

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2017

Thèse n°

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE (Décret du 16 janvier 2004)

Présentée et soutenue publiquement

Le 5 avril 2017 à Poitiers

Par Madame Julie GARANDEL

**Identification des facteurs qui influencent la prise en charge des patients
faisant un mésusage de l'alcool en médecine générale**

Etude qualitative par entretiens semi-dirigés

COMPOSITION DU JURY

Présidente : Madame le Professeur Christine SILVAIN

Membres :
Madame le Professeur France CAZENAVE-ROBLOT
Monsieur le Professeur Luc-Philippe CHRISTIAENS
Monsieur le Professeur associé François BIRAULT

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Olivier KANDEL

Le Doyen,

Année universitaire 2016 - 2017

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- ALLAL Joseph, thérapeutique
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CARRETIER Michel, chirurgie générale
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (**surnombre jusqu'en 08/2019**)
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HADJADJ Samy, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HERPIN Daniel, cardiologie
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (en détachement)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- MACCHI Laurent, hématologie
- MARECHAUD Richard, médecine interne
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (**surnombre jusqu'en 08/2017**)
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIENT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (**surnombre jusqu'en 08/2017**)
- SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie
- SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail
- BILAN Frédéric, génétique
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie – virologie – hygiène
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
- FEIGERLOVA Eva, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- FRASCA Denis, anesthésiologie – réanimation
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- HURET Jean-Loup, génétique
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- SAPANET Michel, médecine légale
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe
- GOMES DA CUNHA José

Maître de conférences des universités de médecine générale

- BOUSSAGEON Rémy

Professeur associé des disciplines médicales

- ROULLET Bernard, radiothérapie

Professeurs associés de médecine générale

- BIRAULT François
- VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard
- GIRARDEAU Stéphane
- GRANDCOLIN Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié
- DHAR Pujasree, maître de langue étrangère
- ELLIOTT Margaret, contractuelle enseignante

Professeurs émérites

- EUGENE Michel, physiologie (08/2019)
- GIL Roger, neurologie (08/2017)
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (08/2017)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (08/2017)
- POURRAT Olivier, médecine interne (08/2018)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2018)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONToux Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, cancérologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (ex-émérite)
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

REMERCIEMENTS

A Madame le Professeur Christine SILVAIN,

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

A Madame le Professeur CAZENAVE-ROBLOT et à Monsieur le Professeur CHRISTIAENS,

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

Au Professeur François BIRAULT,

Pour l'optimisme avec lequel tu transmets la passion du métier, et la qualité de tes précieux conseils pendant mon stage.

A Olivier KANDEL,

Pour ton soutien dans la direction de ce travail de thèse, pour ta disponibilité et ta patience. Je te remercie aussi pour tout ce que tu m'as appris, mais aussi pour ton aide au-delà du cadre professionnel. Reçoit ici toute ma gratitude et mon profond respect.

A tous les médecins ayant participé à ce travail,

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

A tous ceux qui m'ont apporté leur aide pendant l'écriture de cette thèse,

Un grand merci.

Au Docteur Gilles GABILLARD,

Pour l'excellence de ton enseignement et pour m'avoir aidé à développer mon esprit critique.

A Slimane, Amélie, Fabien, Maxime et Clémence,

Vous m'avez transmis la passion du sport et appris à toujours viser plus haut, plus loin, plus grand.

A mes amis,

Ceux de toujours et ceux rencontrés ces dernières années, que vous soyez mes voisins ou à l'autre bout d'un océan. Pour votre soutien, votre présence et votre joie de vivre à toute épreuve.

A ma future belle-famille,

Vous m'avez accueillie parmi les vôtres avec une générosité sans limite. Merci pour tout.

A ma maman et ma petite sœur,

Ma famille, petite et grande à la fois. Vous m'avez portée jusqu'ici par votre amour inconditionnel.

A Sébastien,

Que je vais épouser dans quelques semaines, ta bonté et ton amour font mon bonheur depuis huit ans, et pour toujours.

LISTE DES ABREVIATIONS

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

API : Alcoolisation Ponctuelle Importante

AUDIT : Alcohol Use Disorder Test

CCAA : Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie

CHAA : Centre d'Hygiène Alimentaire et d'Alcoologie

CIM : Classification Internationale des Maladies

CIPAT : Conseil International sur les Problèmes d'Alcoolisme et des Toxicomanies

CISP : Classification Internationale des Soins Primaires

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

CSST : Centres de Soins Spécialisés aux Toxicomanes

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées

DESC : Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires

DPC : Développement Personnel Continu

DRC : Dictionnaire des Résultats de Consultation

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

DU : Diplôme d'Université

ELSA : Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

MSU : Maître de Stage Universitaire

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Economique

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

RC : Résultats de Consultation

SFA : Société Française d'Alcoologie

SFMG : Société Française de Médecine Générale

SMPG : Santé Mentale en Population Générale

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	9
1. Généralités sur la consommation d'alcool	10
1.1 Les chiffres de la consommation d'alcool en France	10
1.2 Les différents types d'usage de l'alcool	11
1.3 Définition et classification des troubles liés à l'alcool	12
1.4 Les conséquences de la consommation d'alcool en France	18
2. Les soins en alcoologie	19
2.1 Les recours pour le traitement de l'addiction à l'alcool	20
2.2 La situation de l'alcoologie en médecine générale	22
3. Notre projet	27
MATERIEL ET METHODE	28
1. La question de recherche et les objectifs de l'étude	29
2. Type et lieu d'étude	29
3. Constitution de l'échantillon interrogé	30
4. Le recueil des données	31
5. Réalisation du guide d'entretien	32
6. Les entretiens	36
7. L'analyse des données	37
RESULTATS	39
I. ENTRETIENS AVEC LES MEDECINS GENERALISTES	40
1. Résumés des entretiens	40
1.1 Données générales	40
1.2 Résumés des entretiens et extraits de verbatim	40
2. Caractéristiques de l'échantillon	40
3. Résultats en cinq thèmes	42
4. Les réponses de prime abord	42
5. La question de la particularité du thème alcool	50
6. La question des représentations des médecins	54
7. La question de la prise en charge	58
8. La question du rôle du médecin	68
9. Eléments importants que l'on n'a pas su classer	72
10. Conclusion	72
II. ENTRETIENS DANS LE CHAMP DE L'ALCOOLOGIE	73
1. Résumés des entretiens	73
2. Caractéristiques de l'échantillon	73
3. Résultats en cinq thèmes	74
4. Les réponses de prime abord	74
5. La question de la particularité du thème alcool	81
6. La question des représentations des médecins	83

7. La question de la prise en charge	85
8. La question du rôle du médecin	95
9. Conclusion	96
III. RESULTATS DE LA TRIANGULATION	97
1. Retour aux participants	97
2. Relecture par deux autres enquêtrices	97
3. Relecture par un médecin de la SFMG	97
DISCUSSION	98
1. Discussion sur la méthode : points forts et limites	99
1.1 Le choix de l'étude qualitative	99
1.2 Le choix des entretiens semi-dirigés	99
1.3 La construction du guide d'entretien	100
1.4 Le recueil de l'échantillon	101
1.5 Le recueil des données	101
1.6 Ressenti sur le déroulé des entretiens	102
1.7 L'analyse des données	102
1.8 La recherche de la validité interne et externe	103
2. Discussion des résultats	104
2.1 Le choix des thèmes	104
2.2 Les réponses de prime abord	105
2.3 La question de la particularité du thème alcool	110
2.4 La question des représentations	111
2.5 La question de la prise en charge	113
2.6 La question du rôle du médecin	115
2.7 La question de l'argent.....	116
3. Quelques pistes	117
CONCLUSION	119
BIBLIOGRAPHIE	122
ANNEXES	130
RESUME	146

INTRODUCTION

INTRODUCTION

1. Généralités sur la consommation d'alcool

La consommation de boissons alcoolisées est fortement ancrée dans les pratiques culturelles, économiques et sociales françaises, ce qui en fait un sujet sensible.

Selon le Rapport « Roques » publié en 1999, les classifications pharmacologiques font apparaître l'alcool parmi les substances psychoactives les plus nocives en termes de dommages physiques, sociaux, et de dépendance (1).

1.1. Les chiffres de la consommation d'alcool en France

En 2014, d'après les résultats du baromètre santé de l'Institut National de Prévention et d'Education en Santé (INPES) (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.

Les consommateurs de tabac sont plus nombreux (13,3 millions d'usagers quotidiens) mais l'expérimentation d'alcool (au moins un usage au cours de la vie) est plus élevée avec 46,9 millions d'expérimentateurs contre 38,2 millions pour le tabac.

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% consomment de l'alcool au moins une fois par semaine, et 10% déclarent en consommer quotidiennement.

La boisson alcoolisée la plus fréquemment consommée est le vin et sa consommation augmente avec l'âge. 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 (3). Les résultats sont variables d'une étude à l'autre. Toujours selon le résultat du baromètre santé 2014, le questionnaire de repérage AUDIT (Alcohol Use Disorders Test)

permet de dire que 9% des personnes interrogées (15% des hommes et 3% des femmes) peuvent être considérées comme à risque chronique (4).

1.2. Les différents types d'usage de l'alcool

On distingue 5 catégories d'usages de l'alcool selon la Société Française d'Alcoologie (SFA) (5) (Figure n°1) :



Figure n°1 : Les différents modes de consommation d'alcool

L'abstinence est définie par l'absence de consommation de toute boisson alcoolisée. Elle peut être primaire quand il s'agit d'un non-usage initial (enfants, pré-adolescents.) ou d'un choix durable, voire définitif (préférences personnelles et/ou culturelles chez l'adulte). Elle est secondaire quand elle survient après une période de mésusage. Selon le dernier rapport de l'Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies (OFDT) en 2014, l'abstinence n'est pas rare, puisque 13% des 18-75 ans ont déclaré ne pas avoir consommé d'alcool dans l'année (2).

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 : Il correspond à une 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.

Les valeurs seuils du risque retenues par l'OMS pour l'alcoolisation chronique et l'intoxication alcoolique aigue, reprises par la SFA, sont classées en deux groupes :

- L'usage à risque : 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.
- L'intoxication alcoolique aigue 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.

Parmi les consommations à risque, la consommation sous forme d'Alcoolisation Ponctuelle Importante (API), plus connue dans son expression anglaise « binge drinking », est généralement définie par la consommation de cinq verres ou plus pour les hommes et de quatre verres ou plus pour les femmes, soit 50 ou 40 g d'alcool pur, sur une durée brève.

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.

On distingue l'alcoolodépendance psychique et l'alcoolodépendance physique.

L'alcoolodépendance psychique est une maladie psycho-comportementale. Elle est constante, multifactorielle et concerne tous les malades alcoolodépendants. L'alcoolodépendance physique est inconstante et concerne environ la moitié des patients alcoolodépendants. Elle se traduit 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 (6).

1.3. Définition et classification des troubles liés à l'alcool

Les troubles liés à l'usage de l'alcool (usage nocif , dépendance) sont décrits dans la Classification Internationale des Maladies (CIM) , qui est la classification de référence, mais aussi dans le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) qui est un outil développé en complément de la CIM par les psychiatres. Ces deux outils ne sont pas simples d'utilisation en consultation de médecine générale. Dans ce contexte, en France, 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 279 cas cliniques qu'un médecin généraliste rencontre en moyenne au moins une fois par an (7). Ce dictionnaire est mis à jour annuellement et permet une correspondance avec la CIM 10.

1.3.1 La CIM

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) (8).

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.

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 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 passé à se procurer de l'alcool, en consommer ou récupérer de ses effets
- Poursuite de la consommation d'alcool malgré la survenue de conséquences nocives.

1.3.2 Le DSM

Parralèlement, le DSM-IV-TR, inclut tous les troubles reconnus de la santé mentale, actuellement. Il propose également une définition de l'abus et de la dépendance à l'alcool. Son contenu est légèrement différent de celui de la CIM (9).

Les critères d'abus d'une substance, dont l'alcool sont :

A. Un mode d'utilisation inadéquat de l'alcool conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significatives, caractérisées par la présence d'au moins une des manifestations suivantes au cours d'une période de 12 mois :

- La consommation répétée d'alcool conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison
- La consommation répétée d'alcool dans des situations où cela peut être physiquement dangereux
- La présence de problèmes judiciaires répétés liés à la consommation d'alcool.
- La consommation d'alcool malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par des effets de l'alcool.

B. Les symptômes n'ont jamais atteint les critères de la dépendance à l'alcool.

Comme pour la CIM, il y a deux niveaux de sévérité, la dépendance étant considérée comme le niveau maximal.

La dépendance à l'alcool est dans le DSM-IV, un mode d'utilisation inadapté de cette substance, conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance, cliniquement significative, caractérisé par la présence de trois ou plus des manifestations suivantes, à un moment quelconque d'une période continue d'un an :

- La substance « alcool » est consommée en quantité plus importante ou plus longtemps que prévu
- Incapacité de diminuer ou contrôler la consommation malgré un désir persistant d'arrêter
- Apparition d'un sevrage à l'arrêt de la consommation ou consommation d'autres substances pour éviter un syndrome de sevrage

- Existence d'une tolérance aux effets de la substance : à dose constante, l'effet de la substance diminue, ou besoin de doses plus fortes pour obtenir le même effet qu'auparavant
- Beaucoup de temps passé à se procurer la substance, à la consommer ou à se remettre de ses effets
- Réduction ou abandon d'activités sociales, professionnelles ou de loisirs au profit de l'utilisation de la substance
- Persistance de la consommation malgré des conséquences néfastes psychiques ou physiques évidentes.

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). (10).

