semblait ne pas intéresser le médecin interviewé.

Les entretiens étaient en moyenne de plus en plus longs, grâce à mon apprentissage de l'exercice. J'arrivais à faire de meilleures relances, à laisser plus de temps pour que les médecins argumentent leurs réponses

A la fin de chacune de ces rencontres et hors enregistrement, j'ai recueilli l'âge, la durée d'installation, le lieu et le mode d'exercice, la qualité de Maître de Stage le cas échéant et les diplômes complémentaires éventuels (DU, DESC, capacité...).

7. L'analyse des données

Les entretiens ont été retranscrits mot à mot sur des documents Word® par l'enquêtrice à l'aide des enregistrements audio, en essayant d'inclure des éléments de langage non-verbal associé. Un verbatim anonyme a ainsi été réalisé pour chaque entretien (50).

Les verbatims ont été renommé de E1 à E11 (entretien 1 à entretien 11) en fonction de l'ordre chronologique de réalisation des entretiens pour les médecins généralistes.

7.1. La méthode d'analyse

Les verbatim ont été lus à plusieurs reprises pour que l'enquêtrice s'imprègne du texte et de son sens. Ils ont été analysés au fur et à mesure de leur réalisation. L'analyse s'est portée également sur les notes relevées concernant le non verbal. Des adaptations du guide d'entretien ont été apportées pendant l'étude afin d'améliorer sa pertinence.

Le verbatim porteur de sens a été identifié, en s'intéressant aux mots mais aussi à leur contexte et leur fréquence. Ils ont été confrontés les uns aux autres et regroupés en thèmes et en sous-thèmes.

Le travail s'est effectué en plusieurs étapes : plusieurs lectures attentives en surlignant des mots clés. Puis nous avons construit un document word où nous regroupions les verbatim des différents entretiens en différents thèmes. Chaque nouvelle lecture nous permettait d'affiner les thèmes. Enfin nous avons analysé et interprété ces différents verbatim.

Il s'agissait de réaliser un codage (transformation des données brutes en une première formulation signifiante) qui comporte trois niveaux :

- Tout d'abord il fallait effectuer un codage descriptif, « ouvert » : il s'agit de l'exploration initiale par lecture fine des textes et étiquetage de concepts qui pourront être complétés ou éliminés ultérieurement
- Puis venait le codage thématique dit « axial », où l'on hiérarchise des concepts en catégories plus génériques, avec approfondissement et enrichissement de ces catégories selon le paradigme de codage et l'établissement des liens entre catégories par comparaison continue
- Enfin, on effectuait un codage matriciel ou « sélectif », « multiple », avec articulation des catégories autour de la catégorie centrale identifiée in fine, avec pour objectif d'esquisser une théorie à partir de l'analyse des données empiriques.

7.2. La triangulation

Afin de limiter les biais d'interprétation et de nous rassurer quant aux interprétations des propos tenus lors des entretiens, nous avons mis en place plusieurs éléments de triangulation.

Une "triangulation des chercheurs" par un second codage du verbatim par une autre enquêtrice, qui travaille sur le même sujet.

Une "triangulation théorique" par une analyse et une relecture régulière des données par les directeurs de thèse.

Une "triangulation des données" par des échantillons issus de régions géographiques différentes.

7.3. Éléments éthiques

Le consentement des médecins a été recueilli à l'oral lors du premier contact téléphonique et avant de commencer l'enregistrement.

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

RESULTATS

Nous avons réalisé 11 entretiens avec des médecins généralistes, entre le 23 mai 2016 et le 14 novembre 2016, en Ile de France. Tous les entretiens ont été retranscrits, le plus rapidement possible après leur réalisation, avec retranscription du dit et du non-dit, afin de coller le plus possible à l'ambiance de l'entretien.

Nous avons tenté de répondre à la question qui nous intéressait, à savoir : **quelle est la complexité du rôle du médecin généraliste dans la l'accompagnement et la prise en charge des patients ayant un problème avec l'alcool ?**

Il s'agissait de comprendre le rôle du médecin, comment il agissait face aux problèmes d'alcool, à travers plusieurs thèmes.

Dans un premier temps, nous sommes revenus sur les difficultés de mise en route de cette thèse, avec des difficultés autour des entretiens : leur nombre, leur durée, la difficulté de trouver des médecins disponibles.

A la lecture des entretiens, une première chose m'a marquée, à savoir les différents termes utilisés par les médecins généralistes pour parler de l'alcool, pour nommer l'alcool.

Comme nous l'avons vu précédemment, il existe une différence entre le nombre de patients consommateurs retrouvés en épidémiologie et le nombre de patients pris en charge pour un problème d'alcool. Nous avons donc demandé aux médecins généralistes s'ils avaient beaucoup de patients présentant un problème d'alcool.

Leurs réponses correspondant à ce qui était trouvé dans les études précédentes, nous nous sommes interrogés sur ce qui rendait le thème « alcool » spécifique en médecine générale, et ce qui pouvait créer cette disparité : la place de l'alcool dans la société, les représentations des médecins autour de la consommation, le rôle de la consommation du médecin dans la prise en charge.

Enfin, nous nous sommes dit que la valorisation personnelle, le « plaisir », pouvaient aussi jouer dans la prise en charge des problèmes d'alcool, et nous avons étudié ce qu'en disaient les médecins.

Les médecins ayant plutôt tendance à dire que cela ne les intéressait pas, que c'était un thème particulier, avec une discordance épidémiologique / patientèle, nous nous sommes demandés comment les médecins faisaient pour aborder le sujet.

Après cette question a suivi celle concernant l'accompagnement et la prise en charge par les médecins généralistes, puis celle relative à la coopération avec les autres professionnels de santé.

Les médecins ont alors mis en avant des difficultés expliquant pourquoi ils ne prenaient pas trop en charge leurs patients, ce qui pouvait, parfois, être considéré comme de « bonnes excuses ».

Nous nous sommes alors rendu compte que le patient devait être accompagné, pris en charge dans son contexte particulier, chaque patient a son histoire de vie (pourquoi et comment il a commencé à consommer), ses problèmes associés (problèmes anxio-dépressifs, sociaux...) Il est nécessaire de prendre en charge le patient dans sa globalité et / ou de l'accompagner afin de l'aider au mieux possible.

Enfin, pour mieux comprendre les difficultés que les médecins généralistes pouvaient rencontrer, nous avons mis en avant la spécificité du thème alcool en tant que problème intriqué dans un contexte particulier.

1. Des entretiens difficiles à réaliser

Dans un premier temps, il s'est avéré que cette thèse a été difficile à mettre en œuvre. Le problème ne venait pas de son élaboration, de la recherche bibliographique ou de son écriture... mais plutôt de la réalisation des entretiens. Il a été très difficile de trouver des médecins généralistes qui acceptent de me rencontrer. En effet, pour réaliser ces entretiens, il fallait déjà réussir à contacter des médecins. La plupart n'était pas joignables directement. Il fallait laisser un message sur un répondeur, ou à une secrétaire, qui « transmettait » le message, indiquant qu'on allait me rappeler, me proposait de rappeler plus tard... Mais à chaque fois que j'ai discuté avec une secrétaire, personne ne m'a jamais rappelée, même en relançant à plusieurs reprises.

J'ai tout de même parfois réussi à joindre directement les médecins. Mais pour la plupart ils refusaient très rapidement de me rencontrer. Quelquefois j'avais à peine le temps d'énoncer le sujet qu'ils me disaient déjà qu'ils n'avaient pas le temps. Pour d'autres, le sujet énoncé, ils me précisait : « *je n'ai pas ce type de patient* », « *je ne m'occupe pas de patient qui ont des problèmes d'alcool* », « *je ne connais pas le sujet, je ne pourrais pas vous aider* ». J'essayais de dire que ce n'était pas un problème, mais cela ne changeait pas. Ils me répondaient également régulièrement : « *je n'ai pas le temps de vous recevoir* ».

Un autre problème rencontré a été le temps des entretiens. Quand j'annonçais que je souhaitais réaliser des entretiens de quarante minutes, tous trouvaient que c'était trop long, et me proposaient plutôt une plage horaire de trente minutes.

Cela explique pourquoi certains entretiens sont un peu courts.

Enfin, j'ai envoyé des mails aux maitres de stage de Paris VII et Paris XIII. Je n'ai eu que peu de réponses. Un médecin de Paris VII a accepté de me recevoir et deux de Paris XIII. Un autre médecin de Paris VII m'a répondu positivement, mais il travaillait dans une ELSA (Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie), j'ai donc transmis ses coordonnées à l'interne qui assurait les entretiens avec les médecins addictologues. J'ai également reçu quelques réponses négatives par mail, les médecins avaient les mêmes arguments que ceux joints par téléphone (manque de temps, pas la patientèle concernée...). Mais la majorité des mails est restée sans réponse.

Ces difficultés initiales nous ont conduit à nous poser une question : pourquoi tant de réponses négatives ? Est-ce par manque d'intérêt des médecins pour le sujet ? Par peur des médecins d'être jugés sur leurs connaissances ?

Il faut néanmoins garder en tête que certains médecins refusent de manière systématique de participer à des thèses.

2. Les mots autour de l'alcool

Dans un premier temps, nous avons constaté que les médecins généralistes avaient chacun leur manière de nommer l'alcool. C'est ce qui nous a le plus frappé lors des premières lectures des entretiens.

Des médecins utilisent des mots tels que « *drogue dure* » ou « *addiction terrible* ». Ces termes mettent en avant le côté addictif de l'alcool, une pathologie difficile à prendre en charge du fait de cette addiction. Ce sont également des termes spécifiques, qui pourraient émaner d'experts.

D'autres indiquent que « *c'est spécial* », « *ce sont des cas particuliers* ». On constate alors un problème d'approche initial, on perçoit que les médecins n'ont pas envie d'aborder le sujet, qu'ils le font avec recul, ne serait-ce qu'en nommant la pathologie. Cela s'oppose déjà aux termes précédents : on passe de médecins utilisant leur expertise sur le sujet à des médecins prenant plus de recul, ne sachant pas vraiment à quel problème ils ont à faire.

Le terme de « *maladie* » revient également, mais pas autant que celui de « *problème* », qui est le plus fréquemment rencontré et de manière très répétée par tous les médecins interrogés. Ce terme de « problème », répété par les médecins nous fait penser qu'ils éprouvent une certaine appréhension du sujet, qu'ils ne savent pas quoi faire face à leur patient et comment leur répondre. Le fait que le mot « problème » domine, met en évidence le fait que, pour des médecins généralistes, la consommation excessive d'alcool est bien plus complexe qu'une simple pathologie qu'ils prennent habituellement en charge, qu'ils savent traiter.

Le « problème » peut donc venir de l'appréhension du sujet, mais cela pourrait également être lié au problème de « société » où une place importante est donnée à l'alcool. Le « problème » est également quelque chose qui est difficile à résoudre, quelque chose de flou, qu'on ne peut pas définir. Enfin, il s'agit de quelque chose qui met en difficulté, tout en poussant à réfléchir.

Finalement, le mot « problème » à l'avantage d'être flou, peu précis. On ne sait pas vraiment ce que c'est, les médecins ne veulent pas dire que c'est une « pathologie », mais c'est plus complexe. Cela élargi la réflexion et prend en compte le côté bio-psycho-social.

Les médecins se trouvent face à « une maladie » qui n'est pas facile à traiter, avec des patients qui ne se sentent pas forcément « malades », avec une « société » qui a plus tendance à inciter à la consommation qu'à l'interdire.

Il a également été question de « *patient alcoolique* », d'« *alcoolisme* ».

Des termes parfois plus négatifs étaient également utilisés par certains médecins tels que « *alcoolo* » ou « *saloperie* ». Cette manière de nommer le sujet ne peut aider la relation médecin / patient car si les médecins utilisent ces termes péjoratifs devant leurs patients, ces derniers risquent de ne pas avoir envie de se confier.

Nous avons cherché dans les recommandations de la SFA le mot utilisé pour les problèmes d'alcool. Il s'agit du mot « mésusage », qui n'a pas du tout été utilisé par les médecins.

De ces nombreuses dénominations ressort le fait que chacun a déjà une perception différente, autour du sujet lui-même. Chaque médecin a sa propre définition, qui se rapporte à son image de la consommation d'alcool et de la prise en charge du problème d'alcool. Un médecin qui se trouve face à une « addiction terrible » ne réagira pas de la même manière que celui qui verra son patient comme un « alcoolo ».

Pour l'écriture de cette thèse, nous avons choisi d'utiliser le terme « problème d'alcool », plutôt qu'un autre, car c'était le terme le plus utilisé par les médecins rencontrés. Initialement, nous étions plutôt partis sur le terme « pathologie », mais comme les médecins ne l'utilisaient que très peu, nous avons décidé de changer. Le mot « problème » nous semblait être le plus adapté, car utilisé par la majorité des médecins, dans le DRC, reflétant déjà la complexité du thème.

3. Les médecins ont-ils beaucoup de patients avec un problème d'alcool ?

Nous avons constaté précédemment que les chiffres d'épidémiologie, autour de la consommation, en France, étaient assez importants, mais que peu de patients étaient suivis pour ce problème, par leur médecin généraliste.

Nous avons donc choisi de demander aux médecins, pendant les entretiens, s'ils avaient « un peu, beaucoup » de patients qui consommaient de l'alcool.

Les médecins ont eu beaucoup de mal à répondre à cette question, avec beaucoup d'hésitations, ils ne savaient pas trop :

- « *Je dirai pas. Il me semble pas. A voir comme ça, de ce que je me mets dans ma tête, non je dirai pas trop. Je crois pas.* » (E1)
- « *Je suis incapable de dire ...* » (E5)
- « *Je sais pas ... J'en ai encore vu un ce matin... Beaucoup, c'est difficile de ... Je sais pas...C'est difficile d'évaluer ... Difficile à répondre... [...] Après c'est difficile de dire, de donner un pourcentage précis*» (E6)
- « *J'en ai mais je sais pas dire, mais j'en ai [...] franchement je sais pas...* » (E10)
- « *c'est pas facile de dire exactement...* » (E11)

Certains médecins pensaient qu'ils en avaient peu :

- « *je dirai pas trop* » (E1)
- « *Non, je n'en ai pas tant que ça...* » (E4)
- « *j'en ai quelques un oui...* » (E9)

D'autres médecins trouvaient qu'ils en avaient beaucoup :

- « *Des consommateurs excessifs, oui, il y en a pas mal* » (E2)
- « *Oui, j'en ai régulièrement.* » (E3)
- « *Mais oui beaucoup ...* » (E5)
- « *Occasionnel, c'est quasiment tout le monde...* » (E7)
- « *J'en ai peu quand même* » ; « *J'en ai de moins en moins* » (E8)

Un médecin n'a pas réellement parlé de ses patients, mais s'est comparé aux autres...

Sans vraiment apporter de réponses :

- « *Euh ... Par rapport à la moyenne ... Je sais pas* » (E6)

Certains médecins ont tenté de nous donner des chiffres :

- « *Je dirai, 1 à 2 par mois. Voilà...* » (E6)
- « *Et week-end, c'est souvent les jeunes... Après c'est... 10-20% des jeunes je pense, un peu festif ...* » (E7)
- « *Il y en a un tous les deux jours...* » (E11)

On constate donc que les chiffres déclarés de patients consommateurs d'alcool par les médecins généralistes ne correspondent pas à la réalité des chiffres épidémiologiques étudiés précédemment.

Il est extrêmement difficile pour les médecins de dire à combien s'élève le nombre de patients dont ils s'occupent, confrontés à des problèmes d'alcool. Ils hésitent longuement, et quand ils répondent, ils ne semblent pas être bien sûrs. Pourquoi ? Est-ce le fait qu'ils posent peu la question ? Qu'ils ne savent pas si les consommations données par les patients sont réelles ? Par la suite, ils auront, tendance à dire que cela est lié au fait que les patients minimisent leur consommation d'alcool voire sont dans le déni.

Les médecins qui indiquent en avoir le plus sont également ceux qui posent la question le plus facilement. Nous en reparlerons par la suite.

Un médecin s'est attaché à se comparer aux autres, à savoir s'il avait plus de patients confrontés à des problèmes d'alcool que ses confrères. Même si, on ne pense pas que cela peut jouer au premier abord, on peut tout de même se poser la question. Il est effectivement possible que des médecins aient plus de patients qui ont des problèmes de consommation d'alcool que d'autres, en fonction de leur lieu d'exercice par exemple. Un médecin qui s'intéresse plus au sujet peut également avoir une patientèle qui évolue dans ce sens, avec des patients qui viennent le voir, conseillés par d'autres.

La difficulté initiale pour trouver des médecins généralistes qui acceptent de me rencontrer, les divers termes utilisés autour de l'alcool et la divergence entre les chiffres d'épidémiologie et la réalité avancée par les médecins nous font dire que le thème « alcool » est quelque chose de très particulier. Nous nous sommes donc interrogés sur cette spécificité.

4. La spécificité du thème « alcool »

Le problème de consommation d'alcool est très particulier. C'est effectivement très différent des autres pathologies plus fréquemment rencontrées en médecine générale telles que l'hypertension artérielle, le diabète, la grippe...

Les spécificités de ce thème mises en évidence sont par exemple la place de l'alcool dans la société, l'influence de la consommation du médecin sur la prise en charge...

4.1. La place de l'alcool dans la société

L'alcool a été décrit par les différents médecins comme un produit de consommation socio-culturel, avec une banalisation autour de cette consommation. En effet, en France, il est considéré comme normal de consommer de l'alcool : apéritif, entre amis, en soirée, en famille.

Chaque région française a également sa, voire ses spécialités en alcool, et tout ceci est mis en avant dans les guides touristiques. Il existe également de nombreuses randonnées permettant aux participants de visiter plusieurs caves et de déguster des vins.

Au restaurant, lors de bons repas, il est d'usage d'associer un bon vin à chaque plat.

Les vignobles français, la production française de vin est prestigieuse à travers le monde entier. Dans la caricature du français, vu de l'étranger, on l'imagine toujours avec une baguette, un béret, un morceau de fromage et une bouteille de vin...

On observe différents types de consommations : la consommation entre amis, la consommation « mondaine », en famille... Les gens aiment se retrouver autour d'un verre. Les médecins sont souvent confrontés à ce type de consommation, et la limite est régulièrement difficile à trouver entre une « consommation simple » et une « consommation à risque ». En effet, les patients déclarent boire « comme tout le monde », mais le « comme tout le monde » peut déjà être trop important. Ce type de consommation pose donc problème aux médecins : comment le médecin généraliste gère-t-il un problème autant ancré dans la société ?

Pour beaucoup de patient, leur consommation est normale, classique, c'est ancré dans leur culture, dans la société. Quand on est ensemble, quand on se retrouve, quand on fait la fête, une bouteille est ouverte est c'est totalement normal.

Il est donc difficile de changer ces habitudes culturelles qui ne sont pas vécues comme un problème par les patients, d'autant que cette consommation est conviviale, entre amis, en famille et rarement isolée.

- « *la consommation mondaine* » (E1)
- « *sur consommation d'alcool... euh ... conjugale...* » ; « *mais s'il y a des amis qui viennent à la maison, il y aura forcément une bouteille qui va s'ouvrir. Forcément. Voilà* » (E5)
- « *avec la famille, un petit apéro en rentrant le soir, c'est pas problématique* » ; « *Mais le fait de boire dans les fêtes tout ça, je pense que c'est culturellement admis en France, du coup c'est difficile pour les gens de se rendre compte quand c'est excessif* » (E6)
- « *C'est un problème un peu de consommation festive pour les jeunes, et puis sociale...* » (E7)
- « *Maintenant elle boit parce qu'elle est entre copine...C'est l'alcool jovial, l'alcool social ...* » (E9)

La consommation au travail a également été régulièrement évoquée. Celle-ci aurait tendance à rendre le sevrage difficile, et serait très fréquente dans certaines professions telles que les commerciaux et les travailleurs du bâtiment.

En effet, si le patient consomme au travail, avec ses collègues, dans le cadre de rendez-vous professionnel, il peut être difficile de retourner sur son lieu de travail une fois le sevrage effectué, du fait du risque de tentation et de rechute.

De plus, au travail, lors de « pots » ou rendez-vous, la personne qui ne boit pas sera parfois plus stigmatisée que celle qui boit trop, avec une nécessité d'expliquer les raisons de son abstinence.

- « *dans un milieu où il est presque obligé de picoler, parce qu'il y a beaucoup de contacts professionnels, ça se passe beaucoup au resto* » ; « *travaille dans le bâtiment, c'est un chef d'entreprise, sa consommation elle est très importante, et il arrose tout le temps* » (E4)

- « *Les commerciaux, tout ça qui ont tendance à aller très souvent au restaurant* » ; « *... tout à fait normal de boire 2-3-4-5 bières sur le chantier* » (E6)
- « *Des patients qui boivent par le travail... Souvent les commerciaux qui sortent beaucoup, qui boivent avec les clients, qui doivent boire avec les clients* » (E7)
- « *commercial qui va se taper une bouteille de vin plus une bouteille de whisky par jour* » (E8)
- « *J'ai jamais vu un pot... Même pour nous les médecins Dans des centres de santé, dans des structures de santé, que ça soit hôpital, ou centre ou que sais-je, euh ... J'en n'ai pas vu sans alcool... Jamais...* » (E10)
- « *J'ai pas mal de patients qui travaillent dans la restauration Donc l'alcool disponible très facilement et c'est un vrai problème...* » (E11)

L'alcool est donc très présent sur le lieu de travail, avec une consommation presque obligatoire lors de repas, de pots. La personne qui ne consomme pas sera même plus fréquemment rejetée que celle qui consomme trop.

Il a été régulièrement question de consommation culturelle française, par exemple dans le cadre de la gastronomie. Chaque plat français peut être accompagné de vin, et les hôtes se font un plaisir d'associer un met à son vin lors d'un repas. C'est normal, c'est naturel pour les médecins qui avouent également le faire, même s'ils se posent parfois des questions. Il est donc difficile de faire arrêter cette habitude à son patient, d'autant que les médecins eux-mêmes ont également ces habitudes.

- « *on va aussi prendre un petit verre de vin blanc avec les huitres. C'est comme ça.* » ; « *C'est culturel. Mais dans la culture française, je bois mon verre par jour en moyenne.* » (E5)
- « *culture de... de la France, de la fête, du vin, de la bonne bouffe [...] je pense que ça joue aussi beaucoup* » (E6)
- « *ça a une place dans la culture française ... C'est normal de boire* » (E7)
- « *La consommation d'alcool, c'est très social, très culturel !* » (E8)
- « *C'est dans les clichés français ... La baguette, la bouteille de vin et la bière...* » (E11)

Un médecin a même mis en évidence que la société elle-même favorise cette consommation :

- « *Donc je pense que la société induit un certain niveau de consommation* » (E5)

Surtout que finalement, malgré le fait des problèmes induit par une forte consommation, on peut se procurer de l'alcool facilement : dans tous les supermarchés, l'alcool est en libre service, et certains alcools sont vraiment très bon marché. Si on compare à la cigarette, l'alcool est bien moins taxé également.

- « *c'est une drogue dure, qu'on retrouve en supermarché* » (E2)
- « *ça a une place dans la culture française ... C'est normal de boire* » (E7)
- « *C'est le problème culturel, l'accès facile, l'alcool pendant les pots, pendant les formations...* » (E10)
- « *Et puis c'est super facile d'accès... C'est au supermarché [...] Surtout que la bière est pas chère ... Donc ça fait une consommation facile.* » (E11)

La consommation se retrouve aussi régulièrement à la télévision, ce qui peut contribuer à sa banalisation. C'est une image que l'on voit tous les jours, que l'on peut reproduire à la maison.

- « *Et puis la télévision c'est une catastrophe ... Dallas c'est une catastrophe quand même... Le soir on rentrait et tout le monde buvait un whisky, parce qu'il fallait faire comme Dallas* » (E9)

Des médecins ont également mis en avant une pression sociale pour la consommation d'alcool : lorsque l'on ne consomme pas, on nous incite à consommer ou on nous pose plein de questions pour connaître la cause et essayer de comprendre.

- « *Et l'alcool social et festif... Qui est énorme, la pression... Pas tellement pression, mais si, pression sociale... C'est tout de suite « t'es enceinte ? », « est ce que t'es malade ? », « qu'est ce qui se passe ? »* » (E11)
- « *Surtout qu'on a tendance à inciter : « bah alors tu bois pas ? »* » (E10)
- « *J'ai des patients ... Les patrons sont alcooliques, et pour qui si vous buvez pas avec le patron, ça va être compliqué... C'est vrai que c'est un souci...* » (E11)

L'alcool a donc une grande place dans la société française. Une certaine banalisation existe du fait d'un accès très facile et télévisé. Il existe également une pression sociale invitant à la consommation : nous sommes régulièrement invités à boire, lors de pots, au restaurant, en famille. Et si quelqu'un répond par la négative, les personnes autour insistent en général, car il faut à tout prix goûter ce vin, trinquer... Il faut toujours se justifier devant un refus (alors que personne ne dira rien si on demande de se faire resservir). Les médecins eux-mêmes se trouvent confrontés à ce type de consommation.

Il va être difficile de faire comprendre à un patient avec une consommation à risque au travail, ou avec une consommation qu'il pourrait considérer comme « gastronomique », que sa consommation est en fait pathologique.

De plus, si on arrive à obtenir le sevrage d'un patient qui consomme au travail, il y a toujours un risque que celui-ci rechute une fois qu'il retourne sur son lieu de travail, avec ses collègues qui vont de nouveau lui proposer de boire un verre avec eux, en l'incitant plus qu'en l'encourageant de maintenir son abstinence.

La culture française elle-même inciterait à la consommation d'alcool : le vin est très présent culturellement, la première spécialité à laquelle on pense quand on parle d'une région est souvent le vin (un bon vin de Bourgogne, un pinot de Charente...). La loi Evin a été modifiée afin de permettre la promotion de production locale.

La filière du vin a également une grande place dans l'économie française, avec un grand nombre d'emplois, des exportations, le tourisme...

L'alcool a donc à la fois une image positive et négative, que les médecins généralistes doivent prendre en compte et réussir à gérer. Comment le médecin peut-il agir alors que la consommation d'alcool fait partie de la culture française, y est ancrée depuis des centaines d'années ? Comment gérer un problème de consommation au travail ? Quelles sont les représentations sociales des médecins autour des problèmes d'alcool ?