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 conséquences 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

1.3.3 Le DRC

Le Résultat de consultation (RC) correspondant dans le DRC est « TROUBLE LIÉ A L'ALCOOL » (Tableau n°I). Il permet de relever toutes les situations où l'abus de boissons alcoolisées entraîne un trouble somatique, psychique, familial ou social. Cette définition ne recouvre donc pas uniquement le tableau classique de l'alcoolique chronique. Il renvoie aux notions de : « usage à risque », « usage nocif » et « alcoolodépendance ».

Tableau I : La définition de « Trouble lié à l'alcool » dans le DRC

++++ PLAINTES OU TROUBLES LIÉS À UNE CONSOMMATION ANORMALE DE BOISSON ALCOOLISÉE ++1 BUVEUR EXCESSIF SANS DÉPENDANCE (h > 28 verres par semaine, f >14) ++1 DÉPENDANCE PSYCHOLOGIQUE (désir irrépressible de boire dans certaines situations) ++1 DÉPENDANCE PHYSIQUE (incapacité d'arrêter de boire plus de 3 jours) + - découverte fortuite (biologie, HTA, fatigue...) + - déni malgré des troubles évidents (peur, honte...) + - poursuite de l'alcoolisation ou refus de changement immédiat + - ré alcoolisation (rechute) <u>Correspondance CIM10</u> 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 <u>Correspondance CISP</u> P15 : Alcoolisme chronique P 16 : Alcoolisation aiguë
--

Le critère obligatoire de la définition est une plainte ou un trouble, liés à une consommation anormale de boisson alcoolisée.

Les critères d'inclusion permettent de classer le cas en fonction du type d'alcoolisation (au moins un des trois critères suivants doit être relevé) :

- Buveur excessif : pour des consommations au moins égales à 28 verres d'alcool par semaine pour les hommes et 14 pour les femmes. Il n'y a pas encore de dépendance au produit, mais le médecin informe le patient des risques à venir.
- Dépendance psychologique : l'alcool prend une place importante dans la vie du patient. Il y a recours pour faire la fête, pour se stimuler, pour se détendre, pour diminuer ses angoisses... Mais il n'y a pas forcément de dépendance organique au produit, sinon le critère suivant sera relevé simultanément.
- Dépendance physique : c'est le cas de l'alcoolique dit chronique. Il ne peut se passer de boire de l'alcool, sinon il présente des signes de manque (de sevrage).

La définition du RC « TROUBLE LIE A L'ALCOOL » comprend également des compléments sémiologiques :

- Dénier du problème : s'il existe des signes évidents de difficultés liées à l'alcool, malgré la négation du patient. Il peut s'agir d'un mensonge, d'une anosognosie mais surtout de honte, de peur de changer...
- Poursuite de l'alcoolisation : permet de tenir compte du patient qui refuse des soins mais aussi de celui qui, tout en poursuivant à consommer, chemine progressivement vers le changement
- Ré alcoolisation, rechute : on substitue au critère habituel de récurrence, rechute et ré alcoolisation, plus usités en alcoologie
- Découverte fortuite (hypertension artérielle, examen biologique, asthénie...)

La correspondance CIM10 est faite automatiquement par l'informatique après avoir sélectionné le RC (Tableau n° I).

Il existe également depuis 2015 une correspondance avec la CISP : Classification Internationale des Soins Primaires (Tableau n°I).

1.4 Les conséquences de la consommation d'alcool en France

Les données les plus récentes concernant la mortalité totale par an liée à l'alcool rapportent en France en 2009 un nombre de 49 000 décès tous âges confondus, 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) (11).

La consommation d'alcool quotidienne en France est en baisse régulière depuis plusieurs décennies et passe de 11% à 9,7% des 15-75 ans entre 2010 et 2014 (12). Cependant les données les plus récentes de l'Office Français des Drogues et Toxicomanies (OFDT) montrent que la consommation d'alcool en France reste nettement supérieure à la moyenne des pays européens membres de l'OCDE.

La consommation chronique d'alcool est responsable de nombreuses conséquences médicales, mais aussi psychologiques et sociales.

Sur le plan médical, consommer de l'alcool expose à de multiples risques pour la santé, qui dépendent des quantités absorbées. Certaines de ces maladies sont exclusivement attribuables à l'alcool, notamment la cirrhose alcoolique ou certaines atteintes neurologiques comme le syndrome de Korsakoff. Pour d'autres pathologies notamment néoplasiques (voies aérodigestives supérieures, foie, colon, rectum, sein) l'alcool constitue un facteur de risque. C'est aussi le cas pour certains troubles cardiovasculaires comme les cardiopathies ischémiques et l'hypertension artérielle. La pancréatite chronique est liée en France à un usage nocif de l'alcool dans 9 cas sur 10 (6). L'alcool est également un neurotoxique, qu'il soit consommé de façon ponctuelle ou chronique. L'apparition de lésions et de maladies (neuropathies périphériques, encéphalopathies, troubles cognitifs) peuvent être la conséquence de l'alcoolisation mais aussi du sevrage. De plus, la consommation d'alcool chronique est souvent liée à la dépression (13).

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. En cas d'infection par le virus de l'hépatite B et C, la consommation d'alcool accroît de plus le risque de cirrhoses. 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% (14).

Selon l'Académie de médecine en 2016, en France, le syndrome d'alcoolisation fœtale concerne au moins 1% des naissances, soit environ 8 000 nouveau-nés par an. Cela implique que près de 500 000 français ont des séquelles à des degrés divers (15).

L'alcool est aussi directement impliqué dans les traumatismes liés aux accidents de la voie publique, mais aussi à des accidents du travail ou domestiques (5).

Sur le plan social, il s'agit le plus souvent d'infractions à la loi et de la précarité induite par la consommation chronique d'alcool.

2. Les soins en alcoologie

La prise en charge de la dépendance à l'alcool est historiquement bien antérieure à celle des autres addictions comme la toxicomanie ou dernièrement le tabagisme.

Le regard de la société et des soignants a évolué au cours du 20^{ème} siècle pour aller d'une conception type vice, jusqu'à la notion de comportement (Figure n°2).

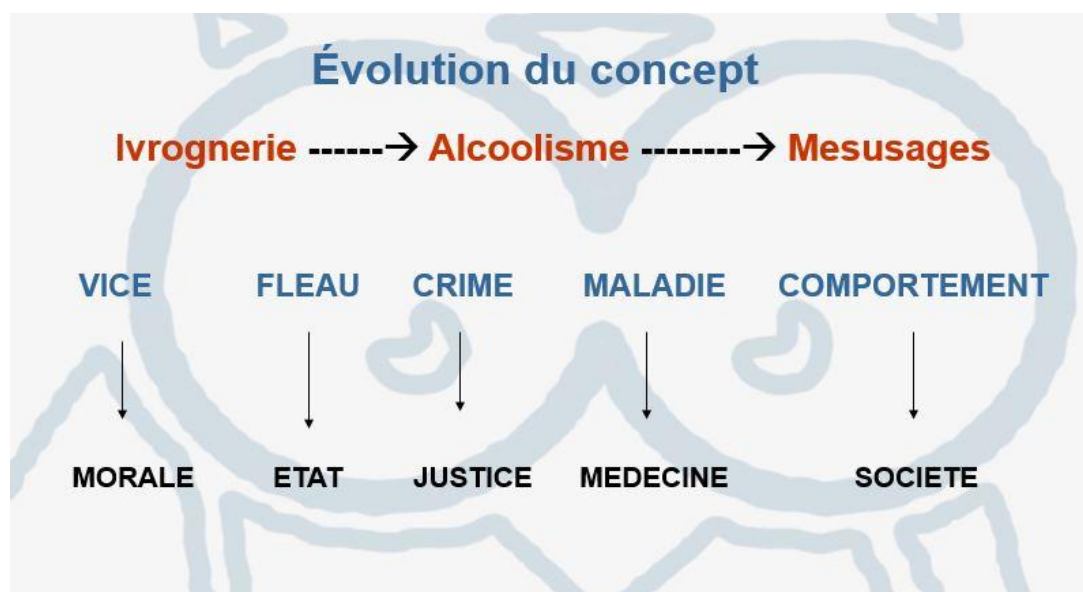


Figure n°2 : Evolution du regard porté sur l'alcoolisme au cours du 20ème siècle

Ces évolutions conceptuelles ont jalonné la manière de prendre en charge les patients. Les médecins, mais aussi les associations de patients ont largement contribué à ce mouvement.

2.1. Les recours pour le traitement de l'addiction à l'alcool

Les patients en difficulté avec leur consommation d'alcool peuvent s'adresser (16) :

- 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 Programmes de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) 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 journées 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 (17). Ces chiffres ne prennent pas en compte le nombre de patients vus par les Equipes de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA) et dans les consultations hospitalières en addictologie, rendant donc ces données incomplètes. Les ELSA ont été créées en 2000. Ces 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), se déplacent au sein des services hospitaliers pour évaluer les patients ayant des problèmes d'addiction, initier un traitement le cas échéant, et les orienter vers une prise en charge adaptée à la sortie de l'hôpital (16).

2.1.1 Le CSAPA, une structure originale

Les Centres de Soins, d'Accompagnement, et de Prévention en Addictologie 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), 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 (18).

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 (19). Ils assurent notamment l'accueil, l'information, l'évaluation médicale, psychologique et sociale et l'orientation de la personne faisant un mésusage d'une substance psychoactive ou de son entourage. Les prestations sont principalement ambulatoires. Ils peuvent mettre en place des consultations de proximité en vue d'assurer le repérage précoce des usages nocifs. La prise en charge est médicale, psychologique, sociale et éducative. Elle comprend le diagnostic, les prestations de soins, 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, dont les traitements de substitution aux opiacés. Les soins y sont gratuits.

A Poitiers, les patients sont pris en charge au CSAPA, dit localement CIPAT, par un accompagnant psycho-social et si besoin par un médecin. Certains accompagnants se déplacent dans le département sur un territoire précis pour aller à la rencontre des patients notamment en zones rurales.

2.1.2 La place centrale du médecin généraliste

Le médecin généraliste a un rôle particulier dans la prise en charge des patients ayant un problème avec l'alcool, du fait de sa position de médecin de premier recours dans le système de soins. Il coordonne les soins autour du patient, et est aussi le référent de leur entourage (5).

De ce fait, le médecin généraliste a l'opportunité d'évoquer avec ses patients leur consommation d'alcool et de repérer ceux à risque ou nécessitant des soins particuliers.

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 alcoolodépendant après un sevrage, le médecin généraliste est défini comme le pivot de la prise en charge. Il a une place primordiale 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 » (20). En 2014, les recommandations de la

SFA confirment la place centrale du médecin généraliste et 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 (5).

2.2. La situation de l'alcoologie en médecine générale

Outre les effets psychologiques et sociaux, la dépendance à l'alcool nécessite une prise en charge la plus précoce possible, afin d'en éviter les multiples complications de santé.

2.2.1 La recommandation de la SFA en 2014

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 (21). En 2014, la SFA a revu ces recommandations de bonnes pratiques concernant le mésusage de l'alcool (5). De cette recommandation ressortent plusieurs messages clés concernant la pratique des médecins généralistes.

Pour les personnes dépendantes, l'objectif thérapeutique peut être l'arrêt ou la réduction de la consommation d'alcool, même si l'abstinence reste l'objectif le plus sûr pour les patients dépendants. L'objectif thérapeutique est fixé en accord avec les préférences du patient, ce qui a montré une efficacité supérieure en termes de résultats. 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 du patient 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.

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.

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

2.2.2 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'alcoolodépendance concernait 12,8 % des hommes et 2,2% des femmes (22). En 2000, une enquête réalisée par l'ensemble des Observatoires Régionaux de Santé mesurait cette même prévalence totale à 18,2%, dont 5% d'alcoolodépendants, confirmant ainsi les résultats de l'étude ENGAM (23).

Les patients faisant un mésusage de l'alcool consultent plus souvent que les autres patients, en particulier les alcoolodépendants. Pour ces derniers, selon Huas, 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 (24).

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 standardisé : 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 (25).

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 (Tableau n° II).

Tableau II : Résultat de consultation « TROUBLE LIE A L'ALCOOL » par patient et par an

	Moyenne	Bornes interquartile (Q25 - Médiane - Q75)
Patients	19,2	6 - 13 - 22
Actes	58,7	13 - 28 - 64

Les patients pris en charge pour un problème d'alcool le sont essentiellement entre 40 et 60 ans. Ils sont très majoritairement des hommes (Figure n°3).

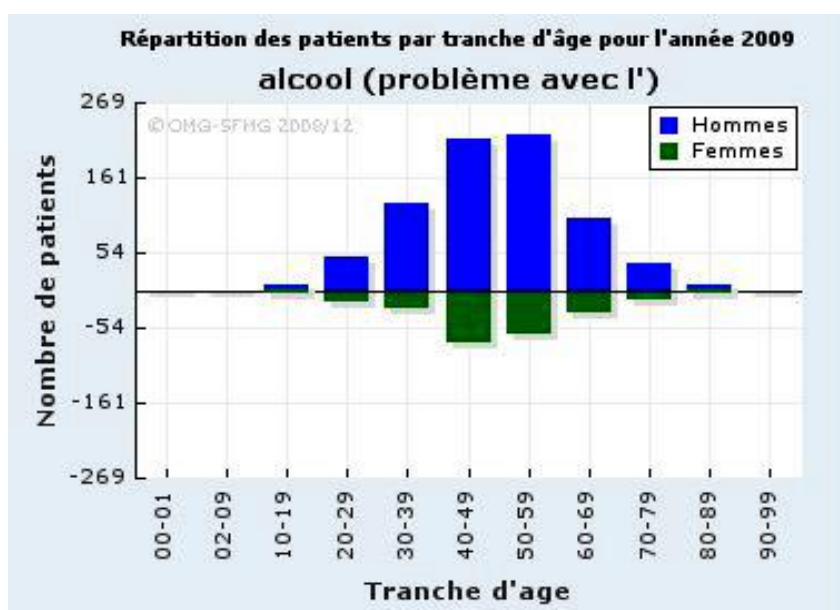


Figure n°3 : Répartition par tranches d'âge et par genre du RC « TROUBLE LIE A L'ALCOOL »

L'évolution de la prévalence de ces troubles sur les 15 années d'observation (1995 à 2009), montre une grande stabilité entre 1 et 1,5%. (Figure n°4)

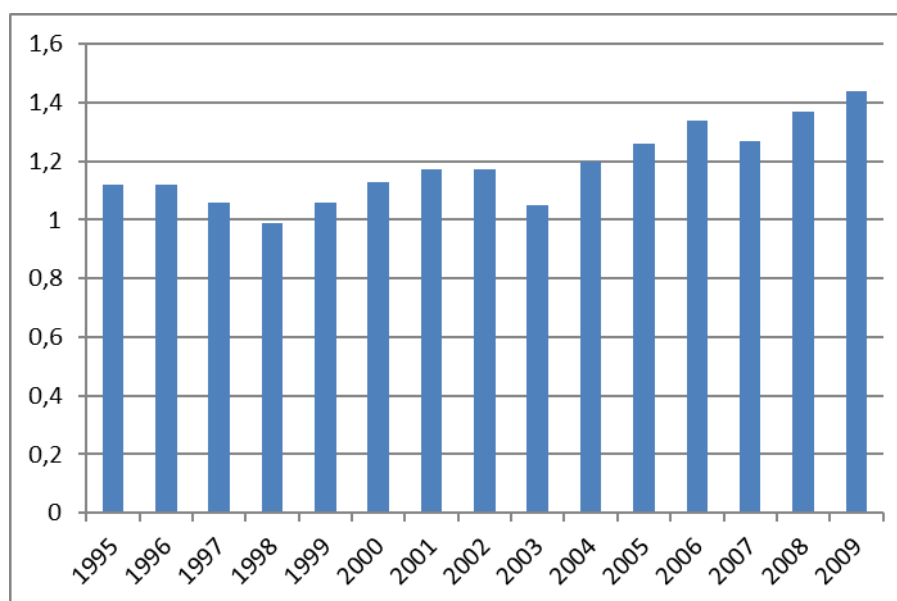


Figure n°4 : Evolution annuelle des cas de « l'alcoolisme » sur 15 ans

Les problèmes d'alcool pris en charge ne figurent pas dans les 50 troubles les plus fréquents en médecine générale. On les retrouve en 31^{ème} position des Résultats de consultation, pour l'ensemble des hommes. Dans la tranche d'âge des 40 à 50 ans, ils remontent à la 13^{ème} et en 14^{ème} position, pour les 50 à 60 ans (Tableau n°III).

Tableau III : Classements des 15 RC les plus fréquents, sur une année

Les 15 RC les plus fréquents pour les 40-50 ans			Les 15 RC les plus fréquents pour les 50-60 ans		
		% patients			% patients
1	EX SYSTEMATIQUES ET PREVENTION	19.63	1	HTA	24.82
2	ETAT FEBRILE	13.24	2	EX SYSTEMATIQUES ET PREVENTION	22.51
3	HTA	11.95	3	HYPERLIPIDEMIE	20.35
4	LOMBALGIE	11.34	4	LOMBALGIE	12.03
5	TABAGISME	9.98	5	ETAT FEBRILE	11.35
6	ETAT MORBIDE AFEBRILE	9.63	6	ETAT MORBIDE AFEBRILE	8.92
7	RHINOPHARYNGITE - RHUME	9.00	7	RHINOPHARYNGITE-RHUME	8.63
8	HYPERLIPIDÉMIE	8.98	8	TABAGISME	8.02
9	VACCINATION	6.49	9	ARTHROPATHIE-PERIARTHROPATHIE	7.83
10	ARTHROPATHIE-PERIARTHROPATHIE	6.02	10	VACCINATION	7.73
11	DOULEUR NON CARACTERISTIQUE	5.98	11	DIABETE DE TYPE 2	7.68
12	PROCEDURE ADMINISTRATIVE	5.46	12	DOULEUR NON CARACTERISTIQUE	6.88
13	ALCOOL (PROBLÈME AVEC L')	5.27	13	ANOMALIE BIOLOGIQUE SANGUINE	5.88
14	REACTION A SITUATION EPROUVANTE	5.10	14	ALCOOL (PROBLEME AVEC L')	5.44
15	RHINITE	4.44	15	REFLUX-PYROSIS-OESOPHAGITE	5.03

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°5). (26)

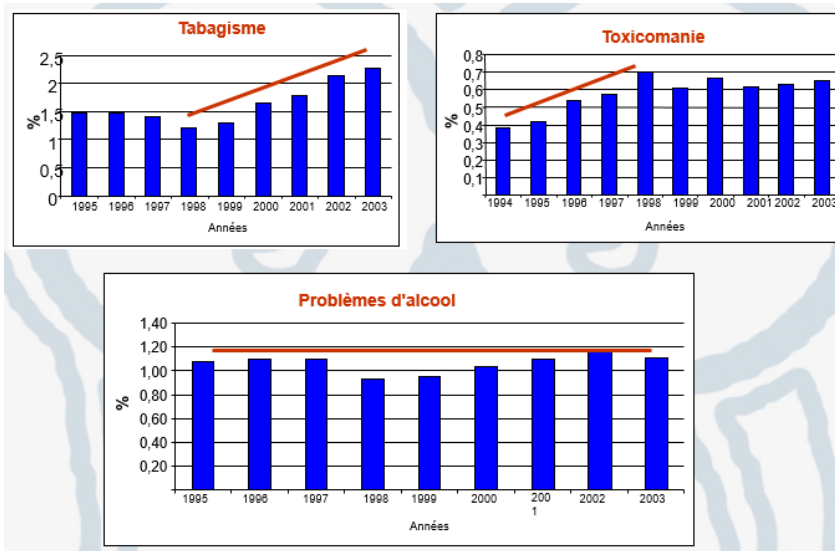


Figure n°5 : Evolution annuelle de la prise en charge des 3 addictions

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. Cependant, dans la tranche d'âge des 40 à 60 ans, la problématique « alcool » fait partie des quinze troubles les plus pris en charge par les généralistes français.

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 on peut envisager 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 » (27).

3. Notre 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'alcoologie 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 (28).

Dans le prolongement de cette étude quantitative européenne, la 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.

Il s'agissait 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 ?

MATERIEL & METHODE

MATERIEL ET METHODE

1. La question de recherche et les objectifs de l'étude

Notre travail s'est attaché à 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 ?

Afin de répondre à cette question et de construire une méthode de travail, nous avons défini deux objectifs :

- Identifier 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.
- Tenter de formaliser des éléments concrets pouvant aider les médecins généralistes à optimiser l'abord de la consommation d'alcool et la prise en charge ambulatoire des patients en difficulté.

2. Type et lieu d'étude

Pour répondre à nos objectifs, nous avons choisi de réaliser une étude qualitative par l'analyse d'entretiens semi-structurés auprès de médecins généralistes et d'alcoologues.

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. Ces deux médecins ont une expérience scientifique et pratique en alcoologie. L'un 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 axes. Un dans la Vienne qui correspond à notre travail et deux en région parisienne réalisés par deux internes en médecine générale. En Ile de France, une des étudiantes réalise des entretiens avec uniquement des médecins généralistes, quand l'autre interroge des médecins de CSAPA. Dans la Vienne, nous avons interrogé des médecins généralistes et des médecins de CSAPA. En diversifiant géographiquement les lieux d'étude (zone

urbaine, semi-urbaine et rurale), nous voulions voir s'il n'existerait pas des déterminants liés au lieu et au mode d'exercice des médecins.

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 :

- *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 (29).

- *L'enquête et ses méthodes : L'entretien compréhensif* de Jean-Claude Kaufmann, 2e édition, édité en 2007. Ce livre présente les différentes étapes permettant de mener à bien un entretien compréhensif et d'élaborer un cadre d'interprétation (30).

3. Constitution de l'échantillon interrogé

Nous avons recruté un échantillon de médecins généralistes installés en cabinet de médecine générale dans la Vienne, ainsi que des alcoologues exerçant en Poitou-Charentes, principalement en CSAPA.

Le recrutement des médecins généralistes a d'abord été réalisé par la méthode appelée échantillonnage en boule de neige (Snow Ball sampling) (29). Cette méthode consiste à demander à un premier participant de désigner d'autres participants potentiels et ainsi de suite (31). Le premier participant a été proposé à l'enquêtrice par le directeur de recherche.

Les informations fournies, par oral au téléphone auprès du médecin ou de 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 de 30 minutes, enregistrement audio, garantie de l'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 dû être abandonnée devant les difficultés à entrer en contact avec les médecins retenus (une seule réponse positive), malgré deux relances téléphoniques pour chacun, à une semaine d'intervalle. Certains ont également refusé de participer. Le recrutement a été poursuivi par un échantillonnage en

variation maximale, pertinent car notre étude s'intéressait à la diversité des perceptions et des comportements chez les médecins participants (29). Par une discussion préalable avec le directeur de recherche, des variables susceptibles d'influencer les résultats ont été identifiées : sexe, âge, années d'expérience, lieu d'exercice et mode d'exercice. Une discrétisation de ces variables en classes pertinentes a été réalisée. Pour l'âge : de 30 à 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 pluridisciplinaire. Pour la durée d'installation : 0-10 ans, 11-20 ans, et plus de 20 ans.

Le recrutement s'est poursuivi dans chaque classe de chaque variable identifiée en fonction des médecins connus de l'enquêtrice, principalement des cabinets médicaux où des remplacements avaient été effectués ou des maîtres de stage universitaires désignés par son entourage. Nous avons essayé d'avoir des participants pour toutes les classes, 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.

Le nombre de participants a été déterminé par le phénomène de saturation des données (29), (32). Les entretiens ont été arrêtés lorsqu'aucune nouvelle donnée n'émergeait après deux entretiens consécutifs.

Concernant les alcoologues, les participants ont été désignés à l'enquêtrice par le directeur de recherche, dans trois départements de la région. Ils ont été contactés par téléphone. Les mêmes informations préalables que celles délivrées aux médecins généralistes leur étaient fournies, auxquelles se rajoutait une demande de témoignage de leur part en tant qu'expert. Le lieu et la date de l'entretien étaient fixés par eux-mêmes.

4. Le recueil des données

Nous avons choisi de réaliser des entretiens semi-structurés. Ces entretiens ont eu lieu en face à face avec chacun des participants.

Les entretiens suivaient un guide qui a été réalisé avant de débiter l'enquête, mais qui restait souple et évolutif (30). La grille comprenait des questions ouvertes. Ce canevas d'entretien reprenait les thèmes à aborder, afin d'avoir une idée des causes

et logiques guidant le comportement des médecins vis-à-vis de la consommation et la prise en charge des patients ayant un problème avec l'alcool.

5. Réalisation du guide d'entretien

La réalisation du guide d'entretien s'est déroulée en plusieurs étapes. Nous avons dans un premier temps réalisé une revue de la littérature afin de relever les éléments identifiés par des études antérieures.

5.1 La recherche bibliographique

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'article 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 facteurs 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
- Les représentations du patient et du médecin vis-à-vis de cette pathologie et de sa prise en charge (dont le déni)
- L'importance de la relation médecin patient
- Un problème d'organisation du système de santé, ne valorisant pas cette prise en charge
- La place de l'alcool dans la société et sa culture

Ces facteurs positifs et négatifs (freins) ont été consignés dans un tableau Excel qui nous a servi à réaliser le guide d'entretien.

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

La deuxième étape a consisté à s'appuyer sur des experts avant de nous lancer dans la rédaction du guide d'entretien, un sociologue, un psychiatre alcoologue

exerçant en structure spécialisée, un médecin généraliste directeur du conseil scientifique de la SFMG et un patient ancien alcoolodépendant.

Nous avons rencontré à deux reprises, en septembre 2015, un sociologue qui est aussi médecin généraliste et maître de conférences, enseignant-chercheur à l'Université catholique de Lille. Ces réunions ont permis de préciser la méthode de l'étude qualitative, de s'informer sur les méthodes d'analyse et de validation, ainsi que la manière de formuler les questions pour le guide d'entretien.

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

- Comment ça se passe 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 ?
- Quels sont vos représentations du patient éthylique ?
- Quels sont les compétences nécessaires / vos compétences sur le sujet ?

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

Il a été par ailleurs décidé de nous tourner vers une expertise en alcoologie avant de finaliser le guide d'entretien.

Nous avons donc par la suite effectué trois pré-entretiens. Ces experts étaient proposés par le directeur de thèse. Ils ont tous les trois répondu favorablement à notre sollicitation.

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 travail. Ces entretiens ont été enregistrés avec un dictaphone puis retranscrits sur Word®.

Nous avons rencontré un psychiatre addictologue exerçant en CSAPA et à l'hôpital, depuis 30 ans, en Charente-Maritime. Nous lui avons exposé les facteurs favorisant et freinateurs de la prise en charge des patients en difficulté avec l'alcool, que nous

avons tirés de la bibliographie, ainsi qu'une ébauche des questions pour l'enquête. Il nous a proposé des pistes :

« 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 ? »... Ceci afin de nous donner une idée générale des entraves des médecins.

« 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.

« 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.

« 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.

« Quelle est votre vision de la place du médecin généraliste dans la prise en charge des problèmes d'alcool ? ». C'est une question ouverte mais les réponses étaient un peu prévisibles.

Nous avons également discuté des 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.