4.2. Les représentations sociales des médecins

Par la suite, nous avons essayé de comprendre ce que les médecins pensaient de l'alcool, leurs représentations, comment ils appréhendaient un patient ayant des problèmes d'alcool.

Dans un premier temps, nous avons pu constater que les médecins pensaient que leurs patients avaient tendance à minimiser leurs consommations, voire à être dans le déni total du problème :

- « *Ils ont tendance à minimiser tout ça* » ; « *Et puis il y a des gens qui nient complètement le problème.* » (E2)
- « *ils répondent ce qu'ils veulent évidemment.* » ; « *Ils pensent que c'est pas un problème, du déni...* » (E3)
- « *Il y a l'aspect déni qui est très fréquemment rencontré.* » (E4)
- « *Souvent ils minimisent... Ils ont pas l'impression d'être malades.* » (E6)
- « *Il y a le problème du déni aussi* » (E8)

Il était fréquent que les médecins expliquent le déni par la peur de la stigmatisation, d'un sentiment de honte de la part du patient :

- « *Parce que souvent, c'est une maladie honteuse pour les gens, il y a une part de stigmatisation.* » (E2)

Des médecins pensaient que certains types de consommation, dans certains contextes de société, pouvaient poser un plus gros problème. Comme, par exemple, les consommations d'alcool au travail :

- « *Quand il y a de l'alcool au travail c'est mission impossible.* » (E2)
- « *Et je pense qu'effectivement, ça c'est dans la culture des gens du bâtiment, et ça c'est difficile à changer.* » (E5)
- « *J'ai pas mal de patients qui travaillent dans la restauration... Donc l'alcool disponible très facilement et c'est un vrai problème...* » (E11)

Enfin, les médecins n'ont pas parlé de problème de santé publique, mais plus de problème de société, en mettant en avant les difficultés actuelles, qui pourraient pousser à la consommation.

- *« S'il y a de plus en plus d'alcooliques et de plus en plus de gens qui se droguent, c'est que la société va mal. » (E3)*

Mais sans parler uniquement de mal-être, les médecins pensaient que la population était plutôt mal informée sur la consommation, ses risques, et sa « normalité »

- *« Après je pense que ça vient aussi d'une éducation au niveau de la population...Bah juste je prends mes 3 apéritifs, comme tout le monde...C'est normal... » ; « Il faut qu'il y ait ces notions de « consommations à risque », « consommations excessives »,... Les gens ont pas forcément ces distinctions, ils ne savent pas forcément ce qui passe dans excessif ou à risque» (E3)*
- *« Je pense qu'il y a aussi ce côté de l'alcool qui fait partie du mode de vie, ça change beaucoup dans la représentation, la consommation... » (E3)*
- *« Et ça encourage à continuer à boire parce que c'est la France, c'est culturel » (E4)*
- *« C'est culturel. Mais dans la culture française, je bois mon verre par jour en moyenne. Donc je pense que la société induit un certain niveau de consommation » (E5)*
- *« Je pense qu'effectivement, la culture de... de la France, de la fête, du vin, de la bonne bouffe... voilà, je pense que ça joue aussi beaucoup » ; « Mais le fait de boire dans les fêtes tout ça, je pense que c'est culturellement admis en France, du coup c'est difficile pour les gens de se rendre compte quand c'est excessif... » (E6)*
- *« On boit pas d'alcool en réunion, on boit plutôt du bon vin... Mais bon... pareil... » ; « C'est la culture en France... » (E9)*
- *« L'autre truc... C'est le problème culturel, l'alcool pendant les pots, pendant les formations... » ; « C'est dans les clichés français... La baguette, la bouteille de vin et la bière... » (E11)*

Les médecins pensent que leurs patients ont tendance à minimiser leur consommation, voire à être dans un déni total. Cependant, certains médecins expliquent que les patients ne savent pas ce qui est considéré comme « à risque », comme « mésusage », ce qu'est la dépendance et quels en sont les risques... De même, si autour d'eux tout le monde consomme de la même manière, ils vont se trouver dans la normalité. Il faudrait alors reprendre avec les patients les différentes définitions et leur expliquer.

Après avoir étudié les représentations sociales des médecins, nous avons questionné leur propre consommation, afin de voir si cela pouvait avoir une influence sur leur patient.

4.3. Influence de la consommation des médecins

Certains médecins ont reconnu qu'il pouvait leur arriver de banaliser une consommation d'alcool excessive, s'il leur était déjà arrivé de consommer de même. Ils se disaient qu'a priori ce n'était pas un problème pour eux, aussi cela ne devait alors pas l'être non plus pour leur patient.

La banalisation revient à rendre courant quelque chose, lui ôter son caractère rare et original. Cela revient également à dédramatiser une consommation excessive d'alcool, de ne pas la considérer comme pathologique, du fait de son expérience personnelle ou de la mauvaise connaissance des définitions de consommation excessive.

- « *J'ai déjà bu une fois de façon excessive du coup je banalise* » (E1)
- « *Peut-être qu'effectivement... les patients qui consomment d'une manière... euh... moyennement excessive, peut-être que j'ai tendance à minimiser par rapport à ma propre consommation.* » (E6)
- « *Celui qui me dit, j'ai la gueule de bois, ça peut passer* » (E11)

Un autre médecin pensait qu'il pouvait déculpabiliser son patient, du fait de sa consommation personnelle :

- « *Dans le sens où on déculpabiliserait les patients parce que nous-mêmes on a tendance à boire un peu c'est ça ? Ca doit probablement jouer, oui c'est possible* » (E2)

Les seuils de risque / de dépendance peuvent également évoluer en fonction du vécu du médecin :

- « *Peut-être que, contrairement à certains médecins qui boivent pas du tout... peut être que j'ai ... Que je ... Que mes seuils de dépendance et d'excès sont différents d'autres médecins. Peut être que ça peut rentrer en compte* » (E6)

Finalement, en posant la question de sa consommation un médecin s'est lui-même remis en question. En effet, il se rend compte d'un besoin également pour lui de boire à certaines occasions, même si cela reste un seul verre par jour. Il ne sait pas particulièrement l'expliquer, mais il se demande pourquoi il se retrouve à boire.

- « *Ca doit être en moyenne un verre par jour... Mais le fait que ça soit un verre par jour me pose des problèmes...Je vais passer plusieurs jours sans boire mais s'il y a des amis qui viennent à la maison, il y aura forcément une bouteille qui va s'ouvrir. Forcément. Voilà. Et je vois que oui, en vieillissant, si on achète des huitres le samedi matin au marché, on va aussi prendre un petit verre de vin blanc avec les huitres. C'est comme ça. Mais ça me pose question quand même.Ca me pose question pour moi-même. Qu'est ce qui fait que je boive ?* » (E5)

Les médecins se retrouvent également confrontés à l'alcool dans leur vie privée. Certains consomment également, d'autres non. Il peut y avoir dans leur entourage des personnes qui font un mésusage de l'alcool.

Cette consommation personnelle ou de l'entourage peut avoir un effet sur l'abord du sujet avec leur patient. Si un médecin consomme de la même manière que son patient, il peut ne pas voir le problème, dédramatiser certaines situations.

Un médecin s'est remis en question au cours de l'entretien. Qu'est ce qui fait que nous sommes amenés à consommer ? Même dans des proportions moindres, pourquoi a-t-on ce besoin ?

L'alcool a donc une place importante dans la culture française, cela fait partie de l'histoire, de l'économie et du patrimoine français. Tout ceci rend les discussions autour

de l'alcool très compliquées. L'alcool existe depuis très longtemps et il a ce côté festif, convivial, désinhibant que tout le monde reconnaît.

Le médecin peut donc avoir des difficultés à discuter autour des problèmes d'alcool avec ses patients : parce que lui-même consomme de la même manière, parce que certaines familles ont des consommations à la limite de la norme donnée par les recommandations. Mais tant que cela ne gêne pas le patient, qui ne ressent pas les effets néfastes de sa consommation, il va être pour lui très difficile d'entendre ce que le médecin lui explique.

Comment le médecin peut-il agir dans ce contexte ? Quel est son rôle ? Comment expliquer le problème à son patient ?

Le médecin doit peut être réfléchir sur lui-même, sur sa consommation, sur ses représentations pour que cela n'interfère pas dans la discussion avec son patient.

5. La place de la valorisation personnelle, du plaisir

Dans notre métier, comme dans tout autre, il est important d'être intéressé par ce qu'on fait, d'y trouver une valorisation personnelle, voire même du plaisir... Cette notion a émergé des différents entretiens avec les médecins généralistes.

Peu de médecins ont parlé de ce côté positif, ils avaient plutôt tendance à dire qu'ils n'étaient pas trop intéressés :

- « *c'est que le sujet ne me passionne pas non plus.* » (E1)
- « *L'addictologie ce n'est pas ça...* » (E2)

A la place du plaisir, les médecins parlaient plus de courage, de motivation, de désespoir...

- « *Du coup il faut savoir être humble et courageux pour recommencer.* » (E3)
- « *Moi je pense que ce qui est plutôt vraiment démotivant, c'est qu'il y a des échecs vraiment terrifiants quoi... Vraiment, faut pas désespérer quand même, que ça soit pour le médecin ou le patient... Bon après moi je relativise. Mais je*

pense que pour un plus jeune, c'est pas très glorifiant parfois cette pathologie... » (E8)

Deux médecins avaient tout de même l'air d'apprécier la prise en charge, de trouver ce travail valorisant :

- *« Et quand vous la voyez arriver avec le sourire, vous dites que vous servez à quelque chose et ça c'est le plus beau »*
- *« Ah mais moi j'aime bien ce qui est compliqué... Le patient alcoolique... Je dis pas que c'est un vrai bonheur, faut pas exagérer, mais c'est typiquement le genre de patient qu'on aime bien prendre en charge dans le cabinet » (E11)*

Cette notion de valorisation personnelle est peu retrouvée mais reste probablement importante : on ne fait pas aussi bien les choses qui ne nous plaisent pas que celles qui nous plaisent, on ne s'investit pas de la même façon.

Il faudrait donc réussir à mieux valoriser trouver de l'intérêt autour des problèmes d'alcool, à trouver un déclic qui pourrait inciter les médecins à s'intéresser au problème.

Mais si cet intérêt est peu retrouvé par les médecins, que font-ils concrètement ? Comment abordent-ils la question de l'alcool en consultation, comment prennent-ils en charge leurs patients ?

6. Comment les médecins abordent-ils le problème ?

L'abord du sujet n'est pas évident pour tous les médecins. Deux groupes ont pu être distingués après cette question : d'un côté les médecins qui posaient facilement la question à leur patient et de l'autre ceux pour lesquels c'était un sujet plus délicat à aborder.

6.1. La consommation d'alcool est abordée de manière systématique

Certains médecins trouvent que poser la question de l'alcool est assez facile et abordent le sujet de manière systématique, avec chaque patient. Cela se fait plutôt lors d'un premier contact avec le patient, une première consultation. Les médecins posent la question au même titre qu'ils se renseignent quant aux antécédents, aux allergies, à la consommation de tabac... C'est une question qui fait partie de leur interrogatoire initial. C'est la systématisation qui rend la chose facile : poser la question à tout le monde, tout le temps, fait que le médecin est moins gêné, il en prend l'habitude, et peut expliquer au patient qu'il pose la question à tout le monde. Ceci permet également de se justifier envers le patient, de lui faire comprendre que nous ne sommes pas là pour le juger, mais que ces éléments sont nécessaires afin de compléter le dossier. Poser la question systématiquement pourrait être également un alibi : on le fait vite pour se débarrasser le plus rapidement du problème, on se déculpabilise en disant que c'est systématique. Mais cela ne semble pas être le cas ici, car les médecins qui sont dans la systématisation accompagnent leurs patients par la suite, si besoin.

- « *Dans mon déroulé systématique, il y a la question sur l'alcool* » ; « *Dans le cadre de la prise de connaissance, il y a les antécédents médicaux, les traitements, les allergies, la pratique de sport. Dans les facteurs de risque : tabac, alcool, autres drogues* » (E3).
- « *Quand je vois un nouveau patient, je pose systématiquement la question* » (E5)
- « *Je pose toujours les questions, s'il consomme l'alcool, les drogues ou pas* » ; « *je leur demande systématiquement...* » (E7)
- « *Bah je pose les questions sur... Ce qu'on appelle les facteurs de risque... Enfin je fais les antécédents et puis tabac, cannabis, alcool. C'est systématique... Même les femmes qui portent le foulard, parce que ici j'en ai...* » (E10)
- « *Donc oui, du coup, question alcool systématique... Ca passe tout seul* »(E11)

Un médecin déclare même qu'aborder la question de l'alcool est une chose facile, du fait de la systématisation. La question est posée à tout le monde donc pour lui, cela retire une part de jugement envers le patient, en expliquant que c'est un entretien systématisé. La systématisation facilite les entretiens. Sans cette pratique, les contacts

avec le patient deviennent plus compliqués. En effet, il peut se sentir jugé. Ce médecin essaie par la suite d'accompagner ses patients dans la prise en charge des problèmes d'alcool, il ne s'arrête pas là et ne se cache pas derrière une pseudo facilité.

- « *Je pense que l'alcool maintenant c'est facile de l'aborder* » (E3).

Finalement, le fait que la question soit posée de manière systématique, au cours d'un interrogatoire standardisé, peut mettre en avant le fait qu'il est difficile de l'aborder autrement. Si cette question n'est pas posée initialement, il sera compliqué de le faire par la suite.

Poser la question de manière systématique permet d'éviter de se demander quand doit-on le faire ? Cela permet de dire au patient que ce n'est pas un jugement mais qu'on pose la question à tout le monde. Etre systématique permet d'éviter de complexifier la relation avec le patient.

Les médecins s'interrogent alors moins sur ce qu'ils font, mais il ne faut pas qu'ils se contentent de réponses approximatives ou se limitant à « oui », « non », « occasionnellement », sans savoir ce qu'il en est réellement. Cette systématisation nous fait constater également que les médecins n'approfondissent plus l'abord et réfléchissent moins sur les raisons de cette démarche.

6.2. La question de la consommation d'alcool est difficile à poser

D'autres médecins n'ont pas cette facilité à poser la question, et trouvent que ce sujet est difficile à aborder. Cela est difficile car pour confier un problème lié à l'alcool, il faut avoir une bonne relation de confiance, ne pas craindre un jugement du médecin, ne pas avoir peur de se confier. En posant la question trop vite, les médecins se sentent trop intrusifs. En effet, la difficulté repose sur le fait que les problèmes d'alcool touchent le patient dans son ensemble, que ce soit physique, psychique, familial et social. On peut être trop intrusif, aller chercher trop en profondeur chez le patient, qui risque alors de se braquer. Il est également très difficile pour un médecin généraliste de traiter les

problèmes psychiques, physiques, familiaux et sociaux à lui tout seul, surtout qu'il n'a pas toujours toutes les clés en main.

- « *C'est des consultations difficiles quand même* » (E1)
- « *Ca m'est difficile* » (E8)

Un médecin pense qu'aborder la question trop rapidement, c'est comme agresser son patient. Pour lui, il faut prendre le temps, connaître le patient, avoir une relation de confiance. Ce n'est pas à la première consultation que cela se joue, car le patient risque de se braquer si la question est trop vite abordée. On peut alors se poser la question de la morale, est-ce le rôle du médecin généraliste de « faire la morale » par rapport à la consommation d'alcool ?

- « *Après on peut l'aborder, c'est pas la peine de les agresser directement...* » (E8)

Un autre déclare qu'il ne va pas forcément aller jusqu'au bout du dépistage. Il élude parfois le sujet, préfère ne pas insister sur ce type de problème. Il craint en effet ne pas savoir quoi dire, quoi faire par la suite. C'est un problème qu'il ne connaît pas bien, et finalement, s'il découvre un problème d'alcool, il ne saura pas comment réagir, comment gérer, d'autant qu'il trouve que la prise en charge est complexe, prenant en compte plusieurs facteurs, intriqués entre eux (contexte bio-psycho-social, pathologie psychiatrique associée,...).

- « *Inconsciemment, on va peut-être pas pousser jusqu'au bout, parce que, effectivement, si on arrive à la conclusion qu'il y a une dépendance tout ça, bah il faudra faire la prise en charge qui est des fois complexe et...* » (E6)

Certains médecins vont même jusqu'à éviter d'aborder le sujet. Parfois parce qu'ils ne savent pas quoi faire si on leur répond positivement, ou alors parce que c'est encore considéré comme un sujet tabou, inabordable. Aujourd'hui, les problèmes liés à l'alcool restent une pathologie honteuse et toujours cachée, à sa famille comme à son médecin.

- « *c'est même tellement compliqué que j'ai plutôt tendance à pas le faire pour tout vous dire...* » ; « *Et bien non, je ne parle jamais d'alcool ! Comme ça, spontanément. Ce n'est pas une question que je pose à quelqu'un qui vient me voir pour...* » (E1)
- « *Parce que c'est quand même un gros tabou...* » (E5)

Des médecins ont donc parlé de leur difficulté à aborder le sujet de la consommation d'alcool, parfois de peur d'être trop intrusif / trop agressif envers le patient. Parfois également parce qu'ils n'ont pas envie de prendre en charge les problèmes d'alcool, et que s'ils posent la question, ils risquent d'avoir à le faire...

Comment alors procéder pour aborder le sujet ?

6.3. Comment aborder le sujet ?

Devant cette difficulté, les médecins ont mis en place des stratégies pour aborder le sujet. En effet, ils ne savent pas toujours dans quel contexte poser la question, ils ont peur de la réaction de leur patient. Les médecins essaient donc de trouver un moment pour poser la question, une situation adéquate qui ne les mettra pas en difficulté, et qui les fera aborder le sujet « discrètement ».

Certains profitent de certaines situations pour en discuter, par exemple quand la famille du patient amène le sujet. Il est effectivement fréquent que des proches (parents, amis, enfants, conjoints...) viennent voir le médecin, pour faire part d'un problème d'alcool d'un patient. Ils peuvent venir directement avec leur proche, ou seuls, demandant une prise en charge par la suite. Dans ce cas, les choses peuvent être plus compliquées si le proche ne souhaite pas que le médecin précise à son patient que quelqu'un lui a parlé de son problème. Il faudra alors trouver un autre moyen d'aborder le sujet, et cela est ressenti comme délicat par les médecins. Ils utiliseront alors parfois les examens complémentaires permettant de mettre en avant des perturbations du bilan hépatique par exemple, ou poseront la question directement.

- « *ceux dont la famille me dit que probablement, il a un problème avec l'alcool* » (E1)

- « *les familles qui amènent leurs parents pour qu'on essaie de le sevrer* » (E2)
- « *le conjoint ou la conjointe qui vient me solliciter pour l'addiction de l'autre* » (E4)
- « *Adressé par la famille, ou conseillé par la famille, parce que la famille a noté qu'à chaque soirée* » (E6)
- « *Souvent la famille vient me voir en me disant... « mon mari ou ma femme ou mon fils a un problème d'alcool... Ne lui dites surtout pas que je vous l'ai dit... »* » (E11)

Le sujet est également régulièrement amené s'il existe des perturbations biologiques. Ces perturbations peuvent être trouvées de manière fortuite, c'est-à-dire à la suite d'un « bilan de routine ». Le médecin va alors poser la question à son patient, alors qu'il ne l'aurait pas fait s'il n'y avait pas ces anomalies biologiques. Parfois, le bilan est effectué quand le médecin a un doute et qu'il ne sait pas comment aborder le sujet, s'il craint un déni du patient, ou s'il espère un déclic à la vue de perturbations biologiques.

- « *Si effectivement, sur un bilan sanguin, je m'aperçois qu'il y a des perturbations du bilan hépatique, je vais leur en parler.* » (E2)
- « *... Enfin moi en tout cas je pose la question aux patients qui ont des VGM augmentés, des gamma GT augmentées* » (E6)
- « *sinon c'est des perturbations sur les bilans biologiques...* » (E8)

D'autres médecins vont poser la question de la consommation s'il existe un retentissement médical ou psycho-social, c'est-à-dire lorsque les patients viennent pour des troubles anxieux, des troubles du sommeil, un syndrome dépressif, mais aussi une désinsertion sociale ou professionnelle...

- « *on peut mettre ça en évidence lorsqu'il y a un problème psychologique, les gens viennent pour des troubles anxieux, des troubles anxio-dépressifs, une souffrance au travail. C'est souvent dans ce contexte là qu'on va poser la question.* » (E2)

- « *j'ai l'impression que l'alcool a un retentissement sur leur santé. Et j'ai l'impression qu'une des causes de leur mal être, leur altération de l'état général* » (E5)
- « *après, la consommation d'alcool, je l'évoque pas forcément au premier rendez-vous, ou alors quand vraiment, j'ai une forte suspicion que ce soit clinique, avec un faciès particulier, ou voilà...* » (E6)
- « *S'il y a une complication évidente, ou qui peut être liée...par exemple, qu'est-ce que je peux poser comme question... troubles cognitifs, ORL, le foie / la prise de sang pathologique... La peau : les patients qui ont une dermite séborrhéique, souvent je leur repose la question...* » (E11)

Un dernier médecin n'abordera le sujet que chez les patients avec un certain morphotype : il pense que cela est suffisant, il sait reconnaître les patients qui ont des problèmes d'alcool en fonction de leur teint ictérique, la présence d'angiome stellaire, ...

- « *Non, non juste en fonction de la morpho-typologie, c'est suffisant.* » (E9)

L'abord en lui-même n'est pas évident pour les médecins généralistes, comment peut-on faire pour que cela se passe mieux ? Comment faire pour que le médecin aborde le sujet sans avoir le sentiment « d'agresser » le patient ?

L'abord de l'alcool peut être facilement perçu comme moralisateur, est-ce le rôle d'un médecin généraliste de poser cette question, de faire la morale à son patient ?

Cette question d'abord est essentielle pour nous car c'est finalement la première étape de la prise en charge, de l'accompagnement des problèmes d'alcool. On ne peut rien faire sans cet abord, et c'est donc probablement sur l'abord qu'il faudra le plus réfléchir.

En effet, une fois la consommation déclarée, on peut commencer à en discuter, à adresser son patient si on ne se sent pas capable de le suivre au cabinet, seul. Mais sans cet abord, rien ne va se passer.

6.4. La spécificité de la relation médecin-patient dans le cadre des problèmes d'alcool

Des différents entretiens avec les médecins, il est ressorti l'importance de la relation de confiance médecin-patient dans l'abord de la question. Cette relation est quelque chose qui se crée sur le long terme avec son patient, en prenant des décisions conjointes, en étant à l'écoute. Il faut souvent plusieurs mois, voire plusieurs années avant d'avoir cette relation. On peut dire que cette relation est en place lorsque le patient pourra se confier sur tous les pans de sa vie, y compris sur sa consommation d'alcool, sans crainte. Le médecin lui-même a confiance en son patient, le connaît bien, sait comment il peut réagir à certaines questions. Il fait preuve d'empathie.

Les médecins n'ont pas décrit comment ils agissaient pour aboutir à cette relation et ce qu'elle était. L'importance de la relation de confiance était abordée par plusieurs études auparavant, mais sans réellement être expliquée. On s'attend toujours à avoir ce type de réponse, il y a peu de chance qu'un médecin déclare qu'il souhaite avoir une mauvaise relation. Pourquoi cette relation de confiance est-elle toujours mobilisée alors qu'elle n'apporte pas grand-chose ? Cela ne reste finalement qu'un concept.

Pour ces médecins, poser la question initialement, de manière systématique ne sera pas forcément efficace, les patients risqueraient de se braquer, de ne pas répondre sincèrement. Les médecins prennent donc le temps de discuter avec leurs patients, d'instaurer un climat de confiance, une bonne relation avant d'aborder ce type de sujet délicat. Ils attendent le bon moment, le moment propice où le patient réussira à se confier, sans crainte. Les médecins ont tous parlé de la confiance comme quelque chose d'« important », sans réellement expliquer ce qu'était ce concept, sa place...

- *« Après c'est sûr qu'ils viendront plutôt en première intention me voir que directement dans un centre, parce qu'ils me connaissent et qu'ils me parleront plus facilement de ce problème là. » (E2)*
- *« Ca peut pas se faire dès la première consultation. Faut avoir instauré une bonne relation, il faut qu'autour ça soit bien. » ; « Je pense qu'il faut 6 mois – 1 an pour que les gens viennent, même pour des rhumes, avant que ça devienne quelque chose d'abordable... Avec la confiance... » (E7)*

Le premier médecin met en avant le fait que ses patients parleront plus avec lui qu'avec des « inconnus » de ses problèmes d'alcool. Cependant, nous avons constaté précédemment que beaucoup de patients contactent les CSAPA... sans jamais avoir abordé le sujet avec leur médecin généraliste.

Le deuxième médecin, si dessus va plutôt montrer la difficulté d'obtenir cette relation de confiance qui s'instaurera au fil du temps.

Cependant, la relation de confiance ne suffit probablement pas. Comme dans la vie de tous les jours, on peut avoir une grande confiance en quelqu'un, mais ne pas avoir envie de se confier à lui. Avoir confiance ne signifie pas se confier. Le problème d'alcool reste quelque chose de difficile à évoquer, de honteux.

Le médecin devrait en fait devenir un confident, obtenir de son patient la confiance au-delà de la confiance, pour que ce dernier puisse lui livrer une part intime de lui même.

Il y a donc plusieurs manières d'aborder la question pour les médecins interrogés. Ce n'est pas une chose simple comme le feraient pressentir les recommandations : on aborde et puis c'est comme ça.

Les médecins peuvent trouver une manière d'aborder les problèmes d'alcool, en fonction de leur propre personnalité. Ils sont un peu seuls par rapport à la méthodologie, ils « bricolent » un peu en fonction de leur intuition, et pas toujours par réflexion.

Certains médecins le font facilement, en posant la question de manière systématique à chaque patient, lors d'un premier contact par exemple.

D'autres ont plus de difficultés, et vont essayer de mettre en place des stratégies pour poser la question. Ils ne le feront surtout qu'une fois devant le fait accompli : s'il existe des perturbations biologiques, un retentissement médical ou psycho-social, si l'entourage amène le sujet...