Un autre expert, 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.

Il proposait une analyse de pratique 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.

Il nous a paru important de recueillir l'avis d'un patient pour ne pas ignorer des points de vue possiblement différents.

Nous avons rencontré un adhérent de l'association "Vie Libre", ancien patient dépendant à l'alcool. Il a mis en avant le fait que les médecins étaient trop peu formés et manquaient de connaissances sur la prise en charge des problèmes d'alcool. Il pensait également qu'il manquait de centres de cure et de postcure. Il a insisté sur la motivation du patient, sans laquelle le risque d'échec est plus important. Selon lui, la question devrait 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. Et que, dans ce cadre, il était nécessaire que les généralistes soient le mieux formés possible.

Suite à ces pré-entretiens, nous avons organisé une nouvelle réunion en visioconférence avec le sociologue, qui nous a apporté son aide pour la construction de notre guide d'entretien.

5.3 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 son test de lisibilité.

Le guide d'entretien destiné aux médecins généralistes 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 (29,30). Puis une logique en entonnoir était reprise pour se centrer sur le sujet. Le but était de recueillir les pratiques propres de chaque médecin (33). Nous avons interrogé les médecins sur leur parcours professionnel afin de mieux les connaître et tenter de cerner leur type de pratique. Les questions

suivantes permettaient de répondre aux objectifs de notre étude. Des techniques de relance pouvaient être utilisées. Le but était de reconstituer des pratiques et d'éviter de recueillir des réponses stéréotypées. Nous avons veillé à ce que le guide d'entretien ne soit pas trop directif.

Une première version du guide a été utilisée pour les deux premiers entretiens et les résultats de ceux-ci ont été intégrés à la recherche.

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 n°1).

La grille d'entretien pour les médecins alcoologues a été légèrement modifiée afin de rester pertinente (Annexe n°2).

Dans le but de recueillir d'autres opinions, nous avons également rencontré un accompagnant psychosocial en alcoologie, ainsi qu'un deuxième patient anciennement dépendant à l'alcool, adhérent à une autre association.

Pour l'entretien avec ces derniers, nous avons énoncé le thème de notre travail et notre question de recherche. A partir de ces éléments, ils se sont exprimés librement sur ce que cela leur évoquait. Nous avons exposé les freins et éléments facilitateurs que nous avons retrouvé dans la littérature afin qu'ils les commentent. Enfin, nous leur avons demandé ce qui, à leur avis, pourrait aider les médecins généralistes à s'améliorer.

6. Les entretiens

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 (29), (30). 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.

Hors enregistrement, l'enquêtrice a 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...).

Certaines de ces données ont été modifiées afin de ne pas nuire à l'anonymat des médecins participants.

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 (32).

Les verbatim ont été renommés d'E1 à E12 en fonction de l'ordre chronologique de réalisation des entretiens pour les médecins généralistes, et d'E13 à E18 pour ceux dans le champ de l'alcoologie.

Les verbatim ont tous été soumis aux médecins interviewés pour relecture, afin d'en garantir l'objectivité. Ils leur ont été transmis par e-mail.

7.1 La méthode d'analyse

Le verbatim a été lu à plusieurs reprises afin 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 eu lieu pendant l'étude afin d'améliorer sa pertinence.

Le verbatim porteur de sens a été identifié, en s'intéressant notamment 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.

7.2 La triangulation

Un codage ouvert de chaque verbatim a été réalisé également par une deuxième enquêtrice qui travaille sur le même sujet en île de France. Ce double codage a permis la triangulation de l'analyse.

Une analyse et une relecture régulière des données par le directeur de thèse et le médecin responsable de l'ensemble de l'étude à la SFMG ont également été réalisées.

7.3 Eléments 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. Enfin notre méthode et ses détails ont été soumis au Comité d'éthique scientifique de la SFMG.

RESULTATS

RESULTATS

I. ENTRETIENS AVEC LES MEDECINS GENERALISTES

1. Résumés des entretiens

1.1 Données générales

Nous avons réalisé 12 entretiens individuels de médecins généralistes. Le recueil de données s'est déroulé entre le 3 mars et le 16 juin 2016 dans le département de la Vienne.

La durée moyenne des entretiens était de 28,4 minutes, allant de 20 à 40 minutes.

1.2 Résumés des entretiens et extraits de verbatim

Une " fiche résumé " d'une page a été réalisée pour chaque entretien. Celle-ci reprenait la description du médecin participant, les détails techniques de l'entretien, les impressions de l'enquêtrice sur son déroulé. Des verbatim " clés " ont également été inclus dans ces fiches. Nous présentons ces fiches en annexe de ce travail. (Annexe n°3)

2. Caractéristiques de l'échantillon

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

Tableau IV : Caractéristiques principales des participants

	n=12	%
Age		
30-40 ans	3	25
40-60 ans	7	58
> 60 ans	2	17
Sexe		
Féminin	4	33
Masculin	8	67
Lieu d'exercice		
Rural	3	25
Semi-rural	5	42
Urbain	4	33

La moyenne d'âge était de 49,7 ans (allant de 31 à 69 ans) et l'âge médian était de 52 ans. Il y avait 67% d'hommes et 33% de femmes. 42% d'entre eux exerçaient en milieu semi-rural, 33% en zone urbaine et 25% en zone rurale. (Tableau IV)

Les caractéristiques détaillées des participants sont résumées dans le tableau V ci-dessous.

Tableau V : Caractéristiques détaillées des participants

	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11	E12
Age	36	31	66	53	53	50	69	46	36	56	42	59
Féminin					x			x		x	x	
Masculin	x	x	x	x		x	x		x			x
Lieu d'exercice												
Rural	x									x	x	
Semi-rural						x	x	x	x			x
Urbain		x	x	x	x							
Mode d'exercice												
Cabinet seul										x		
Cabinet en groupe	x						x	x			x	x
MSP		x	x	x	x	x			x			
MSU		x		x	x	x			x	x	x	x
Installation												
0-10 ans	x	x							x		x	
11-20 ans					x			x				
> 20 ans			x	x		x	x			x		x

La moitié des participants exerçaient en Maison de Santé Pluridisciplinaire (MSP). 42% d'entre eux faisaient partie d'un cabinet de groupe, et un seul médecin avait fait le choix d'exercer seul.

Deux tiers (67%) des médecins participants étaient Maître de Stage Universitaire (MSU).

La moitié des participants était installés depuis plus de 20 ans, 33% depuis moins de 10 ans et 17% entre 11 et 20 ans (Tableau V).

Hormis trois d'entre eux, ils avaient tous choisi de participer à des formations complémentaires au DES de médecine générale. Trois d'entre eux détenaient un DU de médecine d'urgence. Un participant avait un diplôme complémentaire en gynécologie et un autre s'était formé à la psychothérapie.

L'un d'eux s'intéressait à l'addictologie puisqu'il était également tabacologue.

3. Résultats en cinq thèmes

Les lectures attentives des entretiens nous ont permis d'identifier cinq grands thèmes pour répondre à notre question de recherche.

Tout d'abord nous avons commencé par développer les réponses qui étaient formulées d'emblée par les participants, celles auxquelles nous pouvions nous attendre. Nous avons nommé ce thème " les réponses de prime abord ".

Nous avons abordé ensuite la question de la particularité du thème " alcool ". Ce qui nous a conduit inévitablement à soulever la question des représentations des médecins vis-à-vis de l'alcool.

Puis nous avons poursuivi sur la prise en charge des problèmes d'alcool : comment les médecins en parlaient-ils ? Comment faisaient-ils en pratique ?

Nous avons terminé sur la question importante du rôle du médecin généraliste dans ces prises en charge.

4. Les réponses de prime abord

Certaines idées ont été abordées de prime abord dans la plupart des entretiens. Ce sont des thèmes "évidents" qui sont ressortis d'emblée, de façon plus ou moins vite dans le discours des médecins généralistes.

4.1 La notion du temps

Premièrement, les participants ont évoqué **l'idée du temps et de la disponibilité** des médecins généralistes.

Pour certains médecins, le temps était considéré comme un **allié** dans une démarche d'accompagnement des patients dans la durée (E1, E2, E6, E7, E9, E12) :

" C'est important de leur montrer qu'on est dispos et le temps... il y a l'espace-temps dans le temps de la consultation mais il y a aussi l'espace-temps dans la durée et dans la programmation d'un accompagnement " (E1)

" On peut le faire aussi par étape, on n'est pas obligé de tout régler le premier jour, on peut le régler en plusieurs fois " (E6)

" Ça ne prend pas forcément beaucoup de temps, ce qui est important, c'est surtout de les revoir souvent " (E6)

" L'épreuve du temps c'est le rythme des consultations après. Ça peut être toutes les semaines, tous les quinze jours, toutes les trois semaines " (E9)

" Le fait qu'on suive les gens sur une période longue va nous aider à pouvoir saisir le moment où, effectivement les gens sont prêts à entamer par exemple un sevrage ou pas " (E12)

Un médecin a évoqué la notion du **respect du temps nécessaire** pour aboutir au changement de comportement :

" Je pense que le temps est un allié, que ces gens-là ils sont... Donc il y a un cycle, et le cycle ce n'est pas nous ça, c'est eux. Et donc, le temps qu'ils se décident, le temps qu'ils avancent, il ne faut pas les presser, il ne faut pas les faire avancer dans la roue trop vite parce que, je pense qu'ils font vite le tour de la roue après, et donc, il faut les laisser... " (E9)

Certains médecins pensaient que prendre le temps relevait d'un **" choix personnel "** :

" Je ne pense pas qu'il y ait un manque de temps parce que c'est un problème de hiérarchisation, c'est-à-dire qu'il faut prendre le temps c'est tout. Si on veut prendre le temps on prend le temps. Je pense qu'il y a probablement quelque chose de l'ordre d'un choix individuel " (E2)

" Quand je pense qu'il faut prendre le temps avec les patients pour discuter, je le prends. Je ne suis pas dans le quart d'heure, dans le saint quart d'heure médical. Ça prend toujours plus de temps " (E6)

D'autres médecins ont cependant soulevé le manque de temps comme étant **une difficulté**, un frein à la prise en charge (E3, E4, E5, E8, E10, E11) :

" ... on n'en a pas toujours forcément le temps. On est pris dans l'engrenage, on n'a pas toujours une demi-heure à consacrer à la personne qu'il faudrait voir très souvent " (E5)

" C'est sûr quand tu as une consultation de 15 mn tu n'as pas le temps d'aborder des problèmes à fond. Pour peu que tu sois déjà à la bourre et que tu aies déjà du retard, ça c'est sûr que par manque de temps... " (E5)

" Et puis ils nous prennent du temps, enfin la consultation c'est... enfin... c'est chronophage quoi " (E8)

Un médecin parlait du problème du temps professionnel qui empiétait sur celui de la vie privée :

" Quand on a envie d'être à l'heure le soir et de rentrer voir ses enfants à une heure acceptable, on n'a pas envie de prendre trop de retard, et voilà. A un moment donné on hésite à aller chercher les choses parce qu'on se dit qu'on va être débordé " (E11)

Donc le temps était un élément freinateur pour certains, mais dans d'autres cas il était une aide, un allié dans la prise en charge des patients.

4.2 La formation des médecins généralistes

Le thème de la formation des médecins a également été abordé par un grand nombre d'entre eux.

Pour certains, ils avaient le sentiment de ne pas être suffisamment formés (E1, E5, E8, E10) :

" Ah oui ! oui c'est vrai... Je pense qu'on n'est pas formés du tout " (E1)

" On n'a pas de formation non plus très spécifique là-dedans " (E5)

D'autres ont avancé leur **manque d'intérêt personnel** pour l'addictologie comme frein à leur formation :

" Si vous me dites oui il y a des formations à Henri Laborit, au CIPAT, non clairement je ne prendrais pas le temps d'y aller non " (E8)

" Je fais de la formation continue sur les sujets qui m'intéressent. L'addictologie ce n'est pas un sujet qui m'intéresse particulièrement " (E4)

Le manque de formation (par choix ou non) était souvent un frein à la prise en charge.

4.3 Les compétences et connaissances en alcoologie

Deux médecins exprimaient **un manque de compétence** dans ce domaine :

" Moi je ne suis pas forcément compétent là-dedans " (E4)

" Est-ce que dans mes consultations on peut trouver une analyse par rapport au fait qu'il y ait une consommation d'alcool, franchement je crois pas, d'ailleurs je leur dis bien je ne suis pas spécialisée là-dedans " (E8)

De plus, aucun des participants n'a dit se sentir compétent en alcoologie.

Concernant les connaissances générales en addictologie, certains médecins semblaient en difficulté pour faire la différence entre abus d'alcool et alcoolisme (E1, E10) :

" Après... l'alcoolisme... (rires gênés) ... après la frontière entre le problème avec l'alcool et l'alcoolisme... je ne sais pas si je fais très très bien la différence ou la nuance en tout cas " (E1)

A contrario, d'autres étaient plus à l'aise avec cette différence (E2, E6, E7, E8, E12) :

" La différence avec l'alcoolique chronique c'est que sa vie sociale et affective va partir en vrille quoi " (E8)

Plusieurs médecins ont montré qu'ils avaient des connaissances dans **le domaine neurobiologique** :

" C'est vrai qu'on le sait que la guérison c'est l'arrêt total quoi, car sitôt qu'ils reprennent un peu, ils repiquent. Il y a une espèce de mémoire, quand ils ont pris une fois ... quelques jours après ils repiquent " (E7)

" Il y a sûrement une part physiologique des choses quoi, pourquoi est-ce que lui il boit et il continue à boire alors que moi je suis capable de faire ça de façon festive et de m'arrêter le lendemain... " (E8)

Deux médecins généralistes ont évoqué explicitement **le modèle du changement de Prochaska et Di Clemente** :

" Certains consomment beaucoup trop et on traite et il y en a d'autres qui consomment et qui disent que ce n'est pas le moment, on ne traite pas et voilà. Ça dépend de leur stade dans Prochaska Di Clemente " (E2)

" Il ne faut pas les faire avancer dans la roue trop vite parce que, je pense qu'ils font vite le tour de la roue après, et donc, il faut les laisser " (E9)

Concernant les **connaissances thérapeutiques médicamenteuses**, quelques médecins se sentaient en difficulté (E1, E2, E8, E11, E12) :

" J'ai déjà probablement un manque de connaissances sur les thérapeutiques " (E2)

" Voilà donc, non je n'y connais rien finalement en thérapeutique " (E11)

" Là où je me sens un peu léger, ça va être sur une éventuelle aide médicamenteuse, des choses comme ça, quel est le protocole utilisé pour le sevrage " (E12)

Cependant, d'autres semblaient plus à l'aise dans ce domaine (E3, E7) :

" On a un peu plus d'armes qu'auparavant, tant avec les médicaments dont on dispose... " (E3)

" On essaye tout, mais bon, on a essayé les antidépresseurs, on a essayé les anxiolytiques qu'on donne toujours un peu pour arrêter quand même, pour calmer les "

angoisses. Après on essaie les nouveaux traitements là... ça a marché pour certains " (E7)

La compétence relationnelle n'a été citée par aucun des participants. En ce qui concerne les connaissances théoriques, le frein principal concernait le champ médicamenteux. Pour certains médecins, de solides connaissances théoriques semblaient être un élément facilitateur dans leurs prises en charge.

4.4 La coopération avec d'autres professionnels de santé

Une grande majorité des médecins généralistes participants travaillaient en coopération avec plusieurs professionnels de santé pour la prise en charge des patients ayant un problème d'alcool (E1, E4- E6, E7-E12).

Ils coopéraient parfois avec des **structures ambulatoires ou hospitalières en addictologie** :

" J'envoie beaucoup sur le SHALE. Je travaille beaucoup avec le SHALE parce que j'aime bien leurs prises en charge " (E4)

" Alors j'envoie parfois au CIPAT... " (E10)

" L'adresse du CIPAT, je la fournis assez régulièrement aux patients " (E6)

" Oui, je travaille avec les infirmières en addictologie, elles font des visites à domicile en fait. Elles sont détachées du CHU et sont plus orientées en addictologie/alcoologie " (E1)

" Oui je fais intervenir assez rapidement, soit le CIPAT, soit une structure comme les CSAPA " (E12)

D'autres adressaient surtout à des médecins spécialistes comme des **psychiatres** ou des **gastro-entérologues** :

" Je travaille aussi avec les gastro-entérologues de l'hôpital " (E4)

" Je travaille avec des psychologues ou des psychiatres " (E11)

Deux médecins ont déclaré coopérer avec des **infirmier(e)s** des centres médico psychologiques (CMP) :

" Il y a un infirmier psy au CMP... il se déplaçait chez eux, il voyait, parce que c'est aussi important d'aller voir comment ça se passe chez les gens " (E10)

" Et parfois j'ai aussi, des contacts avec l'infirmier du CMP " (E8)

Deux médecins ont déclaré **travailler seuls**. Il s'agissait des deux participants âgés de plus de 60 ans :

" Moi je travaille seul spontanément, c'est après que j'envisage éventuellement...C'est peut-être un défaut que j'ai, que ma génération a, c'est-à-dire qu'on a eu l'habitude de gérer nous-mêmes pratiquement tout " (E7)

" En général je me débrouille seul " (E3)

Les médecins généralistes participants ont été amenés à coopérer avec ces professionnels dans des situations différentes.

Par exemple, certains médecins **s'adaptaient à la demande des patients** en les adressant à d'autres professionnels :

" En fonction des besoins du moment et de la façon dont le patient est prêt à accepter ou pas un tiers dans la relation " (E1)

" Je pense que c'est hyper important de leur ouvrir la possibilité, de leur montrer qu'on n'est pas tout seul et qu'il y a d'autres personnes aussi qui peuvent intervenir et les aider. Mais après je pense que c'est à eux de choisir ce qui leur convient " (E1)

" Tout dépend de leur demande en fait. Il peut y avoir une demande de cure, ça peut arriver " (E6)

" Je lui propose des choses quand même, genre le psychologue souvent je leur propose, à un moment donné, ou s'il ne veut pas, je laisse filer, on en reparlera, mais, je ne force pas trop...et voilà. Je me laisse guider un peu par le patient " (E9)

D'autres médecins adressaient à un collègue quand ils estimaient **leurs compétences dépassées** :

" Quand il y a un problème psychiatrique qui me paraît lourd ou important de prendre en charge, j'essaie d'avoir des rendez-vous avec des psychiatres " (E7)

" Si je sens qu'il y a une part psychologique trop importante, je travaille avec des psychologues ou des psychiatres " (E11)

" Moi je ne suis pas forcément compétent là-dedans mais je peux avoir un collègue dans le centre de santé qui soit compétent " (E4)

" Les patients pour lesquels, vraiment, la dépendance est très, très importante, je passe le relais, enfin je fais intervenir une structure... Et je passe par une cure de sevrage à ce moment-là... " (E12)

Un médecin a évoqué le fait que s'occuper seul des patients ayant des problèmes d'alcool était **usant** :

" Ce n'est pas possible de les prendre en charge tout seul dans nos cabinets ces gens-là. Ce n'est pas possible, c'est trop épuisant quoi. C'est bien quand on est avec d'autres quoi " (E10)

Pour tous ces médecins, travailler en coopération avec d'autres professionnels de santé pouvait donc être un élément facilitateur dans la prise en charge des patients ayant un problème avec l'alcool.

Pour certains, la coopération dans le domaine de l'alcoologie posait quelques difficultés. L'une d'entre elles était le **délai important** pour avoir un rendez-vous ou une place d'hospitalisation en structure adaptée :

" Les adresser... je ne sais pas trop à qui, parce qu'il faudrait théoriquement les adresser en addictologie, en psychiatrie mais pour avoir des places c'est souvent pas facile " (E3)

" On avait un numéro pour joindre le psy et puis en fait, en pratique les délais étaient super longs, enfin bon... " (E8)

" Les délais de prise en charge à l'hôpital par exemple, quand on veut faire des cures, des choses comme ça...le compliqué c'est de faire intégrer les gens parfois " (E10)

Plusieurs médecins ont soulevé le fait qu'ils **perdaient de vue** leur patient une fois leur entrée dans les structures d'addictologie, du fait d'une absence de retour de la part de celles-ci :

" C'est un peu la sensation qu'on a quand on adresse à certaines spécialités, le patient, on le perd " (E3)

" Si on l'adresse à quelqu'un après le patient, je ne dirai pas qu'on le perd. Mais sur ce sujet-là on n'a plus grand-chose à dire. C'est le service qui reconvoque, qui contrôle et puis nous on est devant le fait accompli " (E3)

" Je sais que les gens sont pris en charge, mais je n'ai pas de retour ; je ne sais pas ce qu'il se passe " (E6)

" Elle était suivie conjointement, je ne sais pas ...je veux dire qu'on la voit pas, je l'ai pas vue pendant plusieurs mois. Elle était avec la filière hospitalière " (E7)

Un médecin a cité le **manque de connaissance du réseau d'addictologie** comme un frein :

" Premièrement, je ne connais pas du tout le réseau et c'est une limite " (E2)

Un autre a déclaré ne pas savoir **comment y adresser les patients** :

" Qu'on sache déjà comment faire pour les adresser à quelqu'un, qu'on ait un réseau bien défini avec une marche à suivre codifiée " (E5)

Un seul médecin avait le sentiment d'un **contact facile** avec les structures d'addictologie :

" Je trouve que les structures, ça communique bien, par exemple, avec le CIPAT... Je trouve que c'est assez facile d'avoir des contacts avec eux " (E12)

Mais quelques-uns se sentaient **isolés** dans la prise en charge alcoologique :

" Il faut du temps et on n'a personne. Pas beaucoup de monde en tous cas " (E5)

" On est un peu seuls, pour le moment, donc on se débrouille... " (E5)

" On est un peu isolé quand on prend quelqu'un en charge en alcoologie, oui " (E10)

Ce sentiment d'isolement ne semblait pas lié à un isolement géographique.

Pour conclure, la coopération interprofessionnelle pouvait être une aide pour les médecins généralistes dans leurs prises en charge des patients en difficulté avec l'alcool. Cependant elle posait certaines difficultés à d'autres et devenait ainsi un frein.

4.5 Le contexte psycho-social du patient

Pour finir, presque la moitié des médecins généralistes ayant participé à l'étude ont évoqué le contexte psycho-social du patient mésusant l'alcool comme étant une difficulté (E1, E2, E6, E9, E11).

Pour certains, c'est en effet **" ce qui rend les choses compliquées "** :

" C'est plus en lien avec la personnalité et le contexte médico-social. En tout cas nous ici on a une problématique particulière : une population défavorisée. Je pense que ça change la donne parce que les ressources individuelles des patients (aussi bien environnementales que médico-sociales) ne sont pas les mêmes. C'est ce qui rend les choses plus compliquées ". (E2)

" C'est multidimensionnel, donc, en fait c'est ça le problème, c'est que ce n'est pas que l'alcool, il y a un problème social souvent avec " (E6)

" De toute façon, c'est toujours la triade, Ils perdent leur travail, leur femme, leur voiture, enfin, ou dans le désordre...ils n'ont plus rien " (E6)

" Parce que souvent quand on a un problème d'alcool c'est qu'on a un problème psychologique derrière qu'il faut prendre en charge, qu'il faut avoir identifié. Parfois il faut aider les patients à l'identifier et ce n'est pas simple... " (E11)

Donc les médecins généralistes avaient le sentiment que le lourd contexte psycho-social des patients malades de l'alcool complexifiait leur prise en charge. Cependant ils ne le définissaient pas clairement en tant qu'élément freinateur de celle-ci.

Derrière ces éléments de prime abord, il y en avait d'autres plus spécifiques et souvent " cachés ".

5. La question de la particularité du thème alcool

La question du mésusage de l'alcool est particulière. Il s'agit en effet d'un problème de santé qui n'est pas banal. Contrairement à la prise en charge d'une grippe, les problématiques addictives soulevaient des questions originales. Nous avons abordé dans ce chapitre quelques spécificités du thème " alcool " : son rôle social et culturel ainsi la question du tabou. Dans un second temps, nous avons évoqué le rapport personnel du médecin avec l'alcool et l'influence éventuelle de celui-ci sur les soins qu'il prodigue.

5.1 L'alcool : un produit de consommation socio-culturel

Au cours des entretiens avec les médecins généralistes, ils ont tous évoqué l'alcool comme **un produit de consommation socio-culturel** (E1 à E12).

Quelques médecins ont parlé de la **notion de convivialité** associée à l'alcool :

" Ça a pour objectif un rôle social qui est le symbole d'une convivialité " (E1)

" Boire un petit coup c'est convivial, ça détend, c'est sûr, c'est festif... " (E3)

Un autre médecin dit :

" Moi je ne pense pas avoir un problème avec l'alcool mais j'aime les bons vins, j'aime la convivialité " (E8)

" J'ai l'alcool convivial quoi, j'ouvre une bonne bouteille de vin quand j'ai des amis " (E10)

Contrairement à d'autres substances addictives, ce n'était pas un produit interdit, il s'agissait d'un **produit culturel** :

" Voilà. Rires... c'est... ça fait partie de notre culture, de notre patrimoine, le vin... enfin je le vois comme ça. L'alcool c'est un aliment, c'est un condiment... rires.... C'est un outil de recette de cuisine aussi... c'est un produit comme un autre quoi " (E1)

" Mes parents, par exemple, qui sont d'une culture d'Afrique du nord, ont toujours vécu avec du vin à table. Sans consommation excessive, eux non plus, mais quand même, par exemple, ma mère boit toujours un petit verre de rouge, dans la journée, avec du fromage, à un moment donné, à un des deux repas " (E10).

Quelques médecins ont parlé de la place particulière de l'alcool dans la société, qui favorisait par exemple la **banalisation** de sa consommation :

" Le code c'est " tout le monde en consomme " à des degrés divers et variés ". (E1)

" J'ai l'impression que chaque société a sa dépendance acceptée. En Chine il fut un temps c'était l'opium. Chez nous c'est l'alcool. Le reste on le combat mais l'alcool non parce que ça fait partie de notre culture ". (E2)

" Et puis que c'est moins cher que l'eau, presque des fois Rires ... L'eau en bouteille ça coûte cher par rapport à une bouteille de vin, quoi, enfin ça dépend du vin qu'on prend, mais... Ce n'est pas forcément beaucoup plus cher, quoi. Donc c'est un peu compliqué, c'est facile d'accès ". (E6)

" Contrairement aux substances illicites on va avoir moins tendance à insister sur le caractère nocif que cela peut avoir ". (E11)

Deux médecins ont mentionné **le profit financier** lié à l'industrie de l'alcool comme participant à sa banalisation par la société :

" En plus c'est une drogue légale. Donc il y a des lobbys qui sont intéressés " (E4)

" Il y a des lobbyings aussi derrière. Le rapport culturel, le lobbying des industries de l'alcool fait que ça freine tout ça " (E9)

5.2 La notion de tabou

La notion de tabou a été évoquée par quelques médecins participants (E1, E9, E10).