Finalement, cela peut être facile de poser la question lors d'un premier contact. Mais si cette question n'est pas posée initialement, les médecins ne savent plus comment poser la question par la suite. Ils passeront alors par plusieurs types de stratégies.

L'abord permet le dépistage, qui semble tout de même important pour la majorité des médecins interviewés.

Les médecins sont régulièrement gênés par la peur d'être intrusif pour leur patient et se sentent mal à l'aise, peut être même plus que le patient. C'est pourquoi certains médecins préfèrent attendre d'avoir une bonne relation médecin-patient avant d'aborder le sujet (mais il n'est pas expliqué ce qui est mis derrière ce concept)

L'abord reste quelque chose de très particulier dans les problèmes d'alcool car cela touche souvent à quelque chose d'intime pour le patient, pas nécessairement facile à avouer. Le médecin généraliste, en abordant le sujet, peut également être perçu comme moralisateur... Mais est-ce vraiment son rôle ?

Et après l'abord, comment le médecin agit-il ? Quelle est sa prise en charge, son accompagnement, son suivi ?

7. Prise en charge ou accompagnement ?

Nous nous sommes ensuite intéressés à la question de la prise en charge et de l'accompagnement des patients ayant un problème avec l'alcool, à leur sentiment vis-à-vis de cette question, et à leur manière d'agir face à cette situation.

Nous nous sommes également intéressés à l'orientation des patients par leur médecin généraliste.

Il nous faut dans un premier temps revenir sur quelques définitions :

- La prise en charge, en médecine, est le fait de prodiguer des soins à une personne, présentant des symptômes dus à une maladie ou à un accident. L'idée de prise en charge met en avant l'idée d'une « charge », d'un travail lourd. Cela signifie également souvent faire pour le patient, à sa place. La

prise en charge reste quelque chose de très paternaliste, on dit au patient ce qu'il doit faire, c'est quelque chose de rapide.

- L'accompagnement permet quant à lui permet d'être plus attentif aux désirs du patient, de faciliter son expression. Cette posture permet également un meilleur échange. Il s'agit d'observer, d'écouter la personne, de constater et évaluer ses manques, ses compétences, travailler à son développement. L'accompagnement est interactif, c'est comprendre et se faire comprendre. On sort du rôle paternaliste, on est un soutien pour le patient. C'est quelque chose qui demande plus de temps.

7.1. Comment accompagner son patient ?

Au cabinet, le médecin devrait être dans l'accompagnement de son patient, mais c'est compliqué. L'idéal serait d'accompagner son patient, mais la pratique, on revient vite vers la prise en charge (tout comme dans ce travail, ou même si je trouvais que l'accompagnement était le plus adapté, j'avais tendance à utiliser le terme « prise en charge »).

Dans l'accompagnement, le médecin aide son patient à aller mieux, le conseille, lui donne les clés pour s'en sortir. Il peut proposer de réfléchir sur son problème, de mettre en évidence les conséquences qu'il engendre, afin que le patient décide par lui-même d'arrêter la consommation. Cette décision doit être celle du patient et non le choix de son médecin paternaliste. Elle doit être prise main dans la main avec le patient et non par le médecin seul. Le but étant bien d'obtenir la motivation du patient, car c'est lui l'acteur principal de sa santé. En effet, les résultats seront plus concluants si le patient décide d'arrêter de consommer (ou de diminuer), s'il en comprend les enjeux.

La motivation reste néanmoins une certaine forme de paternalisme.

- *« je me sens prêt à les accompagner, et on va travailler sur le symptôme, l'alcool. »*
- *« Par exemple si c'est une consommation un petit peu limite supérieure, on va essayer de sensibiliser, et puis d'inciter à diminuer, et se mettre sous les 3 verres par jours. » (E4)*

- « *Je sais pas ... Je dois en faire mais je sais pas prodiguer les entretiens motivationnels... Je dois en faire sans le faire quoi...* » (E5)

A travers ces verbatim, on se rend compte que cela est quelque chose de difficile, cela les dépasse, ils bricolent car ils se sentent probablement un peu seuls. Le « bricolage » peut sembler peu professionnel. Cependant, cela correspond au fait que le médecin, face à une situation compliquée, va être capable d'inventer une action adaptée, avec ce qu'il a.

Pour « motiver » leurs patients, ils essaient de leur faire comprendre les enjeux, les risques de leur consommation. Ils discutent avec eux de pourquoi ils consomment, comment ils pourraient faire autrement. Parfois ils leur font faire des examens complémentaires à la recherche de complications, afin de leur montrer comment leur corps répond à la consommation.

Ce travail de « motivation », du comment ils font, n'a été expliqué que très brièvement. Ce n'est pas bien clair. On ne sait pas s'ils sont formés, comment ils agissent dans la pratique.

Des entretiens plus longs, et une plus grande expérience de ma part auraient peut être permis d'obtenir des réponses plus complètes.

Une fois ce travail d'accompagnement, de « motivation » effectué, les médecins adressent très rapidement leurs patients. Ils vont donc encourager le patient à diminuer ou arrêter de consommer, ils essaient de les « motiver » au maximum. Mais une fois le sevrage décidé, ils vont adresser directement leurs patients à des spécialistes, à des structures spécialisées. Toutefois, certains médecins ne savent pas où adresser leurs patients. Ils effectuent alors des recherches sur internet.

Ces médecins sont donc dans une logique motivationnelle : ils dépistent, mettent en évidence le problème, essaient de faire comprendre à leur patient la pathologie, et les adressent à des centres spécialisés.

En attendant que la prise en charge puisse débuter dans ces centres, ils prescrivent parfois des traitements, tels que les benzodiazépines initialement, mais sans grande conviction, sans savoir toujours ce qu'ils doivent faire exactement. Ils préfèrent amplement adresser les patients vers des spécialistes le plus rapidement possible.

Pour eux la pathologie est trop complexe, chronique, avec plusieurs facteurs intriqués, qui nécessitent une prise en charge pluridisciplinaire et non par un seul médecin généraliste.

- « *Puisqu'on est en ville, je profite de cette opportunité pour les envoyer dans des centres spécialisés là dedans* » ; « *j'envoie sur internet* » (E1)
- « *En général, je les adresse à des centres d'addictologie, pour essayer de les prendre en charge le mieux possible.* » (E2).
- « *Je leur dis : allez consulter un addictologue. Parce que moi je ne suis pas apte à suivre ce genre de chose* » (E7)
- « *tout de suite, j'envoie très vite sur les addictologues* » (E8)
- « *Moi je ne me sens pas les épaules chez des patients avec des problèmes d'alcool CHRONIQUES, où il y a souvent, soit une psychopathologie complexe voire une pathologie psychiatrique* » (E3)

Pour certains médecins, leur rôle, vis-à-vis des patients qui ont un problème d'alcool, est de leur faire réaliser leur problématique, de les accompagner dans leur démarche, et d'obtenir leur « motivation ». C'est une chose très importante, qui va permettre aux patients de se rendre compte de leur problème, et de commencer à envisager de diminuer ou d'arrêter leur consommation, parfois avec l'aide de leur médecin généraliste, parfois avec une prise en charge plus spécialisée.

La « motivation » obtenue, lorsque le patient est prêt, les médecins vont lui proposer de l'orienter vers un spécialiste, une structure spécialisée, tout en leur précisant qu'ils sont toujours là si besoin, pour poursuivre un travail d'accompagnement. Cependant, le patient ne sera pas toujours d'accord, il ne va pas forcément accepter, ne viendra pas pour une démarche de soins... Si le patient ne souhaite pas changer sa consommation, il sera difficile de le motiver. Il peut dire « oui, oui », mais ne rien faire.

Les médecins ne sont pas toujours formés pour obtenir cette « motivation », et ils se débrouillent comme ils peuvent. Un médecin nous a tout de même dit qu'il avait effectué une formation sur l'entretien motivationnel.

« Motiver » le patient ne semblait pas quelque chose de très compliqué pour les médecins dans les entretiens, à condition que les patients acceptent un minimum l'idée. Il sera effectivement difficile de motiver un patient qui ne le souhaite pas.

7.2. La place du médicament

Certains médecins vont plus loin dans la prise en charge, et prescrivent les médicaments du sevrage, une fois la motivation obtenue. Ces médicaments sont les benzodiazépines. Ils sont prescrits lorsque le patient demande un sevrage, après une consultation plus ou moins longue. Par la suite, les médecins essaient de revoir leur patient de manière assez rapprochée, au moins initialement, pour voir comment cela se passe, s'il existe des signes de sevrage, pour du soutien...

- « *Ca m'arrive bien sûr de prescrire des traitements pour aider au sevrage. On commence par des benzodiazépines* » (E2)
- « *je leur donne des vitamines, un peu de benzo, tout ça pour les calmer si besoin* » (E7)
- « *Au niveau des traitements, il faut instaurer des benzo quand il y a sevrage...* » (E11)

D'autres médecins peuvent prescrire également des médicaments plus spécifiques. Cela peut se faire initialement dans le sevrage, ou un peu plus tard. Si c'est un premier sevrage, il sera plutôt utilisé des benzodiazépines seules. Parfois, c'est le patient qui va « réclamer » un certain médicament, dont il a entendu parler, par un ami par exemple.

Mais les benzodiazépines ou les médicaments d'aide au sevrage ne sont pas les seuls à être prescrits dans ces situations. Les généralistes peuvent également prescrire des médicaments pour des pathologies fréquemment associées tels que des anxiolytiques, des antidépresseurs. Tout cela, bien sûr, après discussion et explications au patient.

- « *je prescris l'aotal, le revia (naltrexone), l'esperal (disulfirame)* » (E4)

- « *J'ai essayé de... Je lui ai prescrit des médicaments antidépresseur, des anxiolytiques... Je lui ai même prescrit de l'aotal, de l'esperal... » (E5)*
- « *Des antidépresseurs... » (E11)*

Des médecins prennent donc en charge leur patient au cabinet, mais à des niveaux différents : de l'obtention de la motivation du patient à l'utilisation de médicaments : benzodiazépines pour le sevrage (à adapter à la symptomatologie et à diminuer rapidement), plus ou moins associés aux médicaments d'aide au sevrage, aux anxiolytiques ou aux antidépresseurs. Les médecins essaient de revoir leur patients régulièrement (toutes les semaines / les deux semaines). Ils n'ont pas réellement décrit leur suivi par la suite.

Les médecins vont également proposer à leurs patients d'aller voir des spécialistes si besoin : psychiatre, psychologues, CSAPA. Ils peuvent également parler aux patients de diverses associations qui pourraient les aider. Ils le font si les patients le souhaitent initialement, si la prise en charge est compliquée... mais également pour les informer des différentes possibilités d'aide. Nous en parlerons par la suite.

Le suivi a été peu abordé par les médecins, bien qu'étant très important. Nous avons juste observé qu'il était important pour eux de voir les patients « régulièrement », toutes les semaines ou deux semaines.

J'aurai probablement dû creuser un peu plus sur le suivi durant les entretiens.

7.3. Spécificité de la relation de confiance dans la prise en charge des problèmes d'alcool

7.3.1. Rôle bénéfique de la relation de confiance

La relation de confiance peut mener les patients à demander une prise en charge par leur médecin, et non par des centres où ils ne connaissent pas les médecins. Les

patients se sentent bien avec leur médecin, lui font confiance. Ils n'ont pas envie de parler d'un pan de leur vie compliquée à n'importe qui, d'autant que les problèmes d'alcool sont souvent considérés comme honteux. Aussi, une fois qu'ils se sont confiés à un médecin, il leur est plus difficile d'aller voir un médecin qu'ils ne connaissent pas pour réexpliquer leur problème d'alcool. En effet, il n'est pas aisé de parler de ses problèmes, « d'avouer sa faiblesse » à des médecins différents. Parfois la décision de voir un psychiatre est également compliquée pour un patient, qui assimile toujours la psychiatrie à la prise en charge « des fous », et lui ne se dit pas fou... Cependant une prise en charge par des spécialistes est importante surtout si le médecin est en difficulté et pense qu'un autre avis est essentiel...

- *« il y a quand même une relation de confiance dans le médecin [...] Et ils aiment bien... Essayer les choses avec nous... Ils nous font confiance... [...]plupart sont plutôt demandeurs que ça soit nous qui les prenions en charge » (E6)*

Cependant, comme vu précédemment, cette relation de confiance n'a jamais vraiment été explicitée, on ne sait pas ce que cachent ces deux termes. Comment instaurer une relation de confiance ?

7.3.2. Mais la relation de confiance a souvent une place plus compliquée

Pour certains médecins, cette relation peut également être un problème dans la prise en charge du patient. En effet, les patients peuvent avoir peur, honte d'avouer leur consommation à leur médecin, en se disant qu'après, le regard du médecin risque de changer, que celui-ci risque d'en parler au sein de sa famille.

Si ce sentiment existe de la part du patient, il n'ira pas confier ses problèmes à son médecin. La honte ressentie peut venir aussi de la société où le problème d'alcool est toujours considéré comme une maladie honteuse.

Toujours dans cette idée, les patients peuvent avoir peur de décevoir leur médecin s'ils ne se sèvent pas. Du coup, ils vont dire qu'ils vont arrêter de boire... Sans le faire réellement.

- « *pour certains hommes [...] il y a pas mal de choses qui se jouent, dans l'idée de qu'est ce qui va rester entre moi et lui, et qu'est ce qui va après éventuellement sourdre vers les relations avec ma femme, et je pense qu'il y a certains patients qui peuvent avoir ce genre de blocage.* » (E3)
- « *Ils disent « j'essaie » pour faire plaisir mais ils n'essaient pas... »* (E9)

Enfin, la relation médecin-patient peut se jouer à plusieurs niveaux dans les problèmes d'alcool. Une bonne relation peut à la fois aider à la prise en charge, mais peut également en être un frein. Lors de l'abord de la question, une bonne relation pourrait aider les patients à se confier... Mais elle pourrait aussi créer une crainte du jugement de la part du médecin. De même, en cas de rechute, un patient pourrait se confier plus facilement... ou ne pas oser de peur de décevoir son médecin. L'accompagnement semble tout de même plus évident si la relation de confiance est en place. Cependant, une relation de confiance n'implique pas la confiance, et il est probable que les patients ne confient que peu de choses, peut-être de peur de décevoir leur médecin.

Les médecins ont parlé de la relation de confiance, mais n'ont pas décrit ce que qu'elle représente pour eux. Ils ne se sont pas interrogés sur ce qu'impliquait cette relation de confiance. La relation de confiance est un concept véhiculé un peu partout, mais on ne sait pas comment elle est mise en place, ce que signifie une « bonne relation médecin / malade ».

Il aurait fallu creuser un peu plus cette question auprès des médecins interrogés au cours des entretiens.

7.4. Complexité de la coopération avec les autres professionnels de santé

Peu importe la décision des médecins de prendre en charge ou non les patients dans leur cabinet, dans les deux cas ils soulignent l'importance d'un suivi partagé, d'une coopération. Dans un domaine où, comme il a été vu précédemment, la prise en charge est difficile, les médecins trouvent nécessaire de travailler en coopération. Cela permet d'avoir une prise en charge pluri-professionnelle, d'obtenir une aide à la prise en charge, d'avoir un suivi plus rapproché.

- « *suivi partagé* » (E4)
- « *J'essaie d'avoir un suivi conjoint* » (E11)

Le suivi pluri-professionnel permet de mettre le patient en contact avec des médecins et infirmiers spécialisés, des assistantes sociales, des associations, des patients souffrant de la même pathologie... afin de les aider le mieux possible, pour leur proposer des approches différentes, plusieurs types de suivi : partager avec d'autres patients peut leur permettre de se sentir moins isolés. Une orientation vers une assistante sociale peut leur être proposée afin de bénéficier d'un accompagnement plus ciblé sur les difficultés familiales liées au problème d'alcool.

Cette coopération va être proposée plus ou moins rapidement, en fonction des besoins des patients, et de leur demande.

Par la suite, les personnels coopérant espèrent travailler en partenariat afin d'accompagner le mieux possible leurs patients. Cependant, ce n'est pas toujours le cas, certains patients demandent à leur spécialiste de ne pas communiquer les comptes-rendus à leur généraliste...

Les médecins mettent régulièrement en avant l'importance du suivi partagé. Le suivi partagé peut être effectué avec un CSAPA, mais aussi avec un psychiatre de ville, des psychologues... L'équipe de suivi peut être encore plus large avec des infirmiers et des assistantes sociales par exemple.

Les médecins constatent souvent que ce suivi partagé présente des avantages. Le médecin généraliste va alors adresser le patient vers d'autres acteurs de santé. Par la suite, le suivi partagé va permettre d'avoir des consultations plus rapprochées, de garder contact avec son patient.

Le suivi conjoint permet également de mettre en relation différents acteurs de santé, d'avoir un suivi pluri-professionnel pour une pathologie chronique, souvent intriquée dans un contexte social très particulier.

Cependant, avoir un suivi partagé n'est pas toujours évident. Il arrive régulièrement qu'une fois le suivi spécialisé commencé, les patients ne reviennent plus voir leur

médecin. Parfois, il arrive que les patients n'acceptent pas ce suivi partagé, et préfèrent être accompagnés par leur médecin généraliste uniquement.

Enfin, ce suivi partagé n'est pas toujours évident car les rendez-vous avec les spécialistes peuvent être difficiles à obtenir.

La plupart des médecins adressent leurs patients à des hôpitaux ou à des centres d'addictologie ou à des addictologues, qu'ils connaissent, s'ils ont déjà eu de bons retours. Tous ces spécialistes et centres font partie de leur carnet d'adresses. Parfois, les patients peuvent demander à être suivis dans des structures qui leur ont été recommandées. L'orientation peut se faire par téléphone, fax, directement par le médecin. Parfois, le médecin écrit un courrier qu'il remet au patient, pour lui permettre de prendre lui-même rendez-vous.

- « *Je les adresse au Centre Hospitalier Sud Francilien, et puis il y a aussi... J'ai un centre d'addictologie sur Evry auquel j'adresse certains patients...* » (E2)
- « *j'utilise l'hôpital de Corbeil-Essonnes* » (E4)
- « *Souvent sinon en spécialiste, j'envoie à l'hôpital de Longjumeau, au service d'hépatite, il y a des consultations d'addictologie / d'alcoologie...* » (E6)
- « *Je leur dit d'aller à l'hôpital, à Saint-Anne* » (E7)
- « *moi je travaille avec des addictologues [...] Il y en a... à Villejuif, il y a KB (le Kremlin Bicêtre), oui KB aussi il y a, Bécélère a un centre aussi* » (E8)
- « *je les adresse à des centres d'addictologie* » (E2)
- « *j'ai un confrère qui fait de l'alcoologie dans un centre de santé pas très loin* » (E3)
- « *à des collègues psychiatres en ville* » ; « *Il y avait un CHAT à Savigny sur orge et il y a les alcooliques anonymes également dans le coin* » (E5)
- « *J'essaie d'avoir un suivi conjoint avec un CSAPA... Ou au moins un psychologue* » (E12)

Enfin, certains médecins nous ont parlé de coopération avec des associations : ils donnent les noms des différentes associations à leurs patients et leurs coordonnées, ils peuvent avoir des plaquettes / des affiches de ces associations dans leur salle d'attente.

- « *Je leur parle des alcooliques anonymes* » (E7)
- « *on a les alcooliques anonymes, qui sont très bien* » (E8)
- « *j'avais vu l'association AURORE [...]il y a des patients qui sont avec alcooliques anonymes* »

Certains médecins conseillent aux patients de chercher par eux- mêmes sur internet les différents lieux de prise en charge qui existent. Il ne s'agit pas d'une réelle coopération car il n'existe pas de contact initial entre les différents protagonistes.

- « *j'envoie sur internet* » ; « *je leur dit d'aller sur internet chercher les coordonnées puisque je les ai pas* » (E1)
- « *Je laisse... Je laisse des pancartes dans la salle d'attente, je laisse regarder. Je ne donne pas de ... Je n'impose pas...* » ; « *Je les laisse faire....Ils vont regarder sur internet...* » (E9)

Cette coopération était vraiment très importante pour la plupart des médecins. Il faut donc trouver le bon partenariat (celui qui correspondra le mieux au patient) avec des gens de confiance, avec qui on a l'habitude de travailler, réactifs et efficaces. Avoir plusieurs types de partenariat va permettre de se rapprocher le plus possible de la volonté de chaque patient. La coopération peut permettre d'être plus efficace, d'agir sur plusieurs pans de la pathologie, d'avoir plusieurs acteurs de santé, d'avoir un suivi rapproché.

Par exemple, au lieu d'être suivi uniquement une fois par mois au CSAPA, le patient peut demander à venir également chez son médecin traitant. Les différentes personnes coopérant doivent bien sûr communiquer entre elles, se tenir informées des changements de traitements sur la base d'un travail en partenariat.

- « *c'est important d'avoir des partenariats, des gens de confiance avec qui on travaille, pour adapter notre prise en charge en fonction de chaque patient* » ;

« d'avoir des gens réactifs, avec qui on peut être en contact, c'est très important » (E3)

- *« j'ai l'impression qu'avec mes points d'appui, avec mes référents, je pense qu'on a aidé pas mal de monde à ce sujet » (E4)*

Plusieurs médecins ont parlé d'un réel suivi partagé, avec des patients consultant une semaine chez leur médecin généraliste, la semaine d'après chez leur médecin addictologue. Cela semblait bien fonctionner.

En pratique, les médecins discutent avec leur patients, les accompagnent et essaient de comprendre ce qu'ils souhaitent. Ils proposent aux patients de les adresser à des spécialistes / à des centres spécialisés, plus ou moins tôt dans la prise en charge. Parfois, c'est le patient qui amène le sujet.

Le choix du suivi partagé se fait donc avec le patient, en fonction de ses attentes et de sa demande. Les médecins font alors une demande de suivi au spécialiste ou au centre en question. Les demandes peuvent se faire par téléphone, par fax... En fonction de la structure, les médecins généralistes communiquent systématiquement un courrier (par le fax ou par l'intermédiaire du patient). Les premiers rendez-vous sont parfois difficiles à obtenir.

Une fois le patient adressé, les médecins généralistes espèrent avoir un retour des consultations, mais ce n'est pas toujours le cas. Cela peut s'expliquer par le fait que certains patients refusent que le spécialiste adresse un courrier à son médecin. Il existe peut être encore des endroits où les retours ne sont pas systématiques.

Parfois, les courriers peuvent également arriver avec plusieurs mois de retard, alors que le patient a déjà eu de nombreuses autres consultations avec des modifications thérapeutiques. Finalement, c'est le patient qui expliquera ce qui s'est dit, s'il le peut.

Les médecins trouvent que ce retour est important car il permet de mieux accompagner le patient lorsqu'il revient, de pouvoir discuter avec lui de l'évolution, de faire le point sur sa situation. Il permet également de voir comment le patient est pris en charge. De plus, si le médecin a de bons retours, il pourra adresser d'autres patients, présentant ce même type de problèmes, vers les mêmes professionnels.

Certains patients peuvent refuser d'être orientés, quand le suivi unique par leur médecin généraliste leur convient.

Cependant, les discours des médecins restent très déclaratifs. Il n'est pas évident de savoir si c'est ce qu'ils pensent réellement ou un discours convenu.

Le suivi n'apparaît pas comme réellement « partagé » dans la plupart des cas, mais il aurait peut-être fallu plus explorer ce point.

Comment pourrait-on rendre cette coopération plus efficace, qu'est-ce qui est réellement attendu de la part du médecin généraliste, et de la part de l'addictologue ?

8. Les bonnes excuses pour ne pas prendre en charge... ou les bonnes raisons de prendre en charge ?

Les médecins nous ont régulièrement parlé de certains aspects qui étaient compliqués pour eux dans les problèmes d'alcool. Ceci expliquait qu'ils avaient du mal à prendre en charge leurs patients ayant ce type de problème. Ces idées pourraient être considérées comme de « bonnes excuses ». En effet, ces arguments reviennent fréquemment et apparaissent dans des études. Ce sont des réponses, faciles et évidentes : je n'ai pas le temps, je ne sais pas faire... Ce sont des discours construits, politiquement correctes mais qui cachent probablement d'autres problèmes.

8.1. La notion du temps

Il a tout d'abord été abordé la notion du temps imparti pour la prise en charge, pour chaque consultation.

Certains médecins trouvaient que la prise en charge était longue, et même trop longue : de nombreuses consultations étaient nécessaires et prenaient beaucoup de temps, dans un contexte où le temps manque de plus en plus.

En effet, le fait de poser la question, d'interroger le patient sur ses habitudes peut prendre plus de temps qu'une simple consultation : évaluer sa consommation, faire le point sur son problème d'alcool, expliquer, motiver... Les consultations doivent souvent être rapprochées. Cependant, certains médecins ont des plannings déjà très chargés, avec des difficultés pour recevoir les urgences du jour. Aussi, avoir des consultations plusieurs fois par semaine, puis toutes les semaines avec le même patient, peut-être difficile. De plus, la durée de consultation est souvent limitée à 15 minutes, ce qui laisse peu de temps pour la discussion, d'autant qu'il peut exister une certaine pression : il est important d'être à l'heure, les patients sont souvent mécontents si le médecin est en retard. En outre, des médecins peuvent avoir du mal d'accepter ce retard. Le médecin peut alors être plus occupé par l'horloge que par l'histoire de son patient.

Enfin, qu'importe le temps passé, la complexité de la consultation, l'exercice libéral fait que la rémunération est toujours la même.

- « *sur une consultation qui va peut-être des fois durer une heure, on va être quand même payé 23€* » (E4)
- « *Malheureusement, on peut pas se permettre ça, de faire trop souvent parce que... Voilà, faut vivre aussi... Voilà* » (E6)

Ce sont souvent les médecins qui trouvent le sujet compliqué qui argumentent ne pas avoir assez de temps. Ils ne savent pas trop comment faire, ce qu'ils doivent faire et qui peut les aider... Des recherches leur prendraient encore plus de temps. Cette situation est liée au fait qu'ils ne connaissent pas bien la pathologie, et passent donc plus de temps à chercher des réponses, qu'à agir réellement

- « *on n'a pas assez de temps, de moins en moins, de temps à consacrer* » ; « *Il faut aussi effectivement les suivre assez régulièrement, c'est ça qui est très compliqué.* » (E2)
- « *Du coup, oui ça prend du temps, c'est chronophage, et... du temps... On en manque...* » ; « *on est pris par le temps* » (E6)
- « *Je pense que le problème de temps, il joue beaucoup... Il faut un minimum de temps* » (E7)

Mais contre toute attente, le temps n'a pas été abordé comme un problème par la plupart des médecins. Nous avons vu dans la lecture de la littérature que le manque de temps était un frein important pour la prise en charge des problèmes d'alcool, mais cela ne s'est pas retrouvé dans les entretiens pour la plupart des médecins.

Certains ont des consultations qui durent vingt minutes et non quinze, ce qui laisse déjà un peu plus de marge. Des médecins acceptent d'être en retard, d'autres disent que d'autres consultations peuvent être plus courtes ce qui permet d'équilibrer. Ces médecins mettent également en avant le fait que si la consultation est trop longue, ils peuvent toujours proposer de revenir plus tard.

Finalement, ces médecins adaptent le temps de consultation au patient et à sa demande, alors que les précédents avaient plutôt tendance à essayer de faire rentrer une consultation dans un temps imparti. On y voit l'émergence d'une nouvelle stratégie qui permet de penser la consultation autrement. Cela peut être dû au fait que certains ne s'intéressent pas trop au problème alors que d'autres essaient de mieux l'appréhender. Pour certains médecins, il est important de poser la question, cela a du sens de prendre le temps.

- « *Non ce n'est pas un problème de temps passé* » (E1)
- « *ça prend du temps* » ; « *je le fais quand même* » (E4)
- « *Mais ça me pose pas de problèmes, franchement non... Je parle pour moi, bien sûr, je parle en mon nom... Moi ça ne me dérange pas...* » (E8)
- « *Mais oui, ça demande du temps... mais c'est pas un problème* » (E11)
- « *Mais l'accompagnement, ça peut se faire quart d'heure par quart d'heure...* » ; « *Si c'est long on va rattraper sur le vaccin du petit qui va venir après* » (E5)
- « *Parce que toutes les consult'... faut être honnête, toutes les consult' ne prennent pas 15 minutes. Il y a des consult' qui prennent 5 minutes... Donc entre celle qui prend 5 minute, celle qui prend 20 minutes, 25 minutes, on s'y retrouve... On s'y retrouve toujours, hein.* » (E10)

Il avait été retrouvé dans la bibliographie que le temps était un problème pour la prise en charge des problèmes d'alcool. Quelques médecins ont effectivement fait part de cette difficulté. Dans un contexte où l'on manque de plus en plus de médecins, où les

plannings sont surchargés, où certains patients attendent déjà plusieurs jours avant de pouvoir consulter les médecins généralistes, il peut paraître compliqué de prendre du temps pour des problèmes complexes. En effet, ce sont surtout les médecins qui ne savent pas comment s'occuper de ces patients, qui trouvent que leur prise en charge demeure compliquée et qui vont invoquer le problème de temps. Ceci pourrait donc constituer « un alibi » : « *je ne fais pas parce que je n'ai pas le temps* », est plus facile à dire que « *je ne fais pas parce que je ne sais pas le faire* » ou « *je ne fais pas parce que cela ne m'intéresse pas* ». Mais cela peut également refléter une réelle souffrance, un vrai manque de temps, et le fait qu'ils n'aient pas réussi à gérer le temps en fonction des exigences de leur pratique.

Mais pour la majorité des médecins, même s'il est reconnu que la prise en charge d'un patient présentant des problèmes d'alcool, peut prendre du temps, des astuces étaient trouvées pour que ce ne soit plus une difficulté : multiplier les consultations, assumer du retard ou le rattraper par des consultations plus courtes.

Le rapport temps passé / rémunération a également été invoqué par un médecin car les consultations de prise en charge peuvent être très longues et n'influeront aucunement la rémunération qui restera la même. Il peut donc paraître difficile de passer du temps avec des patients, pour une rémunération moindre (un effet de la consultation à l'acte de la médecine libérale).

8.2. La formation des médecins

Tout comme cela avait été retrouvé dans la revue de la littérature, le problème de la formation était un sujet abordé de manière récurrente par les médecins, sans avoir nécessairement à leur poser la question.

La plupart des médecins trouvaient qu'ils n'étaient pas suffisamment formés pour prendre en charge leurs patients. Ils trouvaient que la formation universitaire était insuffisante, avec peu de cours, un sujet en marge de plusieurs cours, peu de stages... Si le sujet de la consommation d'alcool était abordé, pendant les études, c'était surtout au travers de ses complications. La prise en charge n'était pas abordée, sauf par le biais des médicaments pour éviter les symptômes du sevrage (benzodiazépines). Les

médicaments d'aide au maintien du sevrage n'étaient pas traités, de même que la prise en charge psychologique, les modalités de suivi... L'angle d'approche de la formation n'était peut être pas adapté.

Il faudrait ajouter à l'apprentissage des complications des problèmes d'alcool, l'apprentissage de l'accompagnement du patient, des différents traitements possibles...

On peut alors constater que les médecins se cachent derrière un manque de formation pour ne pas prendre en charge ce type de problème. Cependant, force est d'observer que les médecins généralistes doivent être formés sur énormément de choses différentes et doivent finalement tout connaître sur toutes les pathologies. Ceci n'est donc pas évident.

- « *Je n'ai pas la formation* » (E1)
- « *J'ai jamais fait de formation* » (E7)
- « *A la faculté, les formations qu'on a c'est très médical : les complications, la cirrhose, machin, l'encéphalopathie... patate patate, la polyneuropathie, etc... Mais y a pas une formation sur, avoir un suivi plutôt psychologique.* » (E1)
- « *Et pendant mes études... Je n'ai rien eu du tout* » (E2)
- « *Parce que de mon temps l'alcoolisme on en parlait pas, les formations à l'alcoologie, c'était nul, c'était nul...* » (E5)
- « *Pendant les études, j'ai pas de souvenir précis de formation sur l'alcoologie, de manière générale* » (E6)

Il faut donc nuancer ces propos. En effet, il est toujours facile de dire que le médecin généraliste doit se former, qu'il lui manque des connaissances... Cependant les quelques formations qu'ils ont effectués ne correspondent pas forcément à leurs attentes. Quelles sont-elles ? Un médecin nous a parlé de ce qui lui avait semblé efficace :

- « *Et donc il y avait à la fois des séances théoriques et puis une prise en charge du groupe au sein d'une espèce de groupe de parole, style groupe balint, et ça, ça m'avait fait le plus grand bien. Ça m'avait permis de voir clair sur qui j'étais moi-même vis-à-vis de l'alcool et vis-à-vis du patient alcoolique. Et donc ça m'avait fait du bien* » (E5)

Pour ce médecin, une formation théorique ne suffit donc pas. Les échanges et une réflexion sur soi-même sont aussi nécessaires afin d'élaborer un projet d'accompagnement avec le patient. Les échanges en groupe de parole, les groupes Balint lui ont apporté une aide précieuse notamment à réfléchir à sa position de médecin vis-à-vis des problèmes d'alcool.

Les autres médecins n'ont pas réellement abordé le type de formation qu'ils auraient souhaité. La question ne leur a pas été posée

Certains médecins déclarent ne pas vouloir ni pouvoir forcément se former non plus, pour plusieurs raisons : ce n'est pas un sujet qui les intéresse, ils n'ont pas envie de se former, ils privilégient d'autres formations.... En effet, la médecine générale est très vaste, et il est difficile de tout connaître. L'addictologie n'est pas toujours le sujet pour lequel les médecins se forment en premier. Cela va dépendre de leur priorité. Certains vont le faire en dernier choix, d'autres en premier et d'autres jamais, tout en prenant le temps de se former sur d'autres sujets.

- « *J'ai pas cherché à avoir de formation* » ; « *On a des tas de formations qui nous sont proposé. Si je n'y assiste pas, c'est que le sujet ne me passionne pas non plus.* » (E1)
- « *les formations ne m'attirent pas.* » (E2)
- « *Je fais des FMC qui sont souvent à Paris, ça prend 2 jours. C'est pas évident au niveau organisationnel* » (E4)
- « *Après la formation c'est vraiment important aussi... Mais faut avoir envie de se former...* » (E8)
- « *Dans les DPC, c'est... il y en a beaucoup, et puis c'est pas toujours à l'endroit où ça m'arrange... Ca peut être loin...* » (E10)

Un médecin déclare se former tout de même plus par nécessité que par réelle volonté. Le sujet ne l'intéresse pas réellement, mais il doit se former devant un sujet important, qui peut se présenter régulièrement à lui.

- « *Des formations on en a toujours plus ou moins... Après il faut que ça plaise... Moi, sincèrement, ça me plait pas... Je le fais par... Il faut quand même être au courant...* » (E8)

Quelques médecins vont chercher à se former, via les formations médicales continues, via des diplômes complémentaires ou alors via les revues médicales ou les recherches sur internet. Ces formations vont permettre de découvrir les nouveaux médicaments mis sur le marché, d'obtenir des conseils pour le suivi, de partager des expériences via des groupes de pairs...

Les médecins qui se forment sur ce sujet en éprouvent l'intérêt, se posent des questions devant leur expérience et sentent qu'ils ont besoin de se former. Mais il y a tellement de formations différentes que la formation sur l'alcool n'est pas nécessairement la première effectuée, en fonction de l'intérêt du médecin.

- « *j'ai été formé, j'ai fait des FMC.* » (E4)
- « *formation avec une association qui s'appelle l'IREMA : l'Institut de Recherche et d'Etudes sur les Maladies Alcooliques.* » (E5)
- « *J'essaie de m'auto-former entre guillemet, via la presse médicale, via aussi internet, sur certains sites, que j'essaie de trouver des sites fiables et puis via la presse : la revue du praticien de médecine générale, prescrire, des choses comme ça* » (E6)
- « *Du coup je me suis dit, tiens... Il faudrait peut-être que j'essaie de faire quelque chose, que je m'intéresse et voilà... C'est pour ça que j'ai fait une formation... Une capacité en addictologie.* » (E10)

Le concept de formation est donc régulièrement apparu au cours des entretiens, avec une idée des médecins : « je suis formé donc je fais, je ne suis pas formé donc je ne fais pas ». Cette absence de formation pourrait être considéré comme « un alibi » de la part des médecins pour ne pas s'occuper de patients ayant des problèmes avec l'alcool, pour dire : « *je ne fais pas parce qu'on ne m'a jamais appris* ».

La question peut également se poser dans un sens différent. On a créé des CSAPA, des centres spécialisés pour prendre en charge les patients avec des addictions, aussi quelle est la place du médecin généraliste dans ce contexte ? N'adresse-t-il pas ses patients à des spécialistes quand ils commencent à présenter des problèmes sévères ? Est-ce le généraliste ou le spécialiste du CSAPA qui doit prendre en charge les patients souffrant de problèmes d'alcool ?

Une autre question peut se poser : une formation est-elle réellement nécessaire ? N'y-a-t-il pas d'autres problèmes pour lesquels nous ne sommes pas formés mais que nous prenons néanmoins en charge ?

Les médecins interrogés pensent que la formation initiale, au cours des études, est insuffisante. Mais par la suite, des médecins vont décider d'aller se former, que ce soit lors de formations médicales continues, des diplômes complémentaires, ou en lisant des articles. Parfois, ils effectuent ces démarches plus par nécessité que par volonté.

Le type de formation semble aussi important : se former entre pairs, pouvoir discuter du sujet avec des personnes qui rencontrent les mêmes difficultés semble être quelque chose qui fonctionne bien, mais qui n'est pas forcément proposé au cours des études.

D'autres médecins décident de faire d'autres formations, dans un premier temps, sur d'autres sujets qui les intéressent plus. Il existe effectivement beaucoup de formation différente une fois le cursus médical terminé et chacun peut choisir la formation qui l'intéresse le plus.

8.3. Les connaissances en addictologie

Avant d'appréhender les connaissances nécessaires à un médecin généraliste sur ce sujet, les médecins généralistes interrogés déclaraient avoir été très peu formés. Mais quelles sont les connaissances qui doivent leur être indispensables. Cela n'a pas été clairement établi pour l'instant.

Nous avons constaté que les médecins généralistes ne se trouvaient pas suffisamment formés. Nous nous sommes donc interrogés sur les connaissances qu'ils mobilisaient.

Des médecins déclarent n'avoir aucune connaissance dans ce domaine. Parfois, ils ne connaissent même pas les CSAPA. Comment cela se fait-il ? Pourquoi les CSAPA ne se font-ils pas connaître, ne démarchent-ils pas les médecins généralistes ?

- « les CSAPA ? » (E1)

Les connaissances peuvent concerner les risques autour de la consommation. Or, les médecins ne sont pas tous informés des limites de consommation, les définitions de consommation à risque, de dépendance...

- « *Je fais plus le boulot de lui expliquer dans un premier temps quel risque il encourt au niveau médical, en buvant* » (E1)

Des médecins savent prescrire des traitements :

- « *Ca m'arrive bien sûr de prescrire des traitements pour aider au sevrage. On commence par des benzodiazépines, après effectivement, on peut essayer baclofène* » (E2)
- « *je fais des sevrages aux benzodiazépines... alors... ou valium, ou seresta... [...] Et j'associe, effectivement... Ou immédiatement, ou un peu après... [...] aotal, revia... et/ou revia, ça dépend* » (E5)
- « *J'utilise un peu de benzo si besoin... et puis le Selincro oui* » (E8)
- « *Je leur donne du valium des fois... Et puis je leur donne... Pour les calmer, pour pas qu'ils fassent des délirium... et je leur mets... Selincro, ça marche bien ça... Voilà...* » (E8)

D'autres trouvent qu'ils ne peuvent pas bien manier les traitements du fait de leur manque de connaissances concernant les posologies, les durées de traitement, les effets secondaires...

- « *Je les connais pas bien et je suis pas forcément hyper adhérent au traitement, c'est pour ça que je les manie pas.* » ; « *c'est pas des trucs sur lesquels je suis à l'aise.* » (E3)
- « *J'ai déjà introduit du euh... Du... Comment ça s'appelle... du... Baclofène. Mais je le connais pas bien, je sais pas bien vraiment bien la bonne dose... J'ai plus represcrit qu'introduit...* » (E11)

Un médecin a également mis en avant ses doutes quant à l'efficacité de certains traitements, du fait de sa lecture de la littérature. Autant nous sommes sûrs que les benzodiazépines permettent d'éviter les symptômes de sevrage, autant les traitements d'aide au sevrage n'ont pas toujours prouvé leur efficacité. Alors pourquoi prescrire ces

médicaments à ces patients, alors que rien ne prouve leur réelle efficacité et qu'il risque d'y avoir des effets secondaires indésirables ?

- « *mais je mets pas en route AOTAL ou autre... autre... Je sais que ça se faisait pas mal sur le service des toxico mais pas tellement d'efficacité... Donc je les prescrits pas...* » (E11)

Les médecins connaissent tous les risques liés à l'alcool et ont une idée plus ou moins claire sur les consommations qui doivent attirer leur attention. Les médecins connaissent pour la plupart les traitements à initier en cas de sevrage, ce qui est finalement déjà très important. D'autant que bon nombre des médecins interrogés ont répondu qu'ils n'étaient pas assez formés.

Le manque de connaissance pourrait-il à nouveau être « une bonne excuse » à l'absence de prise en charge ?

Les traitements plus spécifiques sont cependant moins connus. Un médecin remettra même en question leur efficacité.

Ce « manque » de connaissance provient-il de la création des CSAPA, et du fait que les institutions leur ont délégué cette spécificité ? Une fois ces centres créés, quel a été la place « laissée » aux médecins généralistes, qu'attend-on réellement d'eux, quelles connaissances doivent-ils pouvoir mobiliser ?

Les médecins semblent appréhender le problème, repérer les consommations à risque, connaître les effets secondaires... Pour d'autres pathologies, n'adressent-ils pas les patients aux spécialistes ?

Plusieurs « alibis » ont donc émergé des entretiens. Au fur et à mesure des échanges avec le Dr Duhot et le Dr Lustman, nous avons formulé l'hypothèse qu'il s'agissait peut-être de « bonnes excuses ». Ainsi, les médecins pouvaient utiliser ces arguments pour expliquer qu'ils ne suivaient pas de patients ayant des problèmes d'alcool. En effet, il était plus politiquement correct de formuler une telle réponse que d'indiquer que la prise en charge d'un patient, confronté à des problèmes d'alcool, ne les intéressait pas. Il est vrai que la prise en charge des problèmes d'alcool reste très complexe, avec des patients compliqués, stigmatisés par cette image d'Épinal qui le représente comme un

ivrogne, parfois agressif et dont l'hygiène est quelque peu douteuse. Nonobstant cette image n'est jamais apparue au cours des entretiens.

9. Le problème de consommation d'alcool est souvent intriqué dans un contexte particulier

Comme il a pu être constaté précédemment, nous avons noté que plusieurs médecins mettaient en évidence l'intrication des problèmes d'alcool dans un contexte bien plus complexe. Le problème d'alcool ne doit donc pas être pris en charge en tant que tel . il faut également traiter les autres pathologies, comme les troubles psychiatriques, et les problèmes sociaux associés.

9.1. Les problèmes d'alcool accompagnent d'autres troubles psychiatriques

Les médecins ont, pour la plupart, observé qu'il y a souvent d'autres troubles associés, aux problèmes d'alcool, tels que des troubles anxieux, des dépressions, des troubles du sommeil... Le fait de prendre en charge ces troubles associés peut aider le patient à arrêter l'alcool plus facilement. Si cette pathologie n'est pas été prise en compte, le patient risque d'avoir plus de mal à se sevrer, et donc de garder l'alcool comme échappatoire à ses problèmes.

L'alcool est effectivement perçu comme un refuge pour certains patients, refuge à leurs problèmes. L'alcool à la « vertu » de pouvoir faire oublier les difficultés, permet de devenir quelqu'un d'autre, plus sûr de lui. Ainsi, en buvant, certains patients deviennent différents, plus sûr d'eux, et oublient leurs problèmes. Cela peut également leur permettre de mieux dormir, d'être moins angoissés.

- *« on peut mettre ça en évidence lorsqu'il y a un problème psychologique, les gens viennent pour des troubles anxieux, des troubles anxio-dépressifs » (E2)*
- *« où il y a souvent, soit une psychopathologie complexe voire une pathologie psychiatrique éventuellement derrière » ; « elle avait des troubles du sommeil, une anxiété » (E3)*

- « *Y a un syndrome dépressif sous-jacent également.* » (E5)
- « *... C'est souvent... Des contextes particuliers... Et que des fois... Des dépressions sous-jacentes ou conséquentes...* » (E6)
- « *y a beaucoup de choses autour donc [...] des problèmes psychologiques, de l'anxiété* » (E7)
- « *le contexte de dépression, le contexte poly-toxique aussi...* » (E11)
- « *C'est qu'il doit y avoir un mal être, un certain malaise, et voilà les gens ont tendance à se réfugier dans quelque chose.* » (E2)
- « *refuge à ses angoisses, à son ennui...* » (E4)
- « *Des personnes qui se réfugient dans l'alcool* » (E7)

Il est donc retrouvé à plusieurs reprises que l'alcool n'est pas le seul aspect à prendre en charge, il faut également s'occuper de l'anxiété, d'une souffrance associée. Ce sont donc des questions à poser initialement, afin d'effectuer la prise en charge la plus adaptée possible, et de ne rien laisser au hasard.

- « *On a pris en charge son anxiété. La prise en charge c'était la prise en charge de l'anxiété, et pas forcément l'alcool* » (E3)
- « *j'essaie de prendre en charge la souffrance psychologique qui est associée... Savoir s'il y a un état dépressif, est ce qu'il y a une anxiété.*» (E5)

Il est important pour le médecin généraliste de se renseigner sur le contexte du patient, s'il commence à prendre en charge un problème d'alcool. De même, si un patient se présente pour angoisses, dépression, il est intéressant de l'interroger sur sa consommation d'alcool.

Le fait de prendre en charge les angoisses, la dépression du patient va permettre d'obtenir une réduction de la consommation.

S'il veut aider son patient à diminuer ou arrêter sa consommation, le médecin généraliste doit donc prendre en charge les autres pathologies psychiatriques associées. Une fois ces pathologies associées identifiées et traitées, il sera probablement plus évident, pour le patient, de réduire sa consommation, peut-être

même que le traitement des pathologies associées pourra permettre de résoudre le problème de consommation d'alcool.

Le médecin généraliste doit donc savoir dépister le problème de consommation d'alcool, mais aussi les problèmes de dépressions, d'anxiété sous-jacente, et savoir les traiter.

Cela complique encore un peu plus la problématique de l'alcool, qui s'intrique dans beaucoup de pathologies, qu'il faut savoir reconnaître, dépister, prendre en charge et accompagner.

9.2. Le problème d'alcool et son retentissement sur la vie sociale impose une prise en charge spécifique

L'impact de la consommation d'alcool sur la vie sociale est très important dans le discours des médecins interrogés. Cet impact peut être un moyen de repérage (arrêts de travail à répétition, accident de voiture du fait de l'alcool, perte de permis de conduire...), et doit être dans tous les cas examiné afin de rechercher si un problème d'alcool est mis en évidence. Par la suite, les médecins peuvent adresser leurs patients à des associations, à des assistantes sociales, afin de les aider.

- « *des gens désocialisés, qui n'arrivent plus à aller travailler* » (E2)
- « *impact dans le relationnel avec les autres* » ; « *consommation qui va gêner le travail* » ; « *retrait de permis à cause de l'alcool* » (E4)

Pour certains médecins, l'impact sur la vie de tous les jours va amener des patients à venir en discuter avec eux. En effet, certains patients viennent en parler quand leur travail, leur famille est mis en péril par leur consommation, cela peut leur donner un certain déclic. Les patients viennent pour demander des arrêts de travail, des prescriptions de bilan biologiques demandés par les préfectures dans le cadre de la suspension de permis de conduire. Les problèmes sociaux peuvent être plus importants : une perte de travail peut engendrer des problèmes financiers, avec des difficultés pour payer le loyer, se nourrir, s'occuper de ses enfants. Dans ce cadre, les

médecins généralistes peuvent adresser leurs patients à des structures spécialisées, des associations, des assistantes sociales.

- « *A partir du moment où les gens acceptent d'en parler, c'est souvent qu'ils ont remarqué que ça avait un impact sur leur vie sociale.* » (E2)
- « *quand ça leur pose problème dans la société. Ou au niveau du travail* » (E6)

L'accompagnement social peut être quelque chose de compliqué pour un médecin généraliste qui ne connaît pas toujours tous les tenants et les aboutissants de ce travail, et toutes les possibilités d'aide qui pourraient être apportées au patient. En effet, c'est quelque chose qui n'est pas du tout abordé dans les études de médecine. Il sera alors important d'adresser un patient vers une structure plus adaptée ; une assistante sociale... Mais il n'existe pas de réel lien médecin – assistante sociale (pas de courrier pour adresser le patient, pas de retour non plus direct).

De son côté, le médecin peut faire une demande de prise en charge à 100% par la sécurité sociale, pour le problème d'addiction.

Il a donc été constaté que l'alcool est un problème compliqué, qui implique différents aspects chez un même patient, et qui sont à prendre en compte. En effet, si la problématique de l'alcool n'est pas appréhendée dans sa globalité, le risque de rechute peut être plus important. La complexité est à la fois du côté du médecin, qui doit repérer les différents problèmes et les prendre en charge, mais également du côté du patient qui doit admettre son problème d'alcool, le comprendre, et accepter une prise en charge.

Effectivement, plusieurs médecins ont évoqué le fait que les patients ayant un problème avec l'alcool ont souvent aussi des problèmes psychiatriques tels que l'angoisse et la dépression. Aussi, faut-il les prendre également en compte. Ce n'est d'ailleurs pas une prise en charge classique que l'on peut retrouver dans d'autres pathologies en médecine générale, mais plus un accompagnement du patient dans sa globalité : il faut s'occuper du sevrage, des problèmes psychiatriques associés, rechercher des problèmes sociaux, et si besoin adresser le patient au personnel adapté. Si un de ces éléments n'est pas pris en compte, il y a plus de risque que cela ne fonctionne pas.

Le médecin doit donc à la fois savoir repérer le problème d'alcool mais également tous les problèmes associés afin d'aider au mieux son patient.

10. Les différents profils

Nous avons constaté qu'il existait plusieurs profils de médecins, différents de ceux décrits initialement, dans les caractéristiques de l'échantillon : il était alors possible de regrouper les entretiens en plusieurs groupes distincts, en fonction des réponses obtenues.

10.1. Premier groupe : une prise en charge compliquée au cabinet

Dans le premier groupe, nous avons regroupé les entretiens dans lesquels les médecins évaluaient que la prise en charge était compliquée, avec des médecins qui ne posent pas systématiquement la question, évitent le sujet et qui adressent très rapidement leur patient.

Ces médecins évitent de poser la question de consommation à leur patient, car ils ne savent pas comment réagir si la réponse est positive, d'autant qu'aborder la consommation d'alcool peut prendre du temps, mais pas autant que la prise en charge. Si la question de l'alcool est posée, ce sera souvent plus tard, lorsqu'un climat de confiance est mis en place, pour que chacun puisse discuter plus facilement, plus librement.

Ils ne connaissent parfois pas très bien les partenaires à solliciter lorsqu'un patient arrive avec un problème lié à l'alcool.

Ces médecins étaient peu intéressés par le sujet de la consommation d'alcool, ils « n'aimaient » pas ça. La notion de plaisir a également été mise en avant. Si on ne prend pas plaisir à faire quelque chose, on le fait moins et on n'a pas envie de suivre une formation afin de mieux appréhender la problématique.

10.2. Deuxième groupe : la systématisation de l'abord du sujet

Le deuxième groupe concerne les médecins qui posent la question de manière systématique, afin de rendre la chose plus facile.

Ces médecins essaient de prendre en charge leurs patients au cabinet, ce qui ne leur paraît pas toujours évident. Ils n'adressent pas leur patient de manière systématique, tant que cela est possible.