Un médecin a établi **un parallèle entre l'alcool et la sexualité**, deux sujets gênants pour le patient :

" ...De se dire " ah non ça je n'en parlerai pas " comme les problèmes de sexualité ou d'autres problèmes intimes. On voit des patients des fois.... " Ça je n'en parlerai pas avec mon médecin, c'est trop intime ". Je pense que l'alcool c'est un peu la même chose ". (E1)

D'autres médecins avaient des difficultés à aborder la problématique de l'alcool car ils n'étaient pas à l'aise avec ce **sujet tabou** :

" Alors ça va être par une question détournée, mais on... moi je n'y vais pas toujours franco, quoi " (E9)

" Je ne pose jamais cette question. Jamais. Jamais. Je ne sais pas. Je pense que ça relève de la pudeur, peut-être, ou quelque chose comme ça, voilà, ce n'est pas... "

Vous fumez ? " je la pose, et " Vous buvez ? " non, l'estimation de la consommation d'alcool des gens, non " (E10)

Au contraire, d'autres médecins étaient plus à l'aise. Pour l'un d'entre eux, l'alcool était **un sujet comme un autre** :

" Une fois que tu es congruent ça se passe bien. Mais c'est la même chose pour ça, pour la sexualité, pour tous les sujets qu'on pourrait considérer comme tabous. Après si tu montres que ce n'est pas un sujet tabou pour toi, ça roule en fait ". (E2)

" C'est l'histoire des sujets tabous. Si tu es congruent et que tu arrives à les aborder simplement, ça ne pose pas de problème. Si tu parles de suicide à des gens ils ne vont pas ne plus venir te voir parce que tu leur as parlé de suicide " (E2)

Un autre médecin tenait des propos plus nuancés. Ce n'était pas clairement un tabou mais il fallait " prendre les formes en fonction des patients " :

" Non, si on est en tête à tête avec eux vous pouvez leur dire tout, bon il faut prendre les formes, faut pas y aller... faut voir avec qui on est aussi. Il y a des gens avec qui il faut au contraire y aller, d'autres il faut y aller doucement... Mais ça c'est un peu à nous de voir en fonction de la personne et puis... mais si, on peut tout dire, en tête à tête. " (E7)

Donc certains médecins considéraient l'alcool comme un sujet tabou et cela freinait l'évocation du sujet avec leurs patients. Pour d'autres, il s'agissait au contraire d'un sujet comme un autre.

5.3 L'implication avec l'intime

Une des particularités du thème " alcool " était que c'était **un sujet interrogeant systématiquement l'intime** :

" C'est-à-dire qu'on est face effectivement à ce qu'on fait nous-même " (E7)

" Notre propre lien avec une addiction, peut servir de...peut intervenir, bien sûr, c'est évident " (E12)

Le plus souvent, les médecins généralistes avaient un **rapport convivial** à l'alcool :

" Ça m'arrive de boire un whisky le week-end ... et sinon du vin très rarement, le week-end si j'ai des copains " (E4)

" Si j'ai une petite fête avec des amis les week-ends, je ne crache pas dessus, mais c'est toujours un truc festif " (E3)

" Beaucoup de médecins sont des bons vivants donc ils ont déjà touché à l'alcool " (E3)

" Je peux rester des semaines entières sans consommer une goutte d'alcool, par contre, j'ai l'alcool convivial quoi, j'ouvre une bonne bouteille de vin quand j'ai des amis " (E10)

Mais un médecin avait un **lien plus complexe** avec l'alcool, mêlant dégoût et convivialité :

" J'ai un rapport assez compliqué à l'alcool. Parce qu'en fait... j'ai toujours trouvé ça dégoûtant. Et en fait je n'aime pas l'alcool en soi. Je me suis rendu compte que je trouvais sympa l'idée de boire un verre de vin rouge en mangeant du fromage avec des amis mais uniquement avec des amis. Je n'ai quasiment pas d'alcool chez moi donc je pense à en acheter quand j'ai des amis qui viennent parce que je me dis que sinon ça fait tache. Donc en fait il m'arrive de consommer de l'alcool de façon extrêmement rare " (E1)

Un médecin généraliste pensait qu'un confrère mésusant l'alcool pouvait **banaliser** la consommation de ses patients :

" Si le médecin a une dépendance à l'alcool ou même une consommation excessive, peut-être qu'il trouvera ça dans la normalité s'il se juge comme normal ! rires... je n'en sais rien mais il sera peut-être... " (E1)

Certains évoquaient la difficulté d'aborder le sujet pour un médecin mésusant l'alcool :

" Il ne se sentait pas très à l'aise de lui faire remarquer une consommation d'alcool excessive sachant que lui-même en avait une " (E1)

" Ça serait comme le problème du tabagisme. Si c'est un confrère qui fume c'est un peu compliqué de prêcher pour un truc que tu fais toi-même " (E5)

Aucun médecin n'a avoué être lui-même en difficulté pour ces raisons.

Un médecin pensait que la légalité de la vente d'alcool pouvait entraîner une **banalisation de sa consommation par le corps médical** :

" Contrairement aux substances illicites on va avoir moins tendance à insister sur le caractère nocif que cela peut avoir " (E11)

D'autres médecins semblaient à l'aise. Ils cloisonnaient vie intime et vie professionnelle, que ce soit pour parler d'eux-mêmes ou des médecins en général :

" Par exemple dans mon cas je ne vois pas en quoi ma consommation ou mon rapport avec l'alcool aurait un impact sur ma façon de prendre en charge l'alcool " (E2)

" Si on cloisonne, je pense qu'il y a probablement des médecins qui arrivent à faire la part des choses entre leur vie personnelle et puis, en disant : eh bien voilà, dire à un patient autant d'alcool par jour, ce n'est pas bon " (E6)

" Eh bien non, non, non, je ne crois pas que ce soit difficile, on peut quand même dire aux gens que ce n'est pas bon, même en étant alcoolique soi-même, je pense, je ne vois pas où est le problème " (E6)

La question de l'alcool renvoyait à l'intime, donc également à l'histoire personnelle de chacun.

Certains médecins ont parlé de situations personnelles ou familiales impliquant l'alcool. Un participant a évoqué la complexité d'être à la fois un membre de l'entourage d'un patient alcoolique et médecin :

" Je ne suis pas son médecin moi... Je ne suis pas son médecin, mais par contre c'est vrai que régulièrement quand il y a une cata je passe un coup de fil à son médecin on en discute, enfin on en "discute" voilà je le mets au courant de ce qui s'est passé la nuit d'avant et...oui... " (E8)

Un autre médecin a évoqué un souvenir d'enfance :

" Et quand j'étais petite moi, on me faisait boire de l'eau, dans laquelle on mettait des fois un petit peu de vin, pour autant, je ne suis pas devenue alcoolique du tout... " (E10).

La spécificité du thème alcool nous a interrogé inévitablement sur les représentations qui y étaient associées.

6. La question des représentations des médecins

Les représentations des médecins, autrement dit l'image qu'ils se faisaient des patients mésusant l'alcool et de l'alcoolisme, étaient nombreuses et présentes chez tous les participants.

6.1 Le déni

Premièrement, la quasi-totalité des médecins avaient la représentation que les patients alcooliques étaient dans le **déni** de leur consommation :

" C'est un peu occulté... il ne vient pas pour ses problèmes d'alcool qui sont carrément niés " (E5)

" Il y a ceux aussi qui sont dans le déni, qui m'annoncent... enfin où on essaie de les questionner mais qui m'annoncent qu'ils boivent trois verres par jour mais en fait ce n'est pas trois, mais ce serait plutôt huit ou dix voir plus " (E8)

" Il y a le problème du déni à chaque fois, je crois que c'est ça qui est le pire " (E8)

" J'ai le cas d'une patiente, qui elle, était dans le déni complet " (E9)

" D'après son conjoint je sais qu'elle boit, mais pour elle tout va bien " (E5)

" Comment donner la motivation à quelqu'un qui se trouve bien ? " (E5)

" C'est toujours pareil... les patients qui sont alcoolisés ne se trouvent pas malades et se trouvent plutôt bien. C'est difficile de les faire redescendre de quelque chose où ils sont bien. C'est comme les toxicos. C'est ça... " (E5)

" Des gens qui pensent que leur consommation d'alcool est normale ou...habituelle, et puis qui sont bien là-dedans " (E6)

Nous nous sommes aperçus que de la même façon qu'ils se représentaient un déni des patients, la plupart des médecins généralistes avaient le sentiment que les patients **ne voulaient ni parler d'alcool, ni s'en sortir** :

" Le patient n'est pas demandeur, n'a pas envie de l'entendre " (E5)

" Ils ne veulent pas arrêter, puis d'autres qui traitent ça par-dessus la jambe, qui disent bof... " (E3)

" Ils ne veulent pas en parler avec leur entourage " (E3)

" Les gens ne sont pas forcément dans la demande d'un arrêt de la boisson, même quand ils boivent énormément, et puis qu'ils sont malades de ça " (E6)

" Il y a une espèce de... on ne sent pas le désir d'avancer, donc là, c'est vraiment très difficile " (E12)

Nous avons constaté que ce n'était pas une impression partagée par les plus jeunes médecins participants.

6.2 Les sentiments de honte et de culpabilité du patient

Plusieurs médecins généralistes se représentaient le patient alcoolique comme étant **honteux** de sa consommation :

" C'est un petit peu une honte de boire " (E3)

" Parce que oui il y a toujours cette honte aussi, ce tabou par rapport à ça " (E8)

Quelques médecins avaient le sentiment qu'ils ressentaient une **forte culpabilité** :

" Ça a été hyper violent, la violence de la culpabilité qui ressort, elle s'est mise en colère, tout ça, et ils me l'ont amenée " (E9)

" C'était très difficile pour elle, parce qu'elle était entourée de tout le monde, donc une culpabilité énorme autour de ses enfants " (E9)

" La prise en charge avait été initiée par un clash violent et une culpabilité mise en évidence... C'était horrible " (E9)

" Enfin, il y a quand même assez souvent, lié à l'alcool, une culpabilité sous-jacente " (E12)

6.3 Des patients énergivores

Quelques médecins généralistes avaient l'impression que la prise en charge des patients mésusant l'alcool demandait beaucoup d'énergie, que c'était un travail épuisant. Cela pouvait être un frein à l'évocation et la prise en charge des problèmes d'alcool avec leurs patients :

" C'est un objectif qui est plus difficile, je pense qu'on a moins envie d'y aller parce que ça demande plus d'énergie " (E2)

" C'est vrai que c'est chronophage et c'est énergivore. Ça demande beaucoup d'énergie. On n'en a pas tout le temps " (E5)

" Ce n'est pas possible de les prendre en charge tout seul dans nos cabinets ces gens-là. Ce n'est pas possible, c'est trop épuisant quoi " (E10)

" Ce n'est pas simplement prendre la tension, vérifier qu'il n'y ait pas de signes d'insuffisance cardiaque ou quelque chose qu'on peut manager de manière assez rapide " (E11)

6.4 Les clichés en lien avec l'alcoolisme

A la lecture des entretiens, nous avons constaté la présence de représentations marquées de l'alcoolisme, des clichés qui étaient présents dans le discours de plusieurs médecins. La phrase suivante prononcée par un médecin manifestement gêné illustre ce thème :

" Après... l'alcoolisme... (rires gênés) ... c'est vrai qu'on en a une image... " (E1)

Différents types de clichés sont apparus : le profil physique des alcooliques, leur personnalité, leur inconscience, " ils sont menteurs ", " ils sont tous alcooliques ", " ils boivent du mauvais alcool ".

Plusieurs médecins ont décrit un **profil physique particulier**, qui conditionnait l'abord ou pas de la question de la consommation d'alcool avec les patients :

" Le chef d'entreprise qui mange au resto tous les midis et, voilà qui a le type un peu rougeaud, bon là oui je vais lui dire qu'il faut en profiter pour se mettre au vert quoi " (E8)

" On va dire qu'il y a des gens pour lesquels...c'est au faciès ça. C'est-à-dire que... il y a des gens... il y a des profils. Il y a des gens chez qui je vais demander, et d'autres non. Des hommes de la cinquantaine qui sont un peu burinés, un peu fatigués de visage, je vais peut-être leur demander plus facilement. Une femme de 35 ans, 40 ans, qui paraît bien, je ne vais pas demander " (E9)

Un médecin a évoqué une **personnalité particulière** :

" Mais à mon avis l'alcool c'est pas plus compliqué que le tabac ou une autre addiction. C'est plus en lien avec la personnalité " (E2)

Pour un autre médecin, les patients concernés avaient tendance à être **inconscients** :

" Parfois ils n'en ont rien à faire quoi, d'être dans un lieu public et de prendre la voiture après avoir été alcoolisé...Même ceux qui se sont plantés en voiture ou qui ont été arrêtés par les flics... ils picolent, ils conduisent... " (E11)

" Ils s'en moquent quoi. Ils pensent qu'ils ne se feront pas attraper. Ils ne pensent qu'à la conséquence " par les gendarmes " et non pas par les risques qu'ils représentent à être sur la route " (E11)

Un médecin avait l'impression que certains patients pouvaient être **menteurs** :

" Parce que des fois ils vous disent ça et puis ce n'est pas vrai ! " (E10)

Pour un médecin généraliste, toutes les personnes qui buvaient régulièrement de l'alcool étaient considérées comme des alcooliques :

" Mais ce n'est pas parce qu'on se saoule tous les samedis et que le reste de la semaine..., que le reste du temps on boit de l'eau qu'on n'est pas étiqueté alcoolique, on est alcoolique pour moi, dans ces cas-là " (E10)

" Les gens qui attendent le samedi pour se prendre leur grosse cuite, ils se mettent mal tout le week-end, c'est des alcooliques... c'est des alcooliques...A partir du moment où on fait un mésusage de l'alcool, pour moi on est alcoolique, point " (E10)

Enfin, quelques médecins généralistes décrivaient les patients alcooliques comme **" buvant du mauvais alcool "** :

" J'ai aussi une patiente qui n'avait plus d'alcool et elle a bu son parfum... C'est vraiment histoire d'avoir des degrés dans le sang, quoi parce que c'est dégueulasse ! " (E10)

" Je ne sais pas si quelqu'un qui consomme énormément d'alcool il a un palais très fin quoi, au bout d'un moment... " (E8)

6.5 La question des femmes

Certains médecins généralistes ayant participé à l'étude avaient la représentation que la problématique de l'alcool était différente quand elle concernait les femmes :

" Puis les femmes alcooliques, c'est... c'est plus... ce n'est pas tout à fait pareil " (E6)

Un médecin avait l'impression que l'alcoolisme était plus compliqué chez les femmes dans un contexte de **déni plus marqué** :

" La chose la plus difficile c'est quand c'est chez les femmes. C'est très compliqué parce qu'elles ne sont pas demandeuses et elles sont dans le déni " (E5)

Un autre avait le sentiment que les femmes se sentaient **plus coupables** que les hommes, et que le **contexte social était différent** :

" Je ressens plus la question de culpabilité chez les femmes que chez les hommes, qui ont une honte de cette consommation excessive, mais qui sont socialement dans un contexte qu'elles essaient d'oublier par cette consommation " (E11)

Pour conclure, nous pouvons dire que les médecins généralistes avaient de nombreuses représentations de la maladie et des malades alcooliques, plus ou moins marquées, allant même jusqu'aux " clichés communs ".