Ces médecins posent donc la question de manière systématique, à tous leurs patients, ils en ont fait une habitude, ce qui rend la chose plus facile. La systématisation leur permet d'expliquer à leur patient que cette démarche est faite pour tous les patients, que ce n'est pas une intrusion. Ils argumentent la pratique de la systématisation pour aborder la question avec tout le monde. Cette systématisation permet de rendre l'abord plus facile : s'il ne le faisait pas de manière systématique, le sujet serait tout de même plus délicat à aborder et le patient se sentirait stigmatisé.

De plus, on retrouve tout de même une certaine difficulté de prise en charge : les médecins se sentent parfois « dépassés », « pas à l'aise » avec la situation. La pathologie peut être « décourageante », avec un « travail de longue haleine ».

10.3. Troisième groupe : les médecins qui vont le plus loin

Enfin, dans le troisième groupe nous retrouvons les médecins qui abordaient le sujet avec leur patient, les accompagnaient dans leur démarche de soins, essayaient de les prendre en charge.

Ces médecins posaient également la question de manière systématique, proposaient à leur patients de les accompagner, de les prendre en charge. Ils avaient plusieurs stratégies d'approche et de prise en charge à proposer à leur patient, pour permettre à celui-ci de rester acteur de sa santé, de décider ce qu'il souhaite : essayer de diminuer la consommation, arrêter complètement, prendre des médicaments d'aide au sevrage...

Ils étaient entourés d'un bon réseau pour prendre en charge leur patient si besoin, et mettaient en avant l'importance du suivi conjoint avec des rendez-vous consécutifs spécialiste – généraliste, afin d'assurer un suivi rapproché et garder le contact.

Ces médecins semblaient plus intéressés par le sujet, et avaient bénéficié de formations dans ce sens.

Un des médecins de ce groupe a raconté son évolution par rapport à la prise en charge (entretien n°5).

Il avait beaucoup de mal au départ à prendre en charge les patients qui avaient un problème d'alcool. Un jour, une patiente est venue à son cabinet, elle avait un problème d'alcool, essayait de se sevrer, rechutait sans cesse... Après sa consultation, il s'est rendu compte qu'il avait été méchant, odieux avec elle. Il n'était pas le médecin bienveillant qu'il souhaitait être. Il s'est alors remis en question, et a décidé de se former. La logique voudrait que pour un bon suivi du patient, il faut que le patient soit motivé. Certes, mais le médecin doit également accepter le patient tel qu'il est, avec son déni, sa pathologie, avec ses risques de rechute. Il doit aussi être motivé dans la compréhension de la maladie.

- *« Au début, quand j'étais jeune médecin, remplaçant, c'était très compliqué. Ce qui était difficile c'est que je ne supportais pas les patients... Je ne supportais pas le déni de la part des patients.*
- *« Je crois que j'avais été odieux avec elle... Je crois que j'avais essayé de la provoquer en étant méchant. Et je me suis rendu compte que c'était ridicule... J'étais ridicule... » ; « Je pense que je l'avais maltraitée... Pas physiquement, mais en tout cas j'ai pas été un soignant bienveillant. »*

A la suite de cette situation, ce médecin généraliste a eu le déclic. Il a alors choisi une formation, qui l'a beaucoup aidé : *« Et donc il y avait à la fois des séances théoriques et puis une prise en charge du groupe au sein d'une espèce de groupe de parole, style groupe balint, et ça, ça m'avait fait le plus grand bien. Ca m'avait permis de voir clair sur qui j'étais moi-même vis-à-vis de l'alcool et vis-à-vis du patient alcoolique. Et donc ça m'avait fait du bien. Et ça m'a un petit peu décoincé. Depuis je juge plus les patients. »*

Un autre médecin a évoqué une prise de conscience qui l'a amené à se former (E10)
« *J'ai vraiment pris conscience qu'il y avait un problème de société.* » ; « *Il faudrait peut être que j'essaie de faire quelque chose, que je m'intéresse et voilà... C'est pour ça que j'ai fait une formation... Une capacité en addictologie* »

10.4. Un profil croisé : le profil motivationnel

Enfin les médecins ont presque tous mis en évidence l'importance de la « motivation », la nécessité d'obtenir la motivation du patient dans le cadre d'une prise en charge et d'un accompagnement.

Même s'ils ne prenaient pas en charge le patient par des traitements, ils le faisaient d'une autre manière, en les dépistant, en les motivant, pour qu'ils réalisent leur problème avec l'alcool. Ce n'étaient pas une réelle prise en charge du patient mais un accompagnement dans sa démarche de sevrage, de sa prise de conscience de son problème de consommation d'alcool.

Ces médecins expliquent qu'ils ne vont pas plus loin car il est important de s'arrêter là où on ne sait pas bien faire, là où le travail des spécialistes commence, comme pour d'autres pathologies. Ils adressaient alors le patient à un addictologue lorsque le problème était compliqué, tout comme on adresse un patient qui a des problèmes de vue à un ophtalmologue, un patient qui a des facteurs de risque cardiovasculaire à un cardiologue...

Ces médecins ont également mis en évidence le risque de déception du patient et du médecin en cas d'échec. C'est la raison pour laquelle la motivation initiale du patient est très importante. Il faut que le patient accepte d'arrêter ou au moins de diminuer sa consommation pour que cela fonctionne. Si le patient n'est pas investi, sa démarche de soins sera compromise.

Le médecin également ne doit pas avoir peur de la rechute de son patient, ne doit pas être déçu mais doit continuer à l'encourager, à lui montrer chaque victoire : quelques jours sans consommation sont déjà bénéfiques.

Si le médecin montre sa déception, s'énerve lors d'un échec, le patient risque de ne pas revenir consulter si un nouvel échec se produit... Cette posture n'aidera ni le patient, ni le médecin.

Cela peut donc être démotivant, au moins autant pour le médecin que pour le patient, mais il faut toujours relativiser, accepter les échecs pour mieux rebondir.

Ce profil est donc très intéressant : même si le dépistage des patients n'est pas forcément systématique par les médecins, si certains disent que le sujet ne les intéresse pas, qu'ils n'aiment pas ça, on constate que la majorité essaie de faire comprendre à leurs patients que leur consommation d'alcool est un problème. De plus, ils les accompagnent dans leur travail sur eux-mêmes tout en s'efforçant d'être bienveillants.

La recherche de motivation va permettre d'amener le patient vers une position plus facile pour la future prise en charge. Celui-ci s'appropriera davantage sa démarche de soins.

Ces médecins bienveillants, accompagnant leurs patients essaieront également de les encourager, dans la réussite, mais aussi dans l'échec.

10.5. Un profil unique ?

Un médecin s'est détaché avec un profil très différent (entretien n°9). Il ne se pose pas de question, ni à son patient. Il est très sûr de lui, de ses connaissances. Il n'adresse pas les patients car il ne trouve pas que les centres soient efficaces, il pense que les traitements ont plus d'effets secondaires que d'effets positifs.

Pour lui, les gens qui ont des problèmes d'alcool, il le voyait tout de suite, sur le morphotype. Du coup, il pose la question uniquement lorsque cela se voit physiquement, et pour lui c'est largement suffisant.

Dans sa prise en charge, c'est à peu près la même chose : il rentre directement dans le vif du sujet, leur dit de ne pas mentir car il le voit. Il est sûr de lui et de ce qu'il fait.

Il pense qu'il est important de ne pas imposer de sevrage. Il va dire aux patients de faire ce qu'ils veulent, s'ils ne souhaitent pas arrêter tant pis pour eux... En étant dans la provocation, il essaie finalement de déclencher le déclic chez ses patients.

Il n'a jamais fait de formation, mais n'en ressent pas le besoin. Il pense avoir appris sur le tas, et ne pense pas avoir besoin de faire plus.

En outre, pour lui, les adresses ne sert à rien, et serait même plus néfaste que bénéfique. Les spécialistes entraînent la substitution de l'alcool par une autre drogue et ne traitent pas réellement le problème, mais en en créent un autre.

Au final, quatre profils ont été mis en évidence, allant de manière simpliste d'une simple recherche de consommation à une systématisation du dépistage avec prise en charge. Mais un dernier profil, très intéressant a été repéré, un peu entre les autres, avec recherche de la motivation du patient et un médecin dans son accompagnement.

11. Conclusion

Pour conclure, le sujet de l'alcool est abordé par les médecins généralistes, surtout comme un problème complexe, avec lequel ils ont du mal, ne trouvent pas forcément d'intérêt ou de valorisation. Cela pourrait être lié à la place très spécifique de l'alcool dans la culture française : les médecins ont du mal à agir face à cette ambiguïté autour de l'alcool, avec une place à la fois positive et négative. Dans ce contexte, nous avons constaté que le problème de l'abord était très important. Certains médecins abordaient le sujet de manière systématique, quand d'autres usaient de diverses stratégies afin de se sentir moins moralisateur. Enfin, certains médecins évitaient d'aborder le sujet. Cet abord est important car il est finalement au cœur du sujet, c'est la première chose qu'il faut faire, avant de parler de prise en charge, d'accompagnement, de coopération. Il faudrait trouver comment le médecin généraliste pourrait aborder le sujet et quel serait son rôle dans cet abord. De plus, comment modifier la posture des médecins qui avancent des arguments pour ne pas s'occuper des problèmes d'alcool. Un premier

rôle du médecin généraliste dans la prise en charge / l'accompagnement des patients, ayant un problème avec l'alcool, pourrait être prédéfini.

DISCUSSION

Cette étude a consisté à mieux cerner le rôle du médecin généraliste dans le suivi des patients ayant un problème avec l'alcool et à mieux comprendre les enjeux autour de l'alcool et de son contexte. Le rôle des médecins généralistes est mal défini : les recommandations sont peu adaptées à la pratique et la place de l'alcool dans la société est ambiguë. Ce n'est pas uniquement un problème de formation comme nous l'expliquerons cela par la suite.

Le médecin généraliste doit trouver sa place, la place qui lui correspond. Savoir comment aborder le problème, ce qu'il souhaite faire et comment il souhaite agir : accompagnement, prise en charge, suivi ? Il faut également qu'il puisse adresser ses patients à des structures spécialisées. Cependant, le lien médecin généraliste / addictologue semble compliqué et les structures spécialisées sont en nombre insuffisant.

Au début de notre étude, nous cherchions à connaître les facteurs déterminants de la prise en charge des problèmes d'alcool en ville, par une dynamique de facteurs freinateurs ou facilitateurs. Nous avons mis en avant une partie de ces facteurs, certains pouvant être à la fois l'un et l'autre.

Cependant, nous avons fait évoluer notre question de recherche au cours de l'étude. En effet, les difficultés de prise en charge des problèmes d'alcool en médecine générale ne peuvent être uniquement liés à des facteurs positifs ou négatifs. Il faut également se poser, de façon plus globale, la question du rôle du médecin généraliste dans la prise en charge et l'accompagnement du patient ayant des problèmes d'alcool.

Cette étude m'a également fait réfléchir sur moi-même et a fait évoluer ma posture vis-à-vis des problèmes d'alcool. Nous développerons ce sujet dans un premier temps. Puis nous discuterons sur la méthode de l'étude.

Enfin, nous développerons des thèmes importants, tels que l'interaction entre les représentations collectives et le rôle du médecin généraliste autour de la question de l'alcool, l'inadéquation entre les recommandations et la pratique du médecin

généraliste. Nous essaierons de comprendre pourquoi nous avons tendance à réfléchir en termes de frein et de levier et nous parlerons du rôle du médecin généraliste dans la gestion de la problématique de l'alcool.

1. Evolution de ma posture

Au sortir des études, je pensais qu'il était nécessaire de poser la question de l'alcool à tous les patients, de manière systématique et répétée. Cela me paraissait normal, indispensable, et je ne comprenais pas qu'on ne pose pas la question. Pour moi, il fallait faire quelque chose vis-à-vis de ce « problème de santé publique », c'était le rôle du médecin généraliste de dépister les problèmes d'alcool. C'est également ce que j'avais appris depuis le début de mes études, avec une logique « d'interrogatoire », identique pour chaque patient sur les antécédents, les facteurs de risque, les consommations de toxiques, les allergies...

Je me demandais pourquoi cela n'était pas fait par tous les médecins généralistes, quels étaient les freins de la prise en charge des problèmes d'alcool. Je constatais en effet que les généralistes s'occupaient de peu de patients ayant un problème d'alcool. Je pensais à une insuffisance de formation, un manque de temps et de valorisation financière pour la prise en charge de ces patients compliqués, souvent dans le déni.

Cette étude, les rencontres avec les différents médecins, avec un patient ancien « alcoolique », les discussions avec les autres internes, le Dr Duhot et le Dr Lustman ont fait évoluer ma position.

Dans un premier temps, j'ai compris que cela ne pouvait pas être qu'un problème de frein, de facilitateur, mais quelque chose de bien plus complexe. En effet, la gestion des problèmes d'alcool comprend plusieurs dimensions. Il faut prendre en compte le contexte, l'influence de la culture. Il ne suffit pas de dire : il faut poser la question, il faut former...

Cette analyse m'a conduite à moins juger les médecins que je rencontrais. Au départ, dès qu'un médecin disait qu'il ne s'occupait pas de patient ayant un problème d'alcool, je disais qu'il « l'avouait ». C'était pour moi un aveu de faiblesse et ce n'était pas normal. Mais pourquoi serait-ce un aveu ?

Je me suis également rendu compte qu'il était facile de dire : « c'est un problème de santé publique, il faut que les médecins généralistes s'en occupent, mais comme ils ne le font pas bien, il faut mieux les former ». Ce type de discours est facile, mais les médecins généralistes ont-ils été consultés sur cette question ? Existe-t-il une offre de formations adaptées à leur demande et quels sont leurs véritables besoins ? Comment susciter de l'intérêt sur un sujet qui paraît parfois difficile, dans un contexte où les médecins ont en charge diverses pathologies ? Peut-on véritablement tout demander aux médecins généralistes ?

En fin d'entretien avec les médecins généralistes, j'abordais la question sensible de la consommation d'alcool du médecin. J'ai toujours posé cette question avec une certaine appréhension, en ne sachant pas trop comment poser la question. Pourquoi cette gêne ? Ceci souligne bien l'influence de l'intime, la peur que le médecin ne se sente jugé... Ceci n'aurait probablement pas été si compliqué avec un sujet à la fois proche et différent, tel que la consommation de tabac.

Suite à cette étude, je continue à poser la question de manière systématique, mais je commence à me poser des questions sur des consommations plus faibles qu'avant. Avec les remplacements, je me rends compte qu'il est tout de même difficile de discuter de consommation « standard » avec les patients, de faire passer le message de faire attention aux fortes consommations occasionnelles, fortement banalisées actuellement. Ce sont des choses « normales ».

De plus, avant je posais la question parce que je « devais » le faire, c'est ce que j'avais appris, c'était recommandé. Mais maintenant, je le fais parce que cela m'intéresse et que ça a du sens. Cela me permet d'agir, de comprendre pourquoi je le fais. C'est une chose importante, à laquelle je me dois de réfléchir.

Le fait que les consommations soient souvent considérées comme « normales », m'ont fait également réfléchir au rôle de la société vis-à-vis de la consommation. En France, on consomme souvent de l'alcool lors de festivités, on en rapporte de vacances... Je me suis alors intéressée à l'orientation de la politique de santé publique dans ce domaine, afin de mieux comprendre comment le médecin généraliste pouvait travailler, dans ce contexte.

2. Discussion sur la méthode

Cette étude était pour moi la première de ce genre, ce qui n'a pas toujours été évident, et cela a pu créer des biais.

Tout d'abord, nous avons constaté un premier biais, pouvant être lié à l'élaboration du guide d'entretien. Nous avons commencé par une première approche dite « brise-glace » : « Je m'intéresse aux patients qui boivent beaucoup, mais je trouve que c'est compliqué les problèmes d'alcool... ». Cette question brise glace a régulièrement amené les médecins à dire que cela était effectivement compliqué, en réponse directe à la question. Peut être n'aurait-il pas fallu inscrire ce mot dans la question de départ. Cela aurait peut être permis d'avoir des réponses différentes, sans avoir tout de suite le mot « compliqué ». On peut dire la même chose du mot « problème », qui sera celui le plus retrouvé (mais de manière plus systématique, sans que cela soit en réponse directe à la question « brise glace »).

Le recrutement de notre échantillon par la méthode dite « boule de neige » (échantillonnage en chaîne) a été un échec, les médecins sollicités ayant rarement répondu à nos appels. L'argument principal était l'aspect chronophage de cet entretien. On peut entrevoir ici un biais de recrutement, ces médecins auraient peut-être eu des idées différentes de ceux qui nous ont accordé jusqu'à une heure de leur temps.

J'ai rencontré 11 médecins généralistes. Le recrutement des médecins n'a pas été évident. Peu ont répondu malgré de nombreux appels ou mails. Quand j'arrivais à joindre les médecins directement par téléphone, ils répondaient très fréquemment qu'ils n'avaient pas le temps, qu'ils ne s'occupaient pas de patients ayant des problèmes d'alcool. Même si je leur disais qu'il était tout de même intéressant que je les rencontre, ils refusaient. Régulièrement, le médecin n'était pas disponible directement et un message était laissé à sa secrétaire, sans rappel, malgré plusieurs relances. Les mails sont également restés pour la plupart sans réponse.

J'aurais souhaité rencontrer quelques médecins supplémentaires mais cela n'a, hélas, pas pu être possible devant cette difficulté. Rencontrer les médecins qui refusaient aurait probablement permis une approche différente et de connaître la raison de leur refus. Les réponses avancées lors des refus étaient souvent « je n'ai pas le temps »,

« cela ne m'intéresse pas », « je ne suis pas concerné ». Il est probable que certains médecins refusent systématiquement de participer à des thèses, peu importe le sujet. Cependant, nous sommes tout de même arrivés à avoir suffisamment de matériel pour pouvoir réfléchir sur le sujet.

Cette difficulté de recrutement aurait pu créer un biais, avec uniquement des médecins qui s'intéressaient au sujet, qui étaient formés et qui prenaient en charge les problèmes d'alcool. Mais ce n'était finalement pas le cas pour une majorité de médecins qui considéraient les problèmes d'alcool difficiles à prendre en charge.

La réalisation des entretiens semi-dirigés n'a pas non plus été évidente. Il s'agissait en effet de mon premier exercice de ce type, de ma première étude qualitative et de mes premiers entretiens. Je ne me sentais pas toujours à l'aise, lors de leur réalisation. Cependant au cours de l'étude, les entretiens se sont de mieux en mieux déroulés. J'apprenais à mieux les mener en m'aidant des retranscriptions des entretiens précédents.

Le temps prolongé de préparation du guide et des entretiens, les discussions avec le Dr Duhot et le Dr Lustman ont permis de relativiser ce biais connu et incontournable.

En relisant les entretiens, et en discutant avec le Dr Duhot et le Dr Lustman, je me suis rendu compte que j'aurais probablement pu et dû approfondir certains points au cours des entretiens. Cela peut expliquer pourquoi les premiers entretiens sont un peu courts. Cependant leur durée s'est allongée au fur et à mesure de l'avancement de l'étude.

La courte durée peut également être expliquée par le manque de temps accordé par les médecins : je parlais d'entretien de quarante minutes, mais ils acceptaient souvent de me recevoir trente minutes, étaient en retard et devaient par la suite reprendre ou commencer leurs consultations. Certains médecins répondaient par de longues phrases, argumentaient, racontaient des histoires de vie... Pendant que d'autres s'arrêtaient au sens strict de la question. Malgré des questions très ouvertes, les réponses étaient minimales. Etait-ce lié à un certain manque d'intérêt ? Ou bien au fait qu'ils étaient peu à l'aise, ne savaient pas quoi dire, avaient peur d'une « mauvaise réponse » ? Etaient-ils pris par le temps ? Ou était-ce dû à mon manque d'expérience, à des questions trop fermées ou aux difficultés du médecin face à un exercice inhabituel pour lui aussi ? En aurait-il été de même avec d'autres sujets ? Peut-on aussi l'expliquer par l'aspect « tabou » de ce sujet et par les représentations que s'en font les médecins ?

L'exercice de la même profession par l'interviewer et l'interviewé pouvait créer un biais, les médecins pouvaient chercher à paraître performants devant une consœur et déclarer ce qu'ils pensaient devoir dire et non ce qu'ils faisaient en réalité. Nous avons eu parfois l'impression d'avoir obtenu des réponses toutes faites, politiquement correctes, sans avoir été réellement au bout des choses, sans connaître le fond de la pensée des médecins interviewés.

3. Interaction entre société et le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge des problèmes d'alcool

Durant cette étude, j'ai constaté que la consommation d'alcool, et surtout de vin, avait une place importante dans la société française. Il est alors difficile pour le médecin d'aller à l'encontre d'une idée ancrée dans la culture, le patrimoine, les familles depuis des générations.

L'étude en médecine rurale a également fait ressortir que l'alcool est un produit de consommation socio-culturel, avec notion de convivialité, de produit culturel et patrimonial français. Un médecin a comparé l'alcool à un aliment, un condiment, un outil de recette de cuisine.

Il a également été mentionné que le profit financier lié à l'industrie de l'alcool participe à la banalisation de l'alcool par la société, idée seulement sous-entendue dans notre étude.

Les professionnels de l'alcoologie ont également évoqué la place particulière de l'alcool dans notre société. Les alcoologues proposaient aux médecins généralistes de faire un travail sur eux-mêmes, de s'interroger sur leur propre rapport à l'alcool, afin d'être au clair sur cette question et de pouvoir l'aborder sereinement avec leurs patients, ce qui est préconisé dans la littérature (55). Il faudrait également travailler sur la problématique de l'échec, dans le cadre d'une maladie avec rechutes souvent inévitables.

La place particulière de l'alcool dans la société française semble donc favoriser la banalisation de la consommation.

Jean-Louis Touraine a traité du sujet lors d'un colloque le 16 janvier 2014 à Paris, colloque intitulé « Alcool et Parcours de soins : quels enjeux ? » (56). Il a mis en avant la nécessité de faire preuve de courage politique pour appliquer des dispositions permettant une amélioration effective des prises en charge, dans un pays viticole comme la France. La loi ne pouvant pas, à elle seule, modifier un problème culturel, il lui semble primordial de faire d'abord évoluer les mentalités, de démystifier l'alcool et de changer l'image de l'addiction alcoolique. Mais comment faire changer ces mentalités ? Il s'agit de réfléchir, de s'interroger sur la problématique de l'alcool. Les médecins généralistes doivent intégrer ces éléments et prendre en compte les deux facettes de l'alcool.

Des postes importants dans la politique française sont actuellement occupés par des personnes ayant eu un lien direct avec le monde économique de l'alcool.

Ainsi, Mme Audrey Bourolleau, ancienne directrice générale de Vin et Société, a été récemment nommée « conseillère agriculture, pêche, forêt et développement rural ». Vin et Société est une association regroupant l'ensemble de la viticulture, qui défend les intérêts de la filière. Même si elle a démissionné de son association, il existe toujours un fort risque de conflit d'intérêt. La politique agricole et viticole peut alors se faire au détriment d'une politique efficace contre les consommations nocives d'alcool.

N'existe-t-il pas déjà des contradictions dans la politique actuelle ? Les responsables politiques mettent en avant le fait que la consommation d'alcool est un problème de santé publique, demandent aux médecins généralistes de s'en occuper via le dépistage, la prise en charge... En même temps, ils créent des ouvertures à la Loi Evin avec de nouvelles autorisations publicitaires (loi santé 2015). Ils mettent en avant le patrimoine viticole français, la place de la France dans l'exportation du vin, et nomment à un haut poste de l'Etat l'ancienne directrice générale d'une association défendant la viticulture ?

De même, la filière alcool en France s'attache à minimiser les risques pour la santé, ou tout du moins, à insinuer le doute. La filière produit régulièrement des argumentaires visant à démonter les fondements scientifiques des études concluant à la nocivité de l'alcool. Ainsi, en 2016, la Cour des comptes a révélé que la filière entretient la confusion en finançant ses propres études pour attester de la non-dangerosité de l'alcool consommé « avec modération ». Le rapport de la Cour des comptes de juin

2016 intitulé « Les Politiques de Lutte contre les consommations nocives d'alcool » dresse un bilan sévère de l'action publique face à l'impact majeur de la consommation d'alcool. Il met en évidence le rôle déterminant du lobby alcoolier pour préserver ses intérêts au détriment de la santé publique, et en particulier la stratégie de grignotage progressif de la loi Evin (57). Ce rapport propose également des recommandations pour faire de la lutte contre les consommations nocives une réelle priorité de santé publique.

Le système de santé peut également interférer dans la prise en charge. En Angleterre par exemple, les consultations durent en moyenne huit minutes. En conséquence, les médecins orientent directement leurs patients s'ils découvrent un problème de consommation d'alcool (que faire en moins de 10 minutes, même en convoquant régulièrement son patient ?).

En France, les consultations de médecine générale durent en moyenne entre 15 et 20 minutes, ce qui est déjà deux fois plus longs. Mais cela reste bien inférieur à la durée moyenne d'une consultation d'addictologie, qui se situe entre 30 minutes et une heure. Le médecin généraliste, peut-il, dans un temps aussi court, gérer le problème d'alcool ? Peut-il convoquer régulièrement son patient alors que son agenda de consultations est souvent très chargé ?

Pour chaque médecin, en tant qu'homme ou femme, parler d'alcool renvoie à une histoire intime, personnelle ou familiale.

De même, la place de l'alcool dans la société, son rôle culturel et le symbole de convivialité qu'il représente, contribuent à un abord particulier des soins en alcoologie. Il est très probable que ces éléments influencent le médecin, au moins inconsciemment.

La banalisation de la consommation d'alcool par certains médecins est peut-être en partie liée à la large place de ce produit dans la société. Des croyances socioculturelles comme le fait qu'il soit « normal de consommer de l'alcool pour les jeunes » sont citées dans la littérature comme un exemple de banalisation par les médecins.

Certains médecins ont également mis en avant le fait que l'alcool est d'accès très facile, présent à chaque occasion (famille, travail, amis), fait partie de la gastronomie française, de sa culture, de son patrimoine.

Aucun d'entre eux n'a dit se sentir mal à l'aise pour aborder le sujet du fait de leur propre consommation d'alcool. Y avait-il une part d'autocensure ?

La législation française a progressivement défini le tabac comme un produit « socialement incorrect » au cours des deux dernières décennies, en interdisant sa consommation dans les lieux publics (58). Par contre, la place de l'alcool comme drogue « sociale » n'a pas véritablement évolué.

Sans juger du bienfondé ou pas de cette situation, le médecin ne peut véritablement agir seul sur la société. Ce n'est pas le médecin qui va changer la représentation festive de l'alcool. Cependant, le médecin ne peut pas non plus dire « c'est un problème de société, donc je ne m'en occupe pas ». Le médecin doit agir dans ce contexte et s'adapter. Les médecins doivent avoir conscience de ce contexte particulier pour pouvoir le comprendre, l'interroger et l'intégrer dans leur pratique.

Comment le médecin généraliste peut-il gérer ce contexte ?

Dans un premier temps, il semble important qu'il continue à discuter d'alcool avec les patients, à poser la question régulièrement. Mais il faut également qu'il aille plus loin. Il doit discuter avec son patient de tout type de consommation, vérifier que cela ne lui pose pas de problème, que la consommation n'augmente pas, qu'il n'existe pas de risque et prendre le temps de lui expliquer les conséquences de sa consommation sur sa santé. Un médecin généraliste (ainsi que les spécialistes en addictologie) pourrait participer, seul ou en groupe, à des débats politiques, afin de faire entendre son point de vue.

4. Inadéquation entre recommandations et pratique du médecin généraliste

Les recommandations et les responsables politiques mettent en avant le rôle des médecins généralistes. Mais qu'en est-il réellement ?

Les recommandations de l'HAS sont définies comme des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données. Elles s'inscrivent dans un objectif d'amélioration de qualité et de sécurité des soins. Plusieurs personnes participent à leur élaboration : professionnels, représentants des patients, usagers concernés par le thème. Un groupe de travail rédige une première version des recommandations grâce à une revue de littérature. Ce premier travail sera relu par un groupe de lecture et/ou des

parties prenantes, qui feront des commentaires. Les diverses réponses seront alors analysées et discutées, afin de finaliser le texte des recommandations, qui sera validé puis diffusé.

Or, aucun des médecins interviewés (alcoologue ou généraliste, dans les trois thèses), n'a parlé de ces recommandations. Nous pouvons donc nous demander si celles-ci sont connues des différents médecins généralistes et si elles sont adaptées à leur pratique. Les généralistes n'ont jamais parlé de ces recommandations, alors qu'ils devraient les appliquer. Les recommandations n'ont donc pas atteint leur objectif.

La pratique d'un alcoologue ne peut être calquée exactement à celle du généraliste, même si les deux présentent des similitudes. Comment peut-on interroger cette différence ?

Le généraliste devrait suivre totalement les recommandations d'un addictologue, d'un cardiologue. Or, les recommandations ne sont pas toujours adaptées au patient : elles sont établies pour des patients n'ayant qu'une pathologie, la pathologie étudiée par le spécialiste. Les patients rencontrés ont souvent des poly-pathologies qu'il faut prendre en compte. Il est important de déterminer les interactions entre différents traitements, les contre-indications liées à d'autres pathologies, aux allergies...

Il est donc nécessaire de faire la synthèse des diverses recommandations concernant les multiples pathologies du patient.

Avant même de se poser la question sur les recommandations, il semble important de s'interroger sur les définitions autour de la consommation d'alcool. Elles sont longues, nombreuses et souvent compliquées. Ne pourrait-on pas se limiter à deux ou trois définitions : usage simple, usage à risque et dépendance ? Cela pourrait rendre l'action du médecin plus simple : si le patient ne consomme pas ou peu, on ne fait rien de particulier ; s'il a une consommation à risque, on en discute ; s'il est déjà dans la dépendance, on essaie de l'accompagner, de le prendre en charge, ou de l'adresser si nécessaire. Les médecins généralistes rencontrés n'utilisaient pas les définitions, mais des seuils de consommations.

4.1. Recommandations et formation

Les recommandations proposent aux médecins généralistes de se former sur les problèmes d'alcool. Les médecins interviewés avaient tendance à dire qu'il leur manquait une formation.

Selon eux, la formation universitaire était insuffisante ou inexistante. Par la suite, la plupart des médecins interrogés ne faisaient pas de formation complémentaire. Mais dans un domaine aussi vaste que la médecine générale, peut-on réellement imposer une formation dans le domaine de l'addictologie à un médecin qui ne s'y intéresse pas réellement et qui se forme sur d'autres sujets ? Les médecins ne sont pas obligés de se former sur tout, mais face à un sujet complexe comme l'alcool, ne faudrait-il pas se former à minima ? Le contenu de cette formation devrait être précisé.

Il est facile de dire : il y a un problème de consommation d'alcool, les médecins ne sont pas formés, il faut donc les former. Mais il faut aussi se poser la question dans l'autre sens : pourquoi ne sont-ils pas formés, comment les former, qu'est ce qui les intéresse, que souhaitent les médecins, quel type de formation mettre en place ?

Il faudrait améliorer la formation universitaire et favoriser les groupes de paroles, tels les groupes Balint, qui semblent être appréciés des médecins et bénéfiques pour ce type de prise en charge centrée sur l'écoute et l'accompagnement. Il faudrait travailler de manière plus régulière l'abord des sujets complexes...Les médecins avaient en effet tendance à trouver l'abord du problème d'alcool difficile. Il faudrait donc les aider dans ce sens.

Les formations permettent au médecin d'acquérir de nouvelles compétences, de renforcer ses connaissances. Cependant il est plus rare que les médecins choisissent des formations sur des sujets qui les intéressent moins. Se pose alors la question de savoir comment sensibiliser le médecin généraliste au problème d'alcool.

Des recommandations claires et précises décriraient parfaitement le problème, expliqueraient la place du médecin généraliste et les actions qu'il peut mettre en place seul, ou avec un réseau. Elles replaceraient le problème dans le contexte culturel français. Ces recommandations aideraient alors les médecins généralistes à réfléchir au problème, à s'en saisir plus facilement. Il agirait alors, selon sa compétence et son

envie, d'aller plus ou moins loin, du dépistage de la consommation à risque à la prise en charge d'addictologie stricto sensu.

Il faut donc définir ce que le médecin généraliste peut faire quand il est suffisamment formé, quand il ne l'est pas. Est-il réellement nécessaire de former tous les médecins généralistes sur les problèmes d'alcool ? Les formations actuelles sont-elles adaptées ? Quelle formation de base donner à tous les médecins ? Il faudrait sans doute commencer par définir le rôle du médecin généraliste, et le former sur comment aborder un sujet difficile, dans un premier temps.

Ces réflexions sur la formation des médecins généralistes posent question.

Tout d'abord comment se former à toutes les pathologies ? La médecine générale n'est pas la somme de toutes les spécialités. En médecine générale on soigne des pathologies très différentes, qui demandent des connaissances très variées. Il est difficile de se former sur tout, et chaque médecin peut choisir le sujet sur lequel il va se former. Il ne lui sera pas imposé de se former sur les problèmes d'alcool, en dehors du cursus universitaire. Mais un médecin généraliste ne peut pas non plus refuser de s'occuper d'un patient avec l'excuse qu'il n'est pas formé pour. Il faut au moins qu'il puisse repérer le problème, adresser son patient au personnel qui pourra le prendre en charge.

Pourquoi ne pas envisager des formations transversales centrées sur les a priori, la position de soignant, celle du patient, sur la liberté de parole... Des formations moins centrées sur le malade, la maladie mais plus sur le médecin et son rôle. Cela serait plus largement utile quelle que soit la complexité du problème

4.2. Recommandations et abord des problèmes d'alcool

Sur le plan théorique, les recommandations de bonne pratique, proposées par la SFA en 2014, citent certaines interventions psychosociales (renforcement de la motivation au changement, soutien de l'entourage...) comme relevant de la compétence du médecin généraliste. Ces mêmes recommandations proposent une formation des

médecins à la réalisation du repérage précoce des consommations à risque d'alcool et à l'intervention brève. En pratique, la formation initiale des jeunes médecins est surtout basée sur l'aspect somatique des conséquences de la consommation d'alcool, et peu d'enseignements du deuxième ou du troisième cycle sont tournés vers la façon d'aborder le sujet, ou vers le changement de comportement.

En amont du soin, aborder le sujet de l'alcool est clairement difficile pour la plupart des médecins.

Certains n'osent pas poser la question, quand d'autres n'y pensent pas. Cela provient sans doute d'une réticence, mais aussi de quelque retenue inconsciente.

Dans notre étude, plusieurs médecins généralistes abordaient tout de même le sujet sans difficulté, en le faisant de manière systématique, à tous leurs patients. La systématisation permet de rendre l'abord plus facile, mais peut vider la démarche de tout son sens et son investissement. Poser la question ne dit rien de la suite, cela n'explique pas ce que l'on va faire après, cela pourrait être une manière de se débarrasser du problème.

L'abord est, quoi qu'il en soit, une question essentielle à propos des problèmes d'alcool.

Des médecins soulignaient que les patients pouvaient cacher leur consommation à leur médecin, et n'en présenter aucun stigmate physique. Le déni du patient est alors une réelle difficulté pour le médecin

La complexité du sujet est ainsi mise en évidence.

Qui n'oserait pas poser au patient la question de sa consommation de tabac ?

L'abord pourrait être considéré comme un pilier de la réflexion. Une fois le problème de l'abord dépassé, l'accompagnement ou la prise en charge seraient plus facilement mis en place : discussion autour de la consommation, essai de diminuer la consommation, mise en route d'un traitement et orientation du patient.

Mais pour cela, le médecin doit sortir de son rôle de moralisateur lors de l'abord de la consommation d'alcool, qu'il a tendance à tenir du fait de sa consommation personnelle, des us et coutumes françaises...

Comment peut-on « dédramatiser » l'abord du sujet, le rendre plus accessible ? La systématisation semble être déjà une bonne piste d'approche, même si cela restreint la réflexion autour du questionnement.

Il est intéressant de ré-aborder le sujet de manière régulière, au cours d'autres consultations. Reste à savoir avec quelle régularité ? Des médecins avec lesquels j'ai travaillé utilisaient un « journal de bord » axé sur la prévention. Ce dernier était intégré dans leur logiciel. Ils essayaient de le mettre à jour au moins une fois par an, cela leur permettait de reposer la question.

4.3. Recommandations et coopération

4.3.1. Ce que disent les recommandations

Les recommandations mettent en avant l'importance du recours spécialisé. Cependant, les médecins généralistes interviewés y ont trouvé plusieurs limites : difficultés de joindre les spécialistes, délai avant d'obtenir un rendez-vous pour un patient, manque de communication entre les deux parties.

Les médecins généralistes peuvent vite se retrouver en difficulté : une fois le dépistage effectué, si le patient accepte ou demande un suivi, comment lui expliquer qu'il faudra attendre plusieurs mois avant de rencontrer un spécialiste ?

Les CSAPA ont été créés dans le but d'aider les médecins généralistes à gérer les patients ayant des problèmes d'alcool mais cela semble très compliqué aujourd'hui. Comment faire pour obtenir des rendez-vous plus rapidement ? Faut-il créer de nouveaux centres ? Donner des plages horaires plus larges sur les centres pour recevoir le plus de patients possible ? Que peut faire le médecin généraliste en attendant ?

Le dialogue entre médecin généraliste et spécialiste en addictologie semble également parfois compliqué. Des médecins généralistes ne connaissent pas le travail en CSAPA. Comment améliorer le dialogue ?

Il pourrait être intéressant que les médecins généralistes et les addictologues se rencontrent, afin de discuter, de définir leurs attentes réciproques, comment ils pourraient être plus aidants envers les patients, de connaître la façon de travailler de chacun...

Les addictologues pourraient donner des pistes aux généralistes pour accompagner leurs patients avant qu'il ne soient reçus en CSAPA.

4.3.2. Les conseils des addictologues rencontrés au cours des deux autres études

Au cours des deux autres études faites en parallèle il est apparu que les médecins de CSAPA encourageaient les médecins généralistes à mieux repérer les patients ayant des problèmes d'alcool, et à les adresser à eux si besoin. Des addictologues ont reconnu qu'il serait bénéfique qu'ils se fassent mieux connaître des médecins généralistes, afin que ces derniers sachent vers qui se tourner si besoin.

Certains médecins généralistes mettaient en avant qu'ils ne recevaient pas systématiquement les retours des spécialistes pour les patients orientés.

Les alcoologues, en « écho » signalaient parfois un refus des patients quand ils voulaient écrire ou téléphoner à leur médecin traitant. Les patients auraient honte et ne souhaiteraient pas que leur médecin ait une mauvaise image d'eux.

Concrètement, les alcoologues conseillaient aux médecins généralistes de développer des liens avec eux pour éviter cet isolement dans la gestion de situations compliquées, pour améliorer la qualité des soins grâce à une complémentarité, mais aussi en cas de difficulté à prendre le temps nécessaire.

Les addictologues comprenaient que le manque de temps pouvait constituer une difficulté pour les médecins généralistes. Pour contourner cette contrainte, ils conseillaient aux généralistes de répéter les consultations, tout en restant dans des durées classiques, et d'adresser les patients à un confrère en cas d'impossibilité de s'engager sur la durée. Le temps n'était pas une difficulté pour les alcoologues, il était même considéré comme un allié. Probablement en lien avec un exercice salarié en structure spécialisée, leur permettant de recevoir les patients sur des plages horaires

allant parfois jusqu'à une heure. Pour eux, prendre le temps avec les patients était nécessaire.

En 2002, répéter les consultations dans le temps et s'entourer d'autres professionnels étaient des conseils déjà formulés dans un article publié dans la Revue du Praticien-Médecine Générale (55). Quinze ans après, les mêmes conseils sont toujours formulés, illustrant une certaine inertie dans ce domaine. Mais est-ce seulement une inertie ? Ne pourrait-il pas exister une certaine résistance ?

Les alcoologues soulignaient l'importance d'une solide base de connaissances pour proposer des soins de qualité aux patients faisant un mésusage de l'alcool : savoir définir la maladie alcoolique, connaître les réseaux d'addictologie...

Pour combler d'éventuelles lacunes, ils proposaient des formations mutualisées avec d'autres professionnels de santé et principalement basées sur les aspects relationnels de la prise en charge. Un travail d'introspection était également proposé par les alcoologues, dans l'optique d'un travail sur soi et sur le rapport à l'autre.

Pour conclure, des médecins addictologues ont formulé des conseils à l'attention des médecins généralistes, dans le but d'améliorer la prise en charge des patients : avoir envie d'accompagner les patients alcooliques, s'y intéresser ; se centrer sur le patient, dédramatiser la question de l'alcool et créer un lien avec les patients.

Le repérage devait être renforcé.

Pour la prise en charge en tant que telle, il faut plutôt viser des objectifs atteignables, discutés avec les patients et adaptés à eux. Bien sûr, il ne faut pas hésiter à adresser les patients en structures d'addictologie.

Le problème du temps pouvait effectivement poser problème, mais il était possible de s'en affranchir en répétant les consultations ou en adressant les patients à des structures spécialisées.

Cependant, il est facile de dire qu'il faut s'intéresser au problème, avoir envie de le faire pour des médecins qui ont choisi de se spécialiser dans ce type de pathologie. Mais tous les médecins peuvent-ils trouver cette envie ? Peut-on intéresser tout le monde ? Et comment le faire ?

Pour l'abord, celui-ci doit être renforcé, plus régulier. Les addictologues n'ont pas apporté de conseils réels pour cet abord. Ils n'y sont pas confrontés car les patients qui viennent les consulter sont là pour ça.

Il faudrait faire interagir les médecins généralistes avec ces conseils, afin de définir ce qui est réalisable ou non. Des rencontres médecins généralistes / alcoologues pourraient apporter un début de réponse.

Les recommandations ne semblant pas toujours adaptées, il est important que des médecins généralistes non spécialisés dans un domaine donné participent à l'élaboration de la recommandation, afin d'y ajouter leur point de vue, de définir des pistes de travail qui soient plus accessibles à tous.

5. Réflexion sur freins et leviers

En médecine, on a toujours tendance à réfléchir en frein et levier : de nombreuses études parlent de savoir pourquoi on ne fait pas telle chose, quels sont les freins ou les leviers qui l'expliquent ? Par exemple étude des freins et leviers pour la vaccination du zona, étude des leviers et freins dans la prise en charge par un médecin généraliste de membres de sa famille...

Au début de notre étude, nous pensions chercher à connaître les freins et leviers influençant la prise en charge des problèmes d'alcool, en médecine générale. Mais nous nous sommes vite rendu compte que la problématique était plus compliquée. Le fait de chercher des facteurs influençant la prise en charge peut-être considéré comme assez réducteur. Il y a de fortes chances de passer à côté d'autres facteurs importants. Dans notre étude, par exemple, nous avons trouvé des freins et des leviers, mais nous avons réussi à aller plus loin. Les entretiens étaient bien plus riches, mettaient en avant plus que de simples freins et leviers.

Finalement, se poser la question des freins et des leviers est simple, mais ne va pas toujours apporter des éléments nouveaux et des solutions. On retrouve souvent dans les résultats que le frein est le manque de connaissance et le levier la formation du médecin.

On retrouve également des freins tels que le manque de temps, le manque de valorisation...

Mais est-ce une véritable réponse de dire qu'il faut se former, à chaque fois ? La réponse au problème doit elle être la formation ?

On peut donc se demander pourquoi les médecins ont tendance à penser en freins et en leviers ? Probablement est-ce la manière la plus facile de répondre à pourquoi on ne fait pas bien une chose : on ne fait pas parce qu'il y a tel frein, mais si on utilisait tel levier ce serait plus facile. Des études sur les freins et leviers sont fréquemment effectuées.

Mais pour une question COMPLEXE, comme celle des problèmes d'alcool, on ne peut pas se limiter au problème de freins et leviers. Des solutions simples ne vont pas fonctionner. La réponse au manque de prise en charge des problèmes d'alcool est toujours le manque de formation. Mais peut on réellement former tout le monde, qu'attend-on de ces formations ?

La réalité est plus complexe que cela, il s'agit plutôt de réfléchir au rôle, à la place du médecin généraliste dans l'accompagnement, la prise en charge des problèmes d'alcool.

Enfin, se limiter aux freins et aux leviers limite la parole des personnes interrogées, laisse moins de place à l'analyse des données. On se contente de dire c'est à cause de cela, on va pouvoir mettre ce levier. Mais on n'approfondit pas la question.

6. Comment réfléchir au rôle du médecin généraliste

En allant dans la caricature, on peut trouver deux profils de médecins généralistes : un médecin généraliste super formé, idéal, qui sait tout faire et peut tout faire par opposition à celui qui ne s'intéresse pas au problème, ne se forme pas. Comment trouver un juste milieu ? Comment trouver une place appropriée ? Que peut-on attendre du médecin généraliste dans la prise en charge des problèmes d'alcool ?

Quel type de prévention peut-on proposer face au problème d'alcool ? Poser la question de la consommation relève plus du diagnostic que de la prévention. On recherche le problème, mais on ne le prévient pas.

Quel rôle, le médecin généraliste peut-il avoir en matière de prévention? En théorie, il faudrait qu'il pose la question de la consommation d'alcool de manière régulière à son patient. Et si le patient consomme, il devrait commencer à donner des informations sur les risques de la consommation. Mais cela a pour conséquence de se sentir moralisateur, et il faut réussir à sortir de ce rôle.

En dehors de la médecine générale, des interventions de médecine scolaire / de médecine du travail pourraient être une alternative.

Le médecin généraliste va conserver son rôle d'abord de la question de consommation d'alcool. Même si, comme dit précédemment, il doit être formé pour aborder des questions difficiles.

Par la suite, le médecin généraliste va « choisir » quel est son rôle, ce qu'il souhaite faire, à quel niveau il va vouloir agir, en fonction de son expérience, de son ressenti, de ses besoins. Même si le médecin généraliste ne peut pas tout faire, tout connaître, il doit pouvoir orienter ses patients. Il doit savoir comment faire, même quand il n'en a pas envie.

Certains médecins généralistes vont choisir de dépister le problème, et d'adresser leurs patients aux spécialistes (ou à d'autres généralistes plus à même de s'occuper des problèmes d'alcool).

D'autres vont décider d'accompagner leur patient dans leur démarche, prendre le temps de les écouter, leur proposer différentes thérapeutiques qu'il pourra lui-même choisir: abstinence totale ou non, médicament d'aide au sevrage ou uniquement médicament pour éviter les syndromes de sevrage, prise en charge spécialisée associée...

Les médecins peuvent également avoir une prise en charge plus paternaliste, en aiguillant plus le patient dans sa décision, en lui laissant moins de choix : « il faut faire ça ».

Cette différence entre « prise en charge » et « accompagnement » se fera en fonction du choix du médecin, mais aussi de celui du patient. Certains préfèrent en effet être vraiment guidés, se fient au médecin qui aura la bonne décision, car c'est lui qui « sait », d'autres préfèrent être accompagnés.

Bien sûr, le médecin généraliste doit pouvoir adresser son patient à un addictologue dès qu'il en ressent le besoin, si cela devient compliqué pour lui, si le patient le

souhaite, s'il existe des pathologies intriquées qui le mettent en difficulté (poly-addiction, association de pathologie psychiatrique, multiples échecs en ville...).

Il ne faut pas oublier que la prise en charge d'addiction, et surtout de problème d'alcool peuvent créer des situations difficiles pour le médecin autant que pour le patient. Le médecin peut être en souffrance, face aux échecs, se trouver dans une impasse. D'où l'importance de bien s'entourer d'autres professionnels, si besoin, qui peuvent constituer une aide, un relai.

Cette notion de difficulté, de souffrance, est apparue plus nettement dans l'étude effectuée en zone rurale. Les médecins trouvaient que la prise en charge des patients ayant un problème d'alcool était très énergivore, ce qui pouvait aller à l'encontre de la prise en charge. Certains médecins avaient le sentiment d'aller à l'échec, de s'épuiser, d'être démunis, impuissants et étaient souvent résignés. Des médecins ont également mis en avant leur sentiment d'isolement dans la prise en charge, l'impression d'être seul.

Cependant, il existe des solutions pour adresser les patients, pour rompre cet isolement. Pourquoi les médecins ne le font-ils pas ? Est-ce dû au fait de délai de rendez vous trop important, de la difficulté de joindre les spécialistes, de l'éloignement des addictologues dans certaines régions ?

7. Quelques pistes

Nos résultats ont comme objectifs d'aller plus loin que ceux des études précédentes. Nous ne nous sommes pas limités à chercher les freins et les leviers concernant la prise en charge des problèmes d'alcool, mais nous avons tenté de cerner le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge des problèmes d'alcool. Nous avons essayé de recontextualiser le sujet, de replacer le médecin dans son contexte.

Le médecin généraliste est tout d'abord confronté à différentes réalités, qui ne seront pas évidentes à modifier :

- La difficulté provenant de l'impossibilité, pour le généraliste, de se former à tout. Cependant, le médecin généraliste pourrait se rendre à des formations moins spécifiques, comme des formations sur l'abord des pathologies difficiles, afin d'avoir des pistes pour l'abord de l'alcool. Des formations autour de l'abord des questions difficiles pourraient être proposées aux étudiants en médecine, en deuxième et troisième cycle. Le but étant que le médecin généraliste apprenne à gérer une situation qui le dépasse.

Le médecin généraliste devrait être questionné sur le type de formation qui lui semblerait le plus logique, le type de formation à laquelle il souhaiterait participer et qui pourrait l'aider dans le cadre des problèmes d'alcool.

Il faudrait que le médecin s'intéresse un minimum au problème pour que le patient ne se sente pas seul, il faudrait établir quelles connaissances minimum sont nécessaires pour aiguiller le patient.

L'alcool a une place ambiguë dans la société et le médecin généraliste doit apprendre à faire avec. Il faut qu'il arrive à agir dans ce contexte, à l'appréhender et à accepter ses limites. Le médecin généraliste peut se sentir dépassé, avec un sujet complexe qu'il a du mal à maîtriser, avec un risque d'échec important....

Comment peut-il faire ? Comment intégrer ce contexte dans sa pratique ?

Le médecin pourrait également participer à des groupes de réflexion autour de l'alcool, au sein des sociétés savantes mais également dans les instances politiques, afin de faire entendre son point de vue. Ces pratiques existent déjà, mais la médecine générale pourrait y tenir une place plus importante.

D'autres pistes ont émergé au cours de cette étude :

- Il faut travailler plus globalement sur le rôle du médecin généraliste. Celui que nous pensons remplir, celui que nous espérons effectuer, celui que nous pourrions accomplir, celui qu'attend de nous le patient, celui aussi qu'attend de nous son entourage. Nous devons réfléchir à quel type médecin nous voulons être. Il est important de définir comment le généraliste peut intervenir quand il n'est pas formé, et comment il agit quand il décide de prendre en charge les patients. Dans un premier temps, il convient de dépister les problèmes, de les gérer au mieux par nous-mêmes ou en adressant les patients à des structures spécialisées.

- On attribue souvent au médecin généraliste un rôle de prévention. Mais la prévention contre l'alcoolisme serait d'agir avant que le problème d'alcool soit présent, au moment où la consommation est considérée comme « normale ». Quelle serait la prévention contre l'alcoolisme ? Comment agir en amont du problème ?

Le médecin généraliste pourrait commencer à discuter du sujet avec un patient qui présente une consommation « normale », « occasionnelle », afin de le sensibiliser. La médecine scolaire et la médecine du travail pourraient également organiser des réunions d'information / de sensibilisation.

- Le médecin généraliste a souvent l'impression d'être moralisateur quand il aborde le sujet de l'alcool. Il a peur que son patient ressente un jugement venant de sa part. Le médecin doit alors réussir à sortir de ce rôle, à s'en affranchir. Il doit s'en rendre compte et y réfléchir.

Bien sûr, une bonne relation entre médecin et patient peut jouer dans ce sens. Cependant, d'autres facteurs doivent être pris en compte. La confiance n'impose pas nécessairement la confiance.