7. La question de la prise en charge

Nous nous sommes ensuite intéressés à la question de la prise en charge des patients ayant un problème d'alcool par les médecins généralistes. Comment en parlaient-ils ? Comment prenaient-ils en charge ?

Tout d'abord, nous nous sommes intéressés à leur manière de nommer l'alcool. Certains médecins généralistes n'ont prononcé qu'une fois le mot " alcool ", plusieurs parlent d'un " **problème** " jusqu'à 15 fois dans le même paragraphe. Peu d'entre eux ont évoqué " **une maladie à part entière** ". Certains mots étaient teintés de représentations : " le truc ", " ces gens-là ", " boire comme un trou ".

La diversité des mots utilisés pour décrire l'alcool et l'alcoolisme était déjà révélatrice de perceptions intimes différentes.

7.1 La question de l'abord du sujet

Un médecin a déclaré ne pas avoir de difficulté à aborder la problématique de l'alcool :

" Aborder le problème, non je ne crois pas que cela me pose de difficulté " (E12)

Mais pour la majorité des médecins généralistes que nous avons rencontrés, l'alcool était un sujet délicat à aborder.

7.1.1 Des difficultés pour aborder le sujet de l'alcool

Contrairement à une question comme " avez-vous de la fièvre ? ", demander à un patient " Consommez-vous de l'alcool ? " mettait les médecins face à certaines difficultés :

" Comment aborder le sujet, si le patient n'en parle pas lui-même, ou s'il n'y a pas de signe ? Ce n'est pas toujours évident " (E1)

" En fonction du terrain ou de la relation qu'on a avec le patient, on va avoir du mal à rentrer dans le sujet " (E9)

En effet, certains étaient **gênés, mal à l'aise**, voire ne savaient pas comment s'y prendre. Ils n'arrivaient à parler d'alcool que par une " **question détournée** ". La **notion du tabou** était souvent présente :

" Alors ça va être par une question détournée, mais moi je n'y vais pas toujours franco, quoi " (E9)

" Donc, j'ai par moment des difficultés à me dire, comment je vais introduire la discussion... " (E9)

Certains médecins **n'osaient pas poser la question** :

" Il faudrait oser poser la question " (E11)

" Peut-être qu'on a besoin d'aller plus le chercher, d'ouvrir la discussion " (E1)

Un autre médecin évoquait sa **pudeur** d'évoquer le sujet de l'alcool :

" Je pense que ça relève de la pudeur. " Vous fumez ? " Je la pose, et " Vous buvez ? " non, l'estimation de la consommation d'alcool des gens, non " (E10)

Certains médecins avaient du mal à parler d'alcool de **peur de stigmatiser** le patient :

" Oui, j'ai peur de les stigmatiser " (E10)

" Si je lui rentre un peu trop dedans, j'ai peur que ça le freine ou que ça le bloque encore plus, quoi... " (E9)

" Parce que je pense qu'on ne veut pas les vexer " (E11)

Un médecin avait du mal à parler d'alcool à un nouveau patient de **peur de paraître intrusif** :

" Pour ne pas être considéré comme intrusif dans la mesure où, s'il y a un problème d'alcool, il y a quand même souvent une culpabilité sous-jacente ; lors d'une première rencontre, ça me paraît un peu, ça pourrait être... " (E12)

Plusieurs médecins ont déclaré **qu'ils ne pensaient pas à parler d'alcool** :

" Alcool, pas forcément, c'est vrai je vais poser la question pour la cigarette alors que je ne pose pas la question sur la consommation d'alcool. C'est sûr. Et ce n'est pas une omission volontaire " (E5)

" L'alcool je n'y pense pas. Ça n'est pas du tout une habitude... " (E5)

" Parce que ça n'est pas ancré dans notre fonctionnement comme peut l'être le tabac pour l'aspect toxique. Je n'y pense absolument pas " (E11)

" Je vais poser la question du tabac, oui, et je ne pose pas la question de l'alcool c'est vrai, je m'en aperçois... Alors que je fais attention à pleins de trucs...D'abord je viens de...j'en prends conscience en vous disant que je ne pose pas cette question, que je pourrais peut-être la poser " (E12)

7.1.2 Comment aborder le sujet ?

Face à ces difficultés, comment les médecins abordaient-ils le sujet de l'alcool ?

Pour certains, ils le faisaient dans **certaines situations** bien identifiées :

" Jamais de but en blanc, quoi. On va avoir du mal à rentrer dans le sujet, ou alors, ça va être par une prise de sang, ou alors ça va être par une question détournée " (E9)

Par exemple, quelques médecins généralistes parlaient plus facilement d'alcool à l'occasion du résultat d'un **examen biologique** :

" Soit on est sur des anomalies biologiques qui laissent penser qu'il y a une consommation excessive et à ce moment-là on va chercher. Je vais chercher " (E11)

" Il faut qu'on mette le doigt dessus et puis qu'on les titille un petit peu... leur faire faire une prise de sang et leur dire " ah vous voyez là il y a un problème il faut faire attention " (E3)

D'autres fois au cours des consultations dédiées à la **grossesse** ou pour une demande de **certificat de non contre-indication à la pratique sportive** :

" Je recherche par contre l'alcool en systématique pour les certificats de sport " (E2)

" Si j'aborde ça c'est avec les femmes enceintes... quand elles sont enceintes, je leur dis voilà... mais... " (E10)

Deux médecins recherchaient la consommation d'alcool des patients dans **certaines pathologies cardiaques**, suite à des formations qu'ils avaient reçues :

" Alors moi je la recherche curieusement dans l'insuffisance cardiaque. On avait eu une formation avec un cardiologue qui avait insisté sur le fait qu'il voyait beaucoup d'insuffisance cardiaque due à l'alcool " (E7)

" Je leur demande oui...J'essaie de leur demander...surtout les troubles du rythme. Parce que quand j'étais interne en cardiologie, le chef demandait systématiquement la consommation d'alcool aux gens qui rentraient avec des troubles du rythme " (E4)

Certains posaient la question uniquement en cas **de retentissement médical ou psycho-social** pour le patient de sa consommation d'alcool. Ils adoptaient une attitude passive, en attendant que quelque chose se passe pour en parler :

" On attend qu'il y ait un souci, une anomalie sur un bilan, on attend oui... " (E11)

" S'il y a un problème, s'il y a une biologie perturbée, s'il y a un retrait de permis, s'il y a a..., oui des trucs comme ça, qu'ils viennent me voir pour une dépression, enfin..., là je peux en parler, mais sinon non " (E10)

" On peut leur dire, par exemple, que quand ils ont un problème, que ça peut être lié à l'alcool " (E6)

Certains médecins étaient plus à l'aise pour en parler lors d'une **première consultation** :

" Oui, je le demande de façon quasi systématique maintenant. Je n'ai pas peur de poser la question, je n'ai pas peur, au contraire je me sers de cette première consultation pour annoncer la couleur " (E8)

Un autre médecin disait au contraire que pour lui la première consultation n'était pas le bon moment pour aborder le sujet de l'alcool car il fallait construire une relation de confiance avec le patient au préalable :

" Je pense qu'il y a des sujets qui méritent du temps et qui méritent d'abord qu'il y ait une relation de confiance qui soit installée pour que l'on puisse aborder quelque chose de l'ordre de difficultés personnelles les plus intimes " (E12)

Deux médecins ont déclaré qu'il était plus facile de parler d'alcool **quand la demande venait du patient** :

" S'ils viennent de leur plein gré pour parler de ça, ça se passe très bien " (E3)

" Certains, oui ils l'acceptent, ils le disent, ils en parlent. Mais ceux-là finalement c'est plus facile de les accompagner pour qu'ils arrêtent. Mais ce n'est pas la majorité "
(E7)

" Lorsque l'on rencontre quelqu'un qui exprime de la souffrance liée à cette difficulté d'alcool, et qui exprime le désir de s'en sortir mais qu'il n'y arrive pas tout seul, c'est tout à fait autre chose " (E12)

A côté de ces motifs rationnels à l'occasion desquels les médecins abordaient le sujet difficile de l'alcool, d'autres médecins fonctionnaient plus avec leur ressenti.

Certains n'allaient pas chercher systématiquement une consommation d'alcool mais en parlaient selon leur **ressenti** :

" Si on sent qu'il y a une fragilité et qu'on aborde ce sujet-là... " (E1)

" Je pressentais devant moi si j'avais quelqu'un qui consommait de l'alcool ou pas "
(E8)

" On essaie de voir s'il y a une difficulté liée à l'alcool, parce qu'on la soupçonne et on en est à peu près certain, et donc, à ce moment-là, on tend une perche et on voit ce que ça donne quoi " (E12)

Certains médecins abordaient le sujet de l'alcool quand ils jugeaient **le moment opportun** :

" Il faut le moment opportun. A chaque consultation ce n'est pas toujours le moment pour en parler " (E5)

" Ce n'est pas pertinent à chaque consultation. Il y a des moments où ça l'est, mais pas tout le temps " (E6)

" Ça dépend du contexte et ce n'est pas systématique. Ça peut être un sujet qui peut être abordé, comme ça peut ne pas l'être " (E1)

" C'est vraiment à un moment donné une circonstance particulière qui fait que l'on va pouvoir aujourd'hui aborder ce problème-là, et de telle manière " (E12)

Quelques médecins posaient la question de la consommation d'alcool à des patients qui avaient **" le profil "** :

" Ça va avec un profil particulier de patient quoi, après la petite nana qui a une hypertension qui...parce qu'elle est speed au boulot, je ne vais pas forcément penser à l'alcool pour elle, par contre le chef d'entreprise qui mange au resto tous les midis et, voilà qui a le type un peu rougeaud, bon là oui je vais lui dire " (E8)

" On va dire qu'il y a des gens pour lesquels...c'est au faciès ça. C'est-à-dire que... il y a des gens... il y a des profils. Il y a des gens chez qui je vais demander, et

d'autres non. Des hommes de la cinquantaine qui sont un peu burinés, un peu fatigués de visage, je vais peut-être leur demander plus facilement. Une femme de 35 ans, 40 ans, qui paraît bien, je ne vais pas demander " (E9)

Enfin, les médecins généralistes participants à l'étude ont expliqué qu'ils pouvaient aborder la question de l'alcool suite à **une demande de l'entourage** du patient :

" Souvent c'est l'entourage qui nous appelle, c'est l'entourage qui nous alerte disant bon " faut lui dire qu'il boit trop... ou qu'elle boit trop... " (E7)

" La femme a de l'autorité au sein du foyer et elle m'a amené son mari en m'appelant avant et en voulant que les choses soient mises à plat en sa présence et le mari s'est soumis à ça " (E11)

Nous pouvons conclure que la majorité des médecins généralistes qui ont participé à cette étude avaient du mal à aborder le sujet de l'alcool avec leurs patients. Ils avaient certains freins comme le fait de ne pas oser en parler et la peur de stigmatiser les patients. Même si quelques-uns l'évoquaient assez facilement, la plupart abordaient le sujet au gré de certaines situations ou par des questions détournées.

Une fois le sujet abordé, comment les médecins prenaient-ils en charge en pratique les patients ayant une consommation problématique d'alcool ?