Une bonne relation est nécessaire, mais le médecin doit également se poser des questions sur lui-même, sur pourquoi il est compliqué pour lui de poser la question, afin de réfléchir à sa position et, peut-être, se sentir moins moralisateur.

- Dans la pratique de la médecine, nous sommes logiquement dans un fonctionnement de passage à l'acte : plaintes => diagnostic => traitement. Pourtant, certains sujets comme les problèmes d'alcool sont plus complexes et ne répondent pas à cette logique. Il faut accompagner le patient dans sa démarche, lui expliquer le problème afin qu'il le comprenne et l'intègre, avant de mettre en place un parcours de soins.

Concrètement, je pense qu'il faudrait :

- Intégrer l'abord des sujets complexes dans l'enseignement des médecins, au plus tard dans le DES de médecine générale, et le proposer en formation par la suite. Il faut également questionner les médecins généralistes sur le type de formations qu'ils souhaiteraient suivre sur le thème de l'alcool. Cette démarche commence à se mettre en place. Il faut réfléchir comment procéder (en petit

groupe, en cours magistraux...), et bien intégrer l'ABORD du sujet complexe dans les sujets proposés.

- Proposer aux médecins à participer à un groupe Balint ou au moins lire ses écrits (59). Participer à un Groupe de Pairs ® afin de confronter entre confrères leur quotidien et oser ensemble modifier leur pratique, en se questionnant sur "le savoir être" (55). Cependant, certains médecins ne souhaitent pas se confier au sein d'un tel groupe, de peur de se sentir juger par leurs pairs.
- Renforcer la démarche pluri-professionnelle, définir la coopération dans le cadre des problèmes d'alcool et la mettre en place. Organiser des rencontres avec les autres acteurs de santé (addictologues, infirmiers, assistantes sociales...). Il faudrait également réfléchir à la rémunération de ces consultations complexes, comme cela va être le cas pour d'autres pathologies. Enfin, il faudrait également voir s'il est possible de rémunérer les temps de rencontre.
- Proposer aux médecins généralistes de participer à l'élaboration des recommandations, afin qu'elles soient plus adaptées à leur pratique. Les médecins généralistes devraient être plus souvent associés aux réflexions et décisions des instances politiques. Ils doivent occuper une place plus importante dans l'élaboration de ces recommandations et ne doivent pas se retrouver en minorité, leur spécialité étant la plus répandue.
- Réfléchir sur son positionnement par rapport à l'alcool, sortir du rôle de moralisateur pour faire de la prévention sur ce sujet avec, si possible, l'aide de la médecine scolaire et de la médecine du travail.
- Poursuivre une réflexion sur le rôle du médecin généraliste, comment il pourrait agir, en fonction de ses souhaits, ses connaissances. de quel médecin il est et il souhaite être.
- Redéfinir le lien entre addictologue et médecin généraliste, le favoriser. Organiser des rencontres entre médecins généralistes et spécialistes en addictologie pour mieux se comprendre. Trouver une solution pour que les délais de prise en charge soient moins longs et la communication facilitée. Des formations communes pourraient être mises en place. Les addictologues et les généralistes pourraient élaborer des protocoles en commun.

CONCLUSION

L'alcool est considéré comme un problème de santé publique. Le médecin généraliste doit s'en préoccuper, sa place y est essentielle. Cependant, nous avons pu constater, à travers divers chiffres d'études concernant les problèmes d'alcool en médecine générale, que les médecins généralistes ne semblent pas toujours repérer et s'occuper de cette problématique.

Notre travail s'est attaché à comprendre et à interroger le rôle du médecin généraliste dans l'accompagnement, la prise en charge et le suivi des patients ayant un problème avec l'alcool, mais également à comprendre comment les médecins généralistes se confrontent à la question de l'alcool dans sa globalité. De plus, nous souhaitons connaître les difficultés des médecins dans l'abord et la prise en charge des patients ayant des problèmes d'alcool et aussi dans l'articulation entre médecin généraliste et addictologues. Les usagers en eux-mêmes ne sont pas apparus dans notre étude.

La question initiale était plutôt de déterminer les facteurs positifs et négatifs influençant les médecins généralistes dans la prise en charge des patients ayant un problème avec l'alcool. Toutefois, nous nous sommes rendus compte, au cours de l'étude, que cela était plus complexe et que se limiter à parler de freins et de leviers était trop réducteur, trop instrumental.

L'alcool a une place particulière dans la culture française (symbole de convivialité, rôle culturel, notion de tabou), mais également dans l'histoire personnelle de chacun, y compris dans celle des médecins. Cette place influence au moins inconsciemment les soins aux patients.

La place importante de l'alcool dans la société complexifie parfois le rôle des médecins généralistes : l'usage de l'alcool en France est souvent plus encouragé que réprimé, on y voit le côté festif, convivial, désinhibant mais on oublie rapidement les risques pour la santé, ses conséquences (dangers sur la route...entre-autre). Comment trouver alors le bon équilibre ?

Du fait de la place importante de l'alcool dans l'économie française (domaine financier, secteur de l'emploi...) les politiques ne se penchent peut être pas suffisamment sur les problèmes d'alcool.

Le médecin doit faire face à une pression sociale et économique, dans un pays où l'alcool est à la fois considéré comme bénéfique et négatif. Le risque est de paraître moralisateur à l'abord de la question, chez des personnes qui « boivent comme tout le monde » et que, de toute façon, le vin « c'est bon pour la santé ».

Comment le médecin généraliste peut il faire dans ce contexte ? Quelle est sa place dans la prévention ? Comment trouver alors le bon équilibre ?

Nous avons, par la suite, souhaité connaître comment les recommandations de la SFA décrivaient le rôle du médecin généraliste. Il y est écrit que le généraliste a, par sa position de premier recours dans le système de soins, un rôle particulier dans l'abord et l'accompagnement des patients ayant des troubles liés à l'usage de l'alcool.

Cependant, en lisant les recommandations plus attentivement, et en les comparant à la pratique, on se rend compte qu'elles ne sont pas forcément adaptées.

Tout d'abord, les définitions qu'on y trouve sont longues et compliquées, peu adaptées à la pratique quotidienne du médecin généraliste. Les recommandations ont été rédigées par des addictologues et des médecins généralistes, mais qui sont ces généralistes ? Des généralistes ayant l'habitude de prendre en charge des patients avec des problèmes d'alcool ou des généralistes avec une patientèle plus classique, qui ne s'occupent que de très peu de patients avec ce type de problème ?

Les recommandations mettent le médecin généraliste à une place prépondérante pour la prise en charge des problèmes d'alcool. C'est lui qui doit détecter, initier la prise en charge. Le médecin généraliste doit être « un acteur privilégié du repérage précoce d'alcool, tout au long de la vie d'un individu et de son parcours de santé ». Il est décrit qu'il est nécessaire que les médecins généralistes se forment pour ce repérage. Mais en consultant les formations MGform, une seule formation est proposée sur 2017 concernant cette question du repérage, et se déroule à Strasbourg. Est-ce parce que les médecins ne s'y intéressent pas assez ? Dans tous les cas, cela semble insuffisant pour former tous les médecins généralistes...

Plusieurs questionnaires sont proposés aux médecins généralistes pour le dépistage (AUDIT-C et AUDIT), mais les médecins rencontrés n'en ont pas du tout parlé et semblent ne pas en avoir eu connaissance. Peut être faudrait-il leur présenter, leur expliquer cet outil.

Les recommandations mettent soulignent également l'importance du recours spécialisé si besoin. Cependant, les médecins généralistes interviewés, même s'ils reconnaissent l'importance de la coopération, y ont trouvé plusieurs limites : difficultés de joindre les spécialistes, long délai avant d'obtenir un rendez-vous pour un patient, peu de communication entre les deux parties. Une autre limite apparaît sur le même thème : les recommandations préconisent un suivi spécialisé si besoin, dans un délai raisonnable. Cependant, les places paraissent relativement limitées en CSAPA, et les durées d'attente assez longues.

Une fois le patient pris en charge par le CSAPA, le rôle du médecin généraliste n'est pas non plus bien défini.

Concernant « prise en charge », les recommandations envisagent plusieurs interventions thérapeutiques de la part des médecins généralistes : intervention psychosociale, traitement médicamenteux (pour aide à la réduction de la consommation ou pour aide au maintien de l'abstinence), prévention d'un syndrome de sevrage. Les médecins interrogés semblaient prescrire en priorité les médicaments pour la prévention du syndrome de sevrage. Très peu prescrivaient d'autres traitements spécifiques, et certains étaient même septiques quant à leur efficacité.

Nous avons également constaté, qu'actuellement, il n'existe pas, de comité d'experts de médecins généralistes qui se sont emparés du sujet et qui y ont réfléchi... Il n'existe pas de vision commune pour et par les médecins généralistes, pas de discours commun construit.

Les médecins généralistes sont revenus sur plusieurs difficultés qu'ils rencontraient, des difficultés qui font sens.

Tout d'abord, la formation semble manquer selon un bon nombre de médecins. Cependant, la médecine générale est une vaste spécialité, un généraliste peut et doit

être formé dans beaucoup de domaines. Chacun choisit la formation qu'il souhaite suivre, et l'addictologie ne fait pas toujours partie des priorités.

Tous les médecins ne sont pas intéressés par le problème d'alcool. Ceux qui se sentent moins concernés par cette problématique ne chercheront pas à se former.

Cette posture ne peut-elle pas être considérée comme une « bonne excuse » pour ne pas prendre en charge ?

Certains médecins ont eu un déclic qui les a incités à s'intéresser, à se former et à modifier leur attitude envers les patients (par exemple : un médecin mal à l'aise, désagréable avec un patient présentant des problèmes d'alcool, réalise que son comportement est inapproprié et décide de mieux appréhender cette problématique en se formant).

Peut-on obtenir ce « déclic » pour tous les médecins ? Qu'attendent-ils d'une formation, quel type de formations souhaitent-ils ? Comment faire découvrir l'intérêt pour les problèmes d'alcool, comment montrer qu'il est possible de soigner, de prendre en charge, d'accompagner le patient et pas nécessairement dans l'épuisement ?

Peu de médecins ont parlé du type de formations qu'ils auraient souhaitées. Il semble tout de même que les formations avec groupes d'échange, les réflexions en petit groupe soient préférées à des formations purement théoriques.

Enfin, même s'ils ne sont pas tous formés, les médecins trouvent important d'accompagner et de motiver le patient qui a un problème d'alcool, pour l'adresser une fois qu'il se sent prêt. Comment peut-on motiver son patient ? Existe-t-il des formations adaptées ?

Cependant, il a été observé un paradoxe : les médecins disent que c'est important, qu'il faut tenter un accompagnement, sans jamais s'interroger sur leur véritable rôle. Est-ce un discours « politiquement correct », de dire qu'il faut « s'en occuper », même si, en réalité, ils pensent que ce n'est pas leur rôle ? Pourquoi un tel discours ? Sont-ce des réponses toutes faites devant leur interlocutrice, de peur d'être jugés par un pair ?

Le problème de temps n'est, quant à lui, pas évoqué par tous les médecins. La plupart mettent en place des stratégies pour que ce n'en soit pas un : accepter le retard, compenser avec des consultations plus courtes... Les médecins pour lesquels cela prend trop de temps, sont également ceux qui trouvent cela trop compliqué. Est-ce lié au fait que quand on ne sait pas, on prend plus de temps, ou est-ce un simple alibi ?

Est-ce également lié à un manque d'intérêt, de valorisation personnelle, ou même de plaisir dans ce type de prise en charge ?

Comme dans tous les métiers, et même dans la vie en générale, il semble important d'éprouver de l'intérêt dans ce que l'on fait, et on le fera probablement avec plus d'intérêt si cela nous procure du plaisir.

Nous nous sommes donc demandé ce qu'il en est pour les médecins généralistes, concernant la prise en charge des problèmes d'alcool. Seuls deux médecins semblaient réellement prendre du plaisir dans la prise en charge. D'autres médecins étaient tout de même intéressés par le sujet, mais nombreux étaient ceux qui ne le semblaient pas. La notion de valorisation personnelle est également revenue plusieurs fois. Le problème d'alcool est, selon les médecins, rarement valorisant, du fait des nombreux échecs. Les médecins nous ont également parlé du risque de déception lors de la prise en charge des problèmes d'alcool.

Le degré d'intérêt correspond assez bien au degré de prise en charge. Les médecins moins intéressés avaient plutôt tendance à éviter la question, le problème.

Pour obtenir une meilleure prise en charge, un meilleur accompagnement, il faudrait se poser la question de comment mobiliser les médecins. Peut-être en réfléchissant aux raisons qui ont poussé certains à s'intéresser au sujet, en quoi ils y prennent du plaisir et ce qu'ils trouvent y de valorisant. Les groupes de pairs peuvent permettre aux médecins de se rencontrer, d'échanger des points de vue et peut être de trouver de l'intérêt, du plaisir, sur un sujet qui ne les passionnait pas initialement. Les généralistes pourraient rencontrer les addictologues, pour comprendre en quoi consiste leur travail, et comment ils pourraient mieux travailler ensemble.

Tous ces questionnements nous conduisent à essayer de comprendre quel est le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge des problèmes d'alcool.

Dans notre étude, beaucoup de médecins déclaraient initialement ne pas prendre en charge leur patient. Cependant, même ceux qui souhaitaient éviter le sujet trouvaient important d'accompagner leur patient dans la prise en charge et cherchaient à obtenir leur motivation. Quelques médecins souhaitaient aller plus loin, et proposaient à leurs patients différentes prises en charge thérapeutiques.

Nous avons pu constater que les problèmes d'alcool étaient découverts au moment du « mésusage », au moment où on adresse déjà le patient à un spécialiste s'il s'agit d'une autre pathologie. Ainsi, par exemple, commencer à prendre en charge une insuffisance rénale à un stade sévère, sans avoir mis en place des précautions lors de la découverte d'une insuffisance rénale plus modérée.

L'enjeu est d'agir avant le problème sévère. Mais comment faire pour un médecin généraliste vis-à-vis de l'alcool ? Comment le généraliste peut-il faire de la prévention ? Comment agir en amont, avant de recevoir un patient alcoolo-dépendant ?

La véritable prévention serait finalement d'agir plus tôt, lorsque le patient décrit une consommation « normale ». Mais est-ce vraiment le rôle du médecin généraliste ? Ne serait-il pas considéré comme moralisateur ? Comment expliquer les risques à un patient dans une société où une consommation de vin en quantité « raisonnable » est décrite comme bénéfique pour la santé ?

Enfin, les CSAPA ont été créés pour prendre en charge les patients avec des problèmes d'addiction. Les CSAPA peuvent fonctionner seuls, ils ont déjà suffisamment de patients, et sont souvent saturés.

Quelle place reste-t-il au médecin généraliste dans ce contexte ? Le rôle n'a finalement pas, pour l'instant, été bien défini.

Pour conclure, certains éléments sont difficiles à modifier. En effet, les médecins généralistes ne peuvent se former à toutes les pathologies. Ils se heurtent à des obstacles liés à la place particulière de l'alcool dans notre société.

Néanmoins, leur volonté de bien faire laisse penser que des solutions sont possibles, notamment, au travers de la formation initiale, en intégrant des notions de philosophie pour amener l'étudiant en médecine à réfléchir sur le rôle du médecin. De plus, les médecins pourraient participer à des Groupes de Pairs®, afin de réfléchir avec des collègues sur le savoir-être indispensable en alcoologie et dans les soins en général.

Il faudrait, désormais, établir le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge des problèmes d'alcool, le définir plus clairement, avec l'aide des médecins généralistes.

Il est indispensable d'appréhender conjointement le problème collectif de santé publique et l'accompagnement de l'individu. Ces deux visions différentes de la médecine doivent s'articuler et se compléter.

La question peut être élargie à la place du médecin dans la prévention des conduites à risque, en général.

D'autres études pourraient être réalisées, en demandant aux addictologues et des généralistes comment pourrait évoluer leur rôle face aux problèmes d'alcool, quelles seraient leurs attentes en terme de formation ?

BIBLIOGRAPHIE

- (1) Chiffres de la production de vin en France, 2016 ;
<http://www.douane.gouv.fr/articles/a13274-chiffres-2016-de-la-production-de-vin-en-france>
- (2) Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. Les niveaux d'usage des drogues en France en 2014 ;
<http://ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxfbv3.pdf>
- (3) Société Française d'Alcoologie. Mésusage de l'alcool : Dépistage, diagnostic et traitement. Recommandations de bonne pratique 2014 ;
<https://www.sfalcoologie.asso.fr/download/RBP2014-SFA-Mesusage-AA.pdf>
- (4) Huas D, et al. Prévalence du risque et des maladies liées à l'alcool dans la clientèle adulte du généraliste. La Revue du Praticien- Médecine Générale : 1993 ; 203 :39-44
- (5) <https://www.stop-alcool.ch/une-substance-psychoactive/historique> ;
<https://www.alcoolassistance.net/historique-alcoolisme>
<http://hepatoweb.com/Alcoolisme-historique.php>
- (6) Jovelin E, Oreskovic. De l'alcoolisme à l'abstinence. Paris : ASH Professionnels, 2002
- (7) Institut national de la santé et de la recherche médicale (France). Alcool : dommages sociaux, abus et dépendance. Paris : Inserm, 2003.
- (8) Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Conférence de consensus : les modalités de l'accompagnement du sujet alcoolodépendant après un sevrage, 2001 [11/2016].
<https://www.sfalcoologie.asso.fr/download/Consensus2001AccompPostSevrage.pdf>
- (9) Modalités de l'accompagnement du sujet alcoolodépendant après un sevrage. Conférence de Consensus de la SFA, 2001. Revue Alcoologie et Addictologie.
- (10) La réduction des risques et des dommages liés aux conduites addictives. Rapport d'orientation et recommandations de la commission d'audition. Audition publique, 7 et 8 avril 2016. Paris

- (11) Frederic Ketterer, Linda Symons, Marie-Claire Lambrechts, Philippe Mairiaux, Lode Godderis, Lieve Peremans, Roy Remmen and Marc Vanmeerbeek
Abstract. What factors determine Belgian general practitioners' approaches to detecting and managing substance abuse? A qualitative study based on the I-Change Model, *BMC Family Practice* 2014, 15:119
- (12) Mary Alison Durand, General practice involvement in the management of alcohol misuse: dynamics and resistances, *Drug and Alcohol Dependence* 35 (1994) 181-189
- (13) Cohidon C. Prévalence des troubles de santé mentale et conséquence sur l'activité professionnelle en France dans l'enquête « Santé mentale en population générale : images et réalité ». In VS, Collection "Santé et travail", 2007, 6 p
- (14) Guerin S, Laplanche A, Dunant A, Hill C. Alcohol-attributable mortality in France. *European Journal of Public Health* 2013 ; vol.23, n°4 :588-593
- (15) Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm). Alcool et santé [12/2016]. <http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologiepsychiatrie/dossiers-d-information/alcool-et-sante>
- (16) Critères de l'usage nocif et de la dépendance à une substance psychoactive selon la CIM 10. WORLD HEALTH ORGANIZATION. International Classification of Disease (ICD-10), World Health Organization, Geneva; 1991
- (17) Manuel Diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5^e édition. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th edition. Arlington, VA : American Psychiatric Publishing ; 2013
- (18) Société Française de Médecine générale. Dictionnaire des Résultats de Consultation, téléchargeable en accès libre [12/2016]. <http://webdrc.sfmfg.org>
- (19) Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies. Les recours aux soins [11/2016] <http://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/alcool/>
- (20) Renaud M, Paille F. Les diagnostics des troubles liés à l'alcool dans les hôpitaux français : PMSI et alcool : 2015. [11/2016]
http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2015/24-25/pdf/2015_24-25_1.pdf
- (21) Palle C, Rattanatravay M. Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie, situation en 2010 et évolution entre 2005 et 2010, SaintDenis : OFDT/DGS ; 2013, 89 p

- (22) Circulaire relative aux missions des CSAPA du 14 mai 2007 [11/2016].
<http://www.federationaddiction.fr/les-textes-relatifs-aux-csapa-centres-de-soinsdaccompagnement-et-de-prevention-en-addictologie>
- (23) Marion Groppi, Stéphanie Geiger, Jean Lafortune. Parler d'alcool avec son patient en médecine générale, simple ou gênant ? *Médecine, volume 7, numéro 2, février 2011*
- (24) Benoît Japin « Analyse des nouveaux patients adressés au CSAPA du CHU de Rouen ». Thèse d'exercice de médecine sous la direction d'Alexandre Baguet, Université de Rouen
- (25) Mouquet MC, Villet H. Les risques d'alcoolisation excessive chez les patients ayant recours aux soins un jour donné. DREES Etudes et Résultats 2002 ;192 :1-11
- (26) Huas D, et al. Suivi et assiduité à un an des malades de l'alcool en médecine générale. *Rev Prat Médecine Générale* 1996 ;352 :20-3
- (27) Observatoire de la Médecine Générale [11/2016].
<http://omg.sfm.org/content/donnees/donnees.php>
- (28) Kandel O, Boishault P. Evolution sur 10 ans de la prise en charge de 3 addictions. *Observatoire de Médecine Générale* ; 2005 [11/2016]
http://omg.sfm.org/docs/news/trois_addictions.pdf
- (29) Marchal-Mangeot I. Evaluation du sevrage ambulatoire chez les patients dépendants à l'alcool. Etude quantitative et qualitative d'un échantillon de 83 patients pris en charge en médecine générale. Thèse med. Poitiers, Faculté de médecine et de pharmacie, 2011.
http://www.sfm.org/publications/les_theses/evaluation_du_sevrage_ambulatoire_chez_les_patients_dependants_a_lalcool.html
- (30) Duhot D. et al. ETUDE BASIS : Quelles sont les pratiques des médecins généralistes dans 5 pays européens concernant la prise en charge des problèmes d'alcool ? Congrès de la Médecine Générale ; 2016 ; Paris, France.
- (31) Duru, O. Kenrik, Haiyong Xu, Chi-Hong Tseng, Michelle Mirkin, Alfonso Ang, Louise Tallen, Alison A. Moore, et Susan L. Ettner. « Correlates of Alcohol-Related Discussions Between Older Adults and Their Physicians. » *Journal of the American Geriatrics Society* 58, n° 12 (1 décembre 2010)

- (32) O'Neill, G., S. Masson, L. Bewick, J. Doyle, R. McGovern, E. Stoker, H. Wright, et D. Newbury-Birch. « Can a Theoretical Framework Help to Embed Alcohol Screening and Brief Interventions in an Endoscopy Day-Unit? » *Frontline Gastroenterology* 7, n° 1 (janvier 2016)
- (33) Kaner, E. F., N. Heather, B. R. McAvoy, C. A. Lock, et E. Gilvarry. « Intervention for Excessive Alcohol Consumption in Primary Health Care: Attitudes and Practices of English General Practitioners. » *Alcohol and Alcoholism (Oxford, Oxfordshire)* 34, n° 4 (août 1999): 559-66.
- (34) Lock, Catherine A., Eileen Kaner, Sharon Lamont, et Senga Bond. « A Qualitative Study of Nurses' Attitudes and Practices Regarding Brief Alcohol Intervention in Primary Health Care. » *Journal of Advanced Nursing* 39, n° 4 (1 août 2002)
- (35) Durand, M. A. « General Practice Involvement in the Management of Alcohol Misuse: Dynamics and Resistances. » *Drug and Alcohol Dependence* 35, n° 3 (juin 1994): 181-89.
- (36) Oliva, Elizabeth M., Natalya C. Maisel, Adam J. Gordon, et Alex H. S. Harris. « Barriers to Use of Pharmacotherapy for Addiction Disorders and How to Overcome Them. » *Current Psychiatry Reports* 13, n° 5 (octobre 2011): 374-81.
- (37) Spagnolo, Primavera A., Luana Colloca, et Markus Heilig. « The Role of Expectation in the Therapeutic Outcomes of Alcohol and Drug Addiction Treatments. » *Alcohol and Alcoholism (Oxford, Oxfordshire)* 50, n° 3 (mai 2015): 282-85.
- (38) Galante, Larissa, Cynthia French, et Kirsten B. Grace. « Nursing Perspectives in Managing Patients with Substance Abuse. » In *Substance Abuse*, 229-48. Springer, New York, NY, 2015.
- (39) Vadlamudi, Raja S., Susie Adams, Beth Hogan, Tiejian Wu, et Zia Wahid. « Nurses' Attitudes, Beliefs and Confidence Levels Regarding Care for Those Who Abuse Alcohol: Impact of Educational Intervention. » *Nurse Education in Practice* 8, n° 4 (juillet 2008): 290-98.
- (40) Muench, John, Kelly Jarvis, Denna Vandersloot, Meg Hayes, Whitney Nash, Joseph Hardman, Peter Grover, et Jim Winkle. « Perceptions of Clinical Team Members Toward Implementation of SBIRT Processes. » *Alcoholism Treatment Quarterly* 33, n° 2 (3 avril 2015): 143-60.

- (41) Aalto, Mauri, Petteri Pekuri, et Kaija Seppa. « Primary Health Care Professionals' Activity in Intervening in Patients' Alcohol Drinking: A Patient Perspective. » *Drug and Alcohol Dependence* 66, n° 1 (1 mars 2002): 39-43.
- (42) Johansson, Kjell, Preben Bendtsen, et Ingemar Akerlind. « Early Intervention for Problem Drinkers: Readiness to Participate among General Practitioners and Nurses in Swedish Primary Health Care. » *Alcohol and Alcoholism (Oxford, Oxfordshire)* 37, n° 1 (février 2002): 38-42.
- (43) Tam, Chun Wah Michael, Nicholas Zwar, et Roslyn Markham. « Australian general practitioner perceptions of the detection and screening of at-risk drinking, and the role of the AUDIT-C: a qualitative study. » *BMC Family Practice* 14 (20 août 2013)
- (44) Hansen, Maja Bæksgaard, Stine Kloster, Ida Høgstvedt Danquah, Anette Søgaard Nielsen, Ulrik Becker, Tine Tjørnhøj-Thomsen, et Janne Schurmann Tolstrup. « “A welfare recipient may be drinking, but as long as he does as told – he may drink himself to death”: a qualitative analysis of project implementation barriers among Danish job consultants ». *BMC Public Health* 15 (18 mars 2015).
- (45) Wilson, Graeme B., Catherine A. Lock, Nick Heather, Paul Cassidy, Marilyn M. Christie, et Eileen F. S. Kaner. « Intervention against Excessive Alcohol Consumption in Primary Health Care: A Survey of GPs' Attitudes and Practices in England 10 Years on. » *Alcohol and Alcoholism (Oxford, Oxfordshire)* 46, n° 5 (octobre 2011): 570-77.
- (46) Johansson, K., P. Bendtsen, et I. Åkerlind. « Factors influencing GPs' decisions regarding screening for high alcohol consumption: a focus group study in Swedish primary care. » *Public Health* 119, n° 9 (1 septembre 2005): 781-88.
- (47) Aira, Marja, Jussi Kauhanen, Pekka Larivaara, et Pertti Rautio. « Factors Influencing Inquiry about Patients' Alcohol Consumption by Primary Health Care Physicians: Qualitative Semi-Structured Interview Study. » *Family Practice* 20, n° 3 (juin 2003): 270-75.
- (48) Association vie libre ; <http://www.vielibre.org/joomla3/>
- (49) Frappe P. Association française des jeunes chercheurs en médecine générale : Initiation à la recherche. Neuilly-Sur Seine ; Paris : GM Santé ; CNGE ; 2011.
- (50) Kaufmann JC. L'enquête et ses méthodes. L'entretien compréhensif. 2e édition. Paris : Armand Colin ; 2007

- (51) Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ) : a 32-item checklist for interviews and focus groups. Int J Qual Health Care. 2007 ;19(6) :349-57
- (52) Blanchet A, Gotman A. L'entretien. 2ème édition. Paris : A. Colin ; 2010
- (53) Chiffres clés de la filière du vin, La revue du vin de France,
<http://www.larvf.com/,vins-chiffre-cles-filiere-vins-economie-societe-consommation-la-revue-du-vin-de-france,4362104.asp>
- (54) Chiffres clés de la filière vin, Vin et Société <http://www.vinetsociete.fr/se-mobiliser-pour-le-vin/chiffres-clefs-de-la-filiere-vin>
- (55) Kandel O. 3 Chiffres, 1 schéma et quelques idées pour optimiser le dépistage et la prise en charge des mésusages de l'alcool. La revue du praticien – médecine générale 2002 ; Tome 16, n° 587 : 1408-1410p
- (56) Apollin'ère, Actes du Colloque, Alcool et Parcours de soins : quels enjeux ? Usage nocif avec dépendance : comment organiser la prise en charge des malades ? 16 janvier 2014, Paris
- (57) Les politiques de lutte contre les consommations nocives d'alcool. Rapport public de la cour des comptes, juin 2016.
- (58) Loi Evin n°91-32 du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme [03/2017]
- (59) Balint M. Le médecin, son malade et la maladie. Paris : Payot, 2009 : 419 p

ANNEXES

Annexe 1

CIM-10

L'utilisation nocive pour la santé et la dépendance à une substance psychoactive, dont fait partie l'alcool, sont définies par la dixième révision de la classification statistique internationale des maladies de l'OMS (CIM-10).

Il s'agit de deux diagnostics hiérarchisés, la dépendance étant considérée comme la forme la plus sévère des troubles liés à l'usage de l'alcool.

L'utilisation nocive pour la santé est un mode de consommation de l'alcool qui est préjudiciable pour la santé. Les complications peuvent-être physiques ou psychiques, mais le patient ne répond pas aux critères de la dépendance.

La dépendance est un ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques dans lequel l'utilisation d'une substance psychoactive, ici l'alcool, entraîne un désinvestissement progressif vis-à-vis des autres activités. La caractéristique essentielle du syndrome de dépendance correspond à un désir souvent puissant de boire de l'alcool. Au cours des rechutes, le syndrome de dépendance peut se réinstaller beaucoup plus rapidement qu'initialement.

Le diagnostic de certitude est retenu lorsqu'au moins trois des manifestations suivantes sont présentes en même temps au cours de la dernière année :

- Le désir puissant ou compulsif de boire de l'alcool
- Existence de difficultés à contrôler l'utilisation de l'alcool
- Syndrome de sevrage physiologique quand le sujet diminue ou arrête la consommation d'alcool
- Tolérance aux effets de l'alcool : le sujet a besoin d'une quantité plus importante d'alcool pour obtenir l'effet désiré.
- Abandon progressif des autres sources de plaisir et d'intérêt au profit de l'utilisation de l'alcool, et augmentation du temps passer à se procurer de l'alcool, en consommer ou récupérer de ses effets.
- Poursuivre de la consommation d'alcool malgré la survenue de conséquences nocives.

La CIM 10 regroupe les troubles liés à l'alcool sous le code F10 (de F10.0 à F.10.9) : Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool.

DSM-V

Le DSM-V propose, un seul diagnostic à 11 critères : *alcohol use disorder*, dont la SFA propose la traduction suivante : trouble de l'usage de l'alcool. Il existe 3 niveaux croissants de sévérité : faible s'il y a au moins 2 critères présents sur les 11, modéré (au moins 4) et sévère (au moins 6).

Les 11 critères du « trouble de l'usage d'une substance » (dont l'alcool) selon le DSM-V sont les suivants (traduction non officielle) :

- Usage récurrent d'alcool avec pour conséquence des difficultés à accomplir ses obligations professionnelles ou familiales.
- Usage récurrent d'alcool avec pour conséquences une mise en danger physique du sujet.
- Persistance de l'usage de l'alcool en dépit de problèmes sociaux ou interprofessionnels récurrents ou continus causés ou exacerbés par les effets de l'alcool.
- Tolérance, qui est définie par l'un des deux critères suivants : le besoin manifeste d'augmenter les quantités d'alcool pour obtenir un état d'intoxication ou l'effet désiré ; ou une diminution manifeste de l'effet produit en cas d'usage continu de la même quantité d'alcool.
- Signes de sevrage, définis par l'un des deux critères suivants : la présence de signes de sevrage concernant l'alcool lors de l'arrêt ou d'une forte diminution ; ou l'alcool est parfois consommé pour éviter ou stopper des signes de sevrage.
- L'alcool est consommé en plus grande quantité, ou sur une période de temps plus longue que ce qui était envisagé.
- Il existe un désir persistant ou bien des efforts infructueux du sujet pour arrêter ou contrôler sa consommation d'alcool.
- Un temps important est consacré par le sujet à des activités visant à se procurer de l'alcool, à le consommer ou à récupérer de ses effets.
- Des activités importantes sur le plan professionnel, personnel ou bien récréatif sont abandonnées au profit de la consommation d'alcool.

- L'usage d'alcool reste identique en dépit de la prise de conscience de l'existence de répercussions continues ou récurrentes des consommations, sur le plan physique ou psychologique.
- On constate la présence régulière d'un *craving*, ou envie importante ou compulsive de consommer de l'alcool.

Annexe 2 : Différents déterminants retrouvés dans les études

N°	Article	Facteurs négatifs	Facteurs positifs
1	Lock, Catherine A., Eileen Kaner, Sharon Lamont, et Senga Bond. « A Qualitative Study of Nurses' Attitudes and Practices Regarding Brief Alcohol Intervention in Primary Health Care. » <i>Journal of Advanced Nursing</i> 39, n° 4 (1 août 2002)	Patient agressif, sur la défensive Manque de formation Difficultés de reconnaissance des alcooliques Ne connaît pas bien la consommation limite Bénéfices de la consommation Plusieurs types de consommation à risque Mensonge des patients sur leur consommation Consommation sociale	Nombreuses opportunités de dépister Rôle légitime
2	Oliva, Elizabeth M., Natalya C. Maisel, Adam J. Gordon, et Alex H. S. Harris. « Barriers to Use of Pharmacotherapy for Addiction Disorders and How to Overcome Them. » <i>Current Psychiatry Reports</i> 13, n° 5 (octobre 2011): 374-81.	Manque de connaissance des possibilités thérapeutiques Manque de support institutionnel Manque de formation Mauvaise opinion sur l'efficacité du traitement, risque d'effets secondaires Difficultés de prescription (posologie, durée) Manque de confiance en le patient : mésusage	
3	Tam, Chun Wah Michael, Nicholas Zwar, et Roslyn Markham. « Australian general practitioner perceptions of the detection and screening of at-risk drinking, and the role of the AUDIT-C: a qualitative study. » <i>BMC Family Practice</i> 14 (20 août 2013)	Mensonge sur la consommation Normal de consommer socialement pour les jeunes Sujet difficile à aborder Manque de temps Volonté de garder une bonne relation Stigmatisation de l'alcoolodépendance	Bonne relation médecin patient Important à rechercher
4	Duru, O. Kenrik, Haiyong Xu, Chi-Hong Tseng, Michelle Mirkin, Alfonso Ang, Louise Tallen, Alison A. Moore, et Susan L. Ettner. « Correlates of Alcohol-Related Discussions Between Older Adults and Their Physicians. » <i>Journal of the American Geriatrics Society</i> 58, n° 12 (1 décembre 2010)	Pose moins la question chez les personnes âgées Manque de formation Sceptique sur les bénéfices des conseils Manque de temps Perception inadéquat du traitement	Recherche si effets secondaires, comorbidités
5	Karl Peltzer; Gladys Matseke ; Matevha Azwihangwisi ; Tom Babor ; Evaluation of alcohol screening and brief intervention in routine practice of primary care nurses in vhembe district,	Manque de formation Confusion entre problème d'alcool OH et problème psychiatrique Charge de travail Ne sait pas comment aider Ne pense pas que rechercher OH et intervenir conduit à une réduction significative du risque	Priorité en matière de santé Travail d'équipe Bonne ambiance dans l'équipe de PEC Croyances compatibles

	South Africa (March 4, 2008)		
6	Johansson, K., P. Bendtsen, et I. Åkerlind. « Factors influencing GPs' decisions regarding screening for high alcohol consumption: a focus group study in Swedish primary care. » <i>Public Health</i> 119, n° 9 (1 septembre 2005): 781-88.	Temps passé Ne pose pas la question chez les personnes âgées Manque de connaissance Ne pense pas à demander	Relation médecin patient
7	Aira, Marja, Jussi Kauhanen, Pekka Larivaara, et Pertti Rautio. « Factors Influencing Inquiry about Patients' Alcohol Consumption by Primary Health Care Physicians: Qualitative Semi-Structured Interview Study. » <i>Family Practice</i> 20, n° 3 (juin 2003): 270-75.	Manque de temps Difficultés d'amener le sujet Question sensible Manque d'habitude Ce n'est pas marqué sur les visages Manque de formation Déni	Si symptômes
8	Durand, M. A. « General Practice Involvement in the Management of Alcohol Misuse: Dynamics and Resistances. » <i>Drug and Alcohol Dependence</i> 35, n° 3 (juin 1994): 181-89.	Difficultés du diagnostic Manque de compétence, compétence, entraînement, formation, expertise Charge de travail importante Ne sait pas vers qui se tourner pour aide prise en charge Consommation personnelle du médecin Patient ne veulent pas tous être aidés Pas le motif de la consultation Stigmatisation / peur Manque de motivation	Conscience du rôle légitime à jouer
9	Wilson, Graeme B., Catherine A. Lock, Nick Heather, Paul Cassidy, Marilyn M. Christie, et Eileen F. S. Kaner. « Intervention against Excessive Alcohol Consumption in Primary Health Care: A Survey of GPs' Attitudes and Practices in England 10 Years on. » <i>Alcohol and Alcoholism (Oxford, Oxfordshire)</i> 46, n° 5 (octobre 2011): 570-77.	Manque de motivation dans ce travail Manque de confiance en soi Manque de satisfaction dans ce travail Manque d'entraînement Manque de temps Pas d'encouragement professionnel	Problème légitime, adéquat Soutien accessible Evidence d'un impact positif d'une intervention précoce Requête du patient
10	Vadlamudi, Raja S., Susie Adams, Beth Hogan, Tiejian Wu, et Zia Wahid. « Nurses' Attitudes, Beliefs and Confidence Levels Regarding Care for Those Who Abuse Alcohol: Impact of Educational Intervention. »	Manque de formation adéquate Attitudes – croyances inappropriées sur traitement Contraintes en terme de temps Peur de perdre des patients Difficulté de parler de consommation avec les patients Pas de couverture sociale	Une bonne formation peut retirer toutes les barrières

	<i>Nurse Education in Practice</i> 8, n° 4 (juillet 2008): 290-98.		
11	Aalto, Mauri, Petteri Pekuri, et Kaija Seppa. « Primary Health Care Professionals' Activity in Intervening in Patients' Alcohol Drinking: A Patient Perspective. » <i>Drug and Alcohol Dependence</i> 66, n° 1 (1 mars 2002): 39-43.	Attitude négative du patient si on lui parle de sa consommation	
12	Erica Cruvine ; Kimber P Richter ; Ronaldo Rocha Bastos ; Telmo Mota Ronzani ; « Screening and brief intervention for alcohol and other drug use in primary care: associations between organizational climate and practice », 2013		Bonne organisation Bon climat professionnel Bon esprit d'équipe Bonne rémunération
13	Kjell Johanssona ; Ingemar ; Preben Bendtsen, « Under what circumstances are nurses willing to engage in brief alcohol interventions? A qualitative study from primary care in Sweden », 2005	Manque d'efficacité Peur de perdre relation avec patient Prise de temps	Important de faire la prévention des problèmes d'alcool
14	Roger Zooroba ; Muktar H. Aliyub ; Carmela Hayesa ; « Fetal alcohol syndrome: knowledge and attitudes of family medicine clerkship and residency directors », 2009		Plus de questions sur la consommation d'alcool pendant grossesse
15	Kristy Barnes Le ; J. Aaron Johnson ; J. Paul Seale ; Hunter Woodall ; Denice C. Clark ; David C. Parish ; David P. Miller ; « Primary care residents lack comfort and experience with alcohol screening and brief intervention: a multi-site survey », 2015		Manque de confiance Manque de formation / entraînement Ne pense pas pouvoir aider Trop occupé
16	Robert Hock ; Mary Ann Priester ; Aidyn L. Iachini ; Teri Browne Dana DeHart ; Stephanie Clone : « A review of family engagement measures for adolescent substance use services », 2015		Croyance à propos des traitements Motivation du patient Adhérence du traitement Entourage familial présent et volontaire
17	O'Neill, G., S. Masson, L.	Manque de confiance	Motivation

	Bewick, J. Doyle, R. McGovern, E. Stoker, H. Wright, et D. Newbury-Birch. « Can a Theoretical Framework Help to Embed Alcohol Screening and Brief Interventions in an Endoscopy Day-Unit? » <i>Frontline Gastroenterology</i> 7, n° 1 (janvier 2016)		Satisfaction dans le travail Volonté de travailler avec des alcooliques Se sentir en sécurité dans son rôle Rôle adéquat, légitime Expériences Connaissances
18	Hansen, Maja Bæksgaard, Stine Kloster, Ida Høgstedt Danquah, Anette Søgaard Nielsen, Ulrik Becker, Tine Tjørnhøj-Thomsen, et Janne Schurmann Tolstrup. « “A welfare recipient may be drinking, but as long as he does as told – he may drink himself to death”: a qualitative analysis of project implementation barriers among Danish job consultants ». <i>BMC Public Health</i> 15 (18 mars 2015).	Les attitudes personnelles des consultants d'emploi à l'égard de l'alcool (ceux qui consomment ne pense pas que c'est un problème) Le problème d'alcool est lié à des problèmes sous jacents Difficulté de discuter des problèmes d'alcool et en meme temps avoir une relation de confiance, pas de bénéfice pour les chômeurs d'avouer leurs problèmes d'alcool Manque de temps et de ressource	
19	Spagnolo, Primavera A., Luana Colloca, et Markus Heilig. « The Role of Expectation in the Therapeutic Outcomes of Alcohol and Drug Addiction Treatments. » <i>Alcohol and Alcoholism (Oxford, Oxfordshire)</i> 50, n° 3 (mai 2015): 282-85.	Le manque de compliance des patients Le doute sur l'efficacité du traitement, pas de véritable traitement curatif Le fait de penser qu'il n'existe pas de traitement Penser que le traitement est incurable Avoir une mauvaise impression du traitement Temps passé	Une bonne relation de confiance Le traitement possible, maladie curable
20	Johansson, Kjell, Preben Bendtsen, et Ingemar Akerlind. « Early Intervention for Problem Drinkers: Readiness to Participate among General Practitioners and Nurses in Swedish Primary Health Care. » <i>Alcohol and Alcoholism (Oxford, Oxfordshire)</i> 37, n° 1 (février 2002): 38-42.	Manque de connaissance sur les solutions par rapport à trouver souci Coût, temps passé, ressources, énergie, plus fatigant Difficultés de changer les habitudes chez les patients ayant un problème d'alcool Réaction négatives aux questions sur les habitudes de consommations de beaucoup de patients Patients ne viennent pas chercher de l'aide s'ils savent	Récompense si réussite

		qu'on va leur poser des questions sur leur consommation d'alcool La conso est un problème personnel	
21	Kaner, E. F., N. Heather, B. R. McAvoy, C. A. Lock, et E. Gilvarry. « Intervention for Excessive Alcohol Consumption in Primary Health Care: Attitudes and Practices of English General Practitioners. » <i>Alcohol and Alcoholism (Oxford, Oxfordshire)</i> 34, n° 4 (août 1999): 559-66.	Manque de formation Trop occupés avec autres problèmes Manque de formation dans les conseils pour diminuer consommation Gouvernement n'aide pas la prévention Médecin pensent que les patients ne vont pas les écouter et changer leur comportement La consommation d'alcool implique beaucoup de facteurs, ce qui rend la prise en charge difficile Pas les matériaux appropriés Le gouvernement ne rembourse pas les médecins pour le temps passé sur la médecine préventive Médecins ne pensent pas à la prévention Difficultés de trouver les problèmes d'alcool Médecins pensent que la prévention est le problème des patient pas le leur Poser la question de la consommation d'alcool est gênant : sensation d'accusation d'être alcoolique pour patient	Bonne formation Prévention importante Une prise en charge précoce permet plus de succès Campagnes de prévention permet aux patients de se sentir plus concernés Efficacité et facilité de questions rapides Bons questionnaires
22	Fiona Maclean ; Jan Gill ; Fiona O'May ; Jenna Breckenridge : « Alcohol use amongst older adults: Knowledge and beliefs of occupational therapists working in physical health care settings »	Manque de formation Manque de temps	
23	Muench, John, Kelly Jarvis, Denna Vandersloot, Meg Hayes, Whitney Nash, Joseph Hardman, Peter Grover, et Jim Winkle. « Perceptions of Clinical Team Members Toward Implementation of SBIRT Processes. » <i>Alcoholism Treatment Quarterly</i> 33, n° 2 (3 avril 2015): 143-60.	Manque de temps, de ressources Manque d'entraînement et de connaissances ; Difficulté de parler d'alcool et de consommation Pense que les patients mentent Avoir peur des réactions négatives des patients	
24	John Muench, Kelly Jarvis,	Manque de temps, de ressources Manque d'entraînement et de	

	Denna Vandersloot, Meg Hayes, Whitney Nash, Joseph Hardman, Peter Grover, Jim Winkle : « Perceptions of Clinical Team Members Toward Implementation of SBIRT Processes », 2015	connaissances ; Difficulté de parler d'alcool et de consommation Pense que les patients mentent Avoir peur des réactions négatives des patients	
25	Galante, Larissa, Cynthia French, et Kirsten B. Grace. « Nursing Perspectives in Managing Patients with Substance Abuse. » In <i>Substance Abuse</i> , 229-48. Springer, New York, NY, 2015.	Stigmatisation Réaction négative Une attitude négative envers le patient limite la communication Croyances, valeurs personnelles, jugement, idées reçues Biais culturels et sociaux Patients avec consommation abusives sont potentiellement violents, manipulateurs et peu motivés	
26	Mauri Aalto, Petteri Pekuri ; Kaija Seppä : « Implementation of brief alcohol intervention in primary health care : do nurses' and general practitioners' attitudes, skills and knowledge change ? »		Entraînement, motivation, connaissances

Annexe 3

Association Vie Libre : créée en 1954, avec début d'action auprès de « buveurs » pathologiques.

Les points primordiaux ont été mis en avant entre 1955 et 1956 : l'action du semblable sur le semblable, la fierté d'en être sorti portant les guéris à partager leur témoignage, l'amitié entre les guéris, l'abstinence totale et la participation des abstinents volontaires. Les familles ont également été intégrées à l'association après 1956, l'association se voulant être un « mouvement familial », sans oublié la présence des isolés.

L'association s'est par la suite développée en mettant en place des actions de préventions et d'information dans les milieux scolaires, dans les milieux du travail, envers les femmes, envers les milieux médico-sociaux, envers l'opinion publique...

Son action thérapeutique commence avant les soins (prise de contact, accueil du malade et de son entourage...). C'est le malade qui décide de la forme de son traitement, conseillé par le médecin.

Pendant les soins, l'action se poursuit par une aide au malade et à sa famille, avec une aide sociale pour rétablir une situation souvent dégradée.

Après les soins, le malade participe aux permanences, accueil à son tour d'autres malades...

Annexe 4

DIAPSY 91 : c'est un dispositif créé dans le programme de lutte contre les exclusions, défini par la loi du 29 juillet 1998, renforcé par la circulaire de novembre 2005, définissant les principes d'une meilleure prise en compte des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion. C'est une équipe mobile constituée de psychiatres, de psychologues, d'infirmiers, d'assistantes sociales, qui va à la rencontre des personnes. DIAPSY 91 s'appuie sur la valorisation du travail en réseau et la multiplicité des partenaires. Le dispositif intervient à la demande des services sociaux, médicaux et associatifs.

Son objectif est de faciliter l'accès aux soins psychiatriques des personnes en situation de précarité ou d'exclusion sociale, et d'instaurer ou restaurer un lien entre les acteurs du champ psychiatrique et ceux du champ social.

Ses missions sont donc l'évaluation et l'orientation vers les structures existantes, l'information et le conseil des différents partenaires (éducateurs, assistantes sociales, curateurs...)

Annexe 5 : GUIDE D'ENTRETIEN

Bonjour, Je m'appelle ... et je suis actuellement

Je travaille avec deux collègues dans le cadre de notre thèse sur le thème de la prise en charge des problèmes d'alcool en médecine générale.

Nous rencontrons à ce sujet des médecins généralistes et des médecins de CSAPA.

Question brise glace :

- **Je m'intéresse aux patients qui boivent beaucoup. C'est compliqué, les problèmes d'alcool...**
- *+/- question sur représentations sociales : et en plus, ils ne boivent pas toujours forcément du bon vin*

Reprise d'une logique entonnoir

- Avant de m'intéresser spécifiquement à l'alcool, je souhaiterai **connaître un peu plus votre parcours** : vous avez toujours voulu faire médecine, c'est une passion pour vous ? et la médecine générale ? Comment se sont passés vos études ?
 - ➔ *Déterminer parcours, ce qu'il aime ou pas, sa vision de la relation médecin-malade, connaître patientèle, faire émerger ses difficultés éventuelles, s'il est toujours passionné ou un peu épuisé, s'il travaille seul ou plutôt en équipe*
 - ➔ *Notions de formation spécifique, rapport temps / argent*
- **Comment se passe une consultation habituellement** ? et quand c'est une première consultation ?
 - ➔ *Qu'est ce qui est important pour vous de rechercher ? (place de la prévention, comment le problème d'alcool émerge, le cherche – t- il vraiment ?)*
- **Et les patients qui boivent un peu, beaucoup, vous en avez beaucoup ?**

- **Comment ça se passe avec ce type de patient ?**
 - ➔ *Comment se passe la consultation, c'est facile ? Répondent-ils facilement ?*
 - ➔ *Consultation facile ou difficile ? Quel type de problème pose ce genre de consultation ?*
 - ➔ *Vous travaillez seul ? Avec les CSAPA ?*

Essayer de recueillir des notions sur :

- connaissances : définition de la consommation à risque, addiction..., possibilités thérapeutiques, connaissance du CSAPA et des réseaux existants.
 - Peur de perdre des patients ,
 - notion de stigmatisation
-
- **Pour vous, comment améliorer cette prise en charge ? qu'est ce qui pourrait vous aider ?**
 - **Et vous, vous consommez ?**

RESUME

Introduction : Les conséquences d'une consommation excessive d'alcool sont bien établies. Cependant, le nombre de patients pris en charge par les généralistes est inférieur au nombre de personnes concernées, malgré des recommandations mettant en avant la place du généraliste. Cette contradiction nous a interrogé et nous avons tenté de connaître la complexité du rôle du médecin généraliste dans l'accompagnement et la prise en charge des patients ayant un problème avec l'alcool.

Méthode : Nous avons réalisé une étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 11 médecins généralistes, en Ile de France. Nous avons fait une analyse inductive en s'appuyant sur une description fine des données du terrain, en essayant de comprendre les valeurs des médecins, leurs attentes, leur motivation, leur manière travailler, en essayant d'esquisser une théorie, et en s'appuyant sur la méthode proposée par la théorie ancrée.

Résultats : Le thème « alcool » est complexe, les généralistes ont du mal à donner du sens à une « prise en charge » qu'ils ne maîtrisent pas et où ils ne se sentent pas valorisés. L'abord est difficile : certains médecins l'évitent, d'autres le font de manière systématique, sous forme de routine, mais cela n'évite pas le problème. Pour eux, le suivi et la coordination sont des grandes règles, mais ils ne les utilisent pas réellement. Ils mettent en avant la « motivation » du patient, sans prendre le temps de réfléchir à leur propre motivation, leurs propres ambiguïtés. Ils ont du mal à trouver leur rôle dans un contexte où la place de l'alcool est ambiguë, avec une image à la fois positive et négative.

Conclusion : Les médecins généralistes ont un rôle mal défini dans la prise en charge et l'accompagnement des problèmes d'alcool, avec des recommandations peu adaptées à la pratique, dans un contexte où le rapport CSAPA / médecin généraliste est peu défini. Comment élaborer des recommandations apportant une aide concrète au patient, tenant compte des différents profils des médecins et de leurs différents degrés d'investissement.

Mots clés : médecine générale, alcool, alcoologie, addiction, prévention, coordination