7.2 Comment les médecins prenaient-ils en charge ces patients ?

7.2.1 Les différentes façons de prendre en charge les patients

L'accompagnement et le soutien étaient cités par de nombreux médecins :

" On les amène quelque part, on les soutient... " (E10)

" Je le soutiens comme je peux, ce n'est pas simple...ils perdent leur travail, leur femme, et puis leur bagnole, ils n'ont plus rien. Alors après c'est compliqué de remonter la pente " (E6)

" J'en ai que j'ai accompagné de manière assez longue, parfois, oui, oui, j'en ai, bien sûr " (E12)

Un médecin déclarait à ce sujet qu'il ne se sentait pas en difficulté :

" Dans le soutien qu'on peut apporter au quotidien ici, non ça va, je ne me sens pas... je ne me sens pas en difficulté quoi " (E12)

L'attitude d'écoute du médecin et son langage à la fois verbal et non verbal, étaient souvent décrits par les participants :

" Il ne faut pas forcément grand-chose, des fois, quelques mots de soutien ça peut suffire, et puis de leur dire " on est là " (E6)

" Montrer qu'on est ouvert et qu'on peut discuter de tout " (E1)

" Je pense qu'il faut une aide psychologique. Il faut beaucoup discuter avec ces gens-là " (E5)

Du point de vue d'un médecin, parler de sa consommation d'alcool était comme une libération, une sorte de rituel de passage dans le soin pour le patient :

" Parce qu'une fois qu'ils ont senti qu'ils ont pu en parler, se libérer un peu de ça, je pense que c'est déjà une énorme démarche. Pour moi c'est ce moment-là qui est très fort et qui peut après amener la suite... c'est peut-être ce passage là qu'il faut réussir à plus créer... enfin laisser la possibilité au patient d'en parler " (E1)

Plusieurs médecins ont expliqué qu'ils **adaptaient la prise en charge au patient** :

" Il y a des gens avec qui il faut au contraire y aller, d'autres il faut y aller doucement, enfin bon, il y a toute la gamme. Mais ça c'est un peu à nous de voir en fonction de la personne... mais moi je ne suis pas... j'ai pas de règles, on s'adapte " (E7)

" Je ne force pas trop...et voilà. Je me laisse guider un peu par le patient " (E9)

Certains médecins accompagnaient les patients en respectant le stade du changement dans lequel ils se situaient :

" J'ai été confronté à des gens qui sont en pré-contemplation ou en contemplation et donc c'est difficile d'aller beaucoup plus loin. Je peux leur proposer de l'aide, leur dire que l'on peut faire quelque chose pour les aider, mais pour l'instant je n'ai pas eu beaucoup de retours " (E2)

" Leur proposer de revenir, s'ils veulent aller plus loin quoi. C'est leur tendre la perche, et puis, jusqu' au jour...peut-être un jour ils la prennent " (E6)

Un médecin a parlé d'**empathie** :

" Je pense qu'il faut être très dans l'empathie...je ne suis pas trop dirigiste " (E4)

Un médecin généraliste a décrit son rôle d'accompagnant comme modeste, le patient faisant la majorité du " travail " :

" Il faut rester pragmatique quoi, dans notre profession, et, on a beau savoir plein de choses, ce n'est pas nous qui faisons le boulot, quoi. L'essentiel du travail, il faut rester modeste, c'est les patients qui le font " (E9)

Quelques médecins ont évoqué **les médicaments** utilisés dans la prise en charge des problèmes d'alcool :

" On essaye tout, mais bon, on a essayé les antidépresseurs, on a essayé les anxiolytiques qu'on donne toujours un peu pour arrêter quand même, pour calmer les angoisses. Après on essaie les nouveaux traitements là... ça a marché pour certains " (E7)

" Pour aller plutôt sur une version psy, et, essayer d'avoir une prise en charge plus globale, quoi. D'où une utilisation fréquente d'antidépresseurs, d'anxiolytiques " (E9)

Globalement, les médecins généralistes participants ne semblaient pas avoir une façon de faire codifiée concernant la prise en charge des patients ayant un problème d'alcool. Certains utilisaient des solutions médicamenteuses, d'autres axaient leur suivi sur le soutien et l'écoute. La majorité d'entre eux s'adaptait à chaque patient.

7.2.2 Pas de prise en charge des patients malades de l'alcool

Au contraire, certains médecins ont déclaré **ne pas prendre en charge** les problèmes d'alcool.

Un médecin estimait que son rôle était d'aborder le sujet mais brièvement, car l'accompagnement était du ressort du psychiatre :

" Poser tout un tas de questions...on n'est pas psychiatre " (E3)

Certains médecins ont expliqué qu'ils **n'étaient pas intéressés** par l'addictologie, ce qui était manifestement un frein à la prise en charge mais aussi à leur formation :

" Si j'avais plus de temps, je n'irais pas à une formation d'alcoologie j'irais chanter, j'irais continuer à écrire mes chansons, donc, voilà, c'est un choix " (E8)

" Je fais de la formation continue sur les sujets qui m'intéressent. L'addictologie ce n'est pas un sujet qui m'intéresse particulièrement " (E4)

" Mais ça suffit, on ne peut pas... moi je ne suis pas une fan des alcooliques...Donc moins on en a et mieux ça vaut " (E10)

7.2.3 La relation médecin-patient

Dans la prise en charge, la relation médecin-malade pouvait être facilitatrice ou un frein.

Pour certains médecins, **la relation de confiance privilégiée** entre le médecin traitant et son patient était un élément facilitant la prise en charge :

" Certains ont vraiment envie d'en parler avec nous et ça ne sera personne d'autre que nous parce qu'il y a cette relation de confiance et qu'ils se sentent à l'aise pour en parler " (E1)

" Ils avaient confiance donc ils préféraient que je les accompagne moi dans leur parcours " (E1)

" Ils répondent de plus en plus facilement d'autant plus que ça fait longtemps qu'on se connaît. C'est une question de confiance " (E4)

Un médecin a parlé du **lien particulier** qui pouvait se créer avec ses patients devenus abstinents :

" Il y a une espèce de... un peu comme une aventure que l'on a partagée ensemble et qui a abouti à une espèce de... alors je ne sais pas si c'est de la complicité, mais en tout cas, ça créé une espèce de lien très particulier lorsqu'il y a eu un accompagnement avec une issue favorable " (E12)

Au contraire, la relation médecin traitant-patient pouvait être parfois un frein lié aux sentiments de honte et de culpabilité des patients :

" Parfois ils ont une sensation de culpabilité, de honte, d'être dans cette dépendance là et parfois oui c'est peut-être plus facile pour eux d'en parler avec d'autres personnes que nous " (E1)

" Autant parfois je pense qu'ils ont peur d'être jugés peut-être ou peur de... je ne sais pas parfois j'ai l'impression quand il y a une relation... les gens disent " c'est mon médecin, j'ai pas envie de le décevoir " Je ne sais pas des fois j'ai l'impression que ça les gêne de parler de certaines choses avec nous peut-être aussi parce qu'on les connaît bien " (E1)

La relation médecin-malade soulevait pour certains médecins la question des limites de celle-ci et de la distance nécessaire à adopter :

" Il y a une relation affective avec tous les patients mais je ne suis quand même pas ni leur père, ni leur mère, donc quand il y a des dangers on les prévient, on dit " voilà c'est... ". Mais il ne faut pas qu'il y ait d'attache affective trop importante, ce qui arrive parfois, parce que là, on peut prendre cher " (E6)

" Ce n'est qu'un métier. Il faut savoir cloisonner quoi... " (E6)

" C'est quand même un métier où on peut se faire... on se fait un peu manger quand même par les gens " (E8)

Un autre médecin hésitait à parler d'alcool à ses patients devant **le risque de verrouiller le sujet**, que les patients refusent d'en parler à nouveau avec lui :

" Je n'y vais pas toujours franco, quoi... parce que j'ai peur de perdre mon patient, pas de le perdre en tant que patient mais de le perdre pour la prise en charge de l'alcool, quoi " (E9)

Certains médecins n'avaient au contraire aucune peur de perdre leurs patients :

" Ce n'est pas ça qui me freine. Je n'ai pas la sensation qu'en posant cette question-là on risque de perdre son patient " (E11)

" J'ai l'impression que si tu es dans une bonne relation de confiance..... je ne pense pas que tu perdes des gens " (E2)

7.2.4 Le sentiment d'aller à l'échec

Dans cette prise en charge, à la longue, certains avaient **le sentiment d'aller à l'échec** :

" On a l'impression de remplir un tonneau des danaïdes, c'est-à-dire, on aide, on aide et...on a l'impression que ça va aller et puis hop, il rechute... " (E10)

Un médecin avait **l'impression de s'épuiser** avec des patients qui essayaient constamment de se disculper :

" Ils trouvent des circonstances atténuantes à leur mal être, c'est la faute de leur grand-mère qui n'a pas fait ci, c'est la faute de leur père, c'est la faute de... et c'est jamais eux finalement, ce n'est jamais... c'est comme si oui il fallait trouver un responsable, un fautif en fait, à cet état quoi " (E8)

Les médecins généralistes participants étaient souvent **résignés**, baissaient les bras face à la prise en charge des patients ayant un problème d'alcool :

" Je n'ai pas forcément envie de me battre pour des gens qui je sais n'y arriveront pas " (E4)

" On finit quelque fois par baisser les bras et un peu s'user aussi " (E6)

" S'il doit boire, il reboira de toute façon " (E9)

C'est une problématique vis-à-vis de laquelle ils se sentaient souvent **démunis, impuissants** :

" On les a vu se dégrader, on a vu les choses s'avancer puis on pouvait rien faire quoi... " (E7)

" Comment les aider, enfin, oui il n'y a pas de solution quoi. Donc il y a ce sentiment d'impuissance " (E8)

" Tu as l'impression d'avoir utilisé tous les leviers possibles, et ce n'est pas les bons, peut-être qu'il n'y en a pas d'ailleurs... " (E9)

" Il se met dans des états, il tombe par terre, il tombe dans les escaliers, enfin, il se met en danger quoi. Et je ne sais plus quoi lui dire, je ne sais plus quoi lui dire. On se sent impuissant " (E9)

Un médecin avait le sentiment que la stagnation dans la situation des patients était synonyme d'échec :

" C'est difficile pour nous parce que c'est frustrant aussi pour nous, quoi. Donc oui, c'est difficile ...Alors je ne sais pas si on est dans l'échec, on est dans une espèce de statuquo qui n'évolue pas. On est dans l'immobilité, et je crois que l'immobilité, c'est pire que tout " (E12)

De rares médecins étaient au contraire **optimistes** :

" Mais bon il ne faut pas être noir et se dire " mais non ça marchera jamais... c'est perdu d'avance ". Non y a des gens qui s'en tirent, il faut quand même le dire, y a des gens qui s'en tirent " (E7)

" C'est leur tendre la perche, et puis, jusqu' au jour..., peut-être un jour ils la prennent " (E6)

" Qu'est-ce que l'on peut faire ? Sinon être là et puis peut-être qu'un jour... " (E12)

La façon de faire en pratique avec les patients alcooliques dépendait aussi de valeurs morales prônées par chacun, et du rôle du médecin généraliste, celui qu'il se donnait ou celui qu'on lui renvoyait. C'est ce que nous avons développé dans le dernier grand thème.

8. La question du rôle du médecin

La question de la morale a inévitablement été évoquée lors des entretiens du fait de la particularité du thème abordé. La réflexion autour de l'alcool a également soulevé la question du rôle du médecin et nous avons pu constater qu'il y avait deux grands types de profils de médecins : le médecin paternaliste, et le médecin " accompagnant ".

8.1 La question de la morale

La question de la morale était très présente et évoquée sous des angles différents.

Plusieurs des médecins participants avaient **peur d'être moralisateurs** vis-à-vis des patients mésusant l'alcool. Cette peur était retrouvée à la fois concernant l'abord de la question de l'alcool mais aussi pendant la prise en charge des patients :

" J'essaie de ne pas être trop d'emblée inquisiteur ou intrusif " (E1)

Un des médecins ne voulait pas être moralisateur et culpabilisant, mais n'arrivait pas à échapper à son rôle, non pas celui qu'il estimait avoir, mais celui qui lui était donné, même en dehors des murs du cabinet médical :

" L'autre jour, avec un copain médecin, on est rentré dans le bar pour acheter des pizzas, et, il m'a vu, il s'est barré, il a été se planquer derrière. Et puis l'autre, il lui a dit " Ne cache pas ton verre ", voilà. Donc, tu vois cette culpabilité, cette honte. Alors que je ne suis pas du tout culpabilisant, au contraire, j'essaie vraiment de ne pas jouer là-dessus, parce que sinon, à mon avis, on perd le patient, tu vois, même sans faire ça, tu le perds, parce qu'il va se cacher, quoi " (E9)

" J'ai l'impression que ça joue... ça attaque moins la culpabilité des gens, de passer par les troubles de la santé, plutôt que par : " au fait, votre consommation d'alcool, j'ai bien l'impression qu'elle est trop grande ". Parce que, tu juges carrément le comportement de la personne, quoi... " (E9)

Au-delà de la prise en charge, dans " la vraie vie ", il essayait de faire disparaître son rôle :

" Je fais l'effort d'être normal " (E9)

Un médecin pensait qu'être alcoolique pouvait être considéré comme **immoral, contraire aux bonnes mœurs** et entraîner une stigmatisation. Caractériser quelqu'un d'alcoolique était comparable à une insulte :

" Si vous avez des gamma GT élevées pour autre chose que l'alcool, bon vous êtes mal vu d'abord, vous êtes traité d'alcoolique par quelqu'un qui ne vous connaît pas... " (E7)

" ... et puis alors si on les accuse directement, " vous buvez trop " alors que... " (E7)

Un médecin utilisait même du vocabulaire emprunté au domaine de la **justice** pour parler d'alcoolisme :

" C'est comme si oui il fallait trouver un responsable, un fautif en fait " (E8)

" Ils trouvent des circonstances atténuantes " (E8)

" Il y a une forme d'injustice là-dedans " (E8)

Cette question de la morale est allée parfois jusqu'à soulever **la question du bien et du mal** :

" Quand ils boivent trop c'est sûr qu'on peut pas les cautionner " (E3)

" Je leur dis qu'il y a un seuil à ne pas dépasser et qu'au-delà de ce seuil-là, ce n'est pas sain " (E11)

Pour certains, s'occuper des patients alcooliques relevait du **devoir du médecin** :

" Je pense que c'est ça la plus grosse difficulté, c'est l'énergie que ça demande. Mais en même temps c'est notre devoir quoi " (E2)

Un médecin se sentait obligé de prescrire des médicaments pour " faire quelque chose " :

" Il y en a un qui est coronarien, enfin bon, je me dis, lui si on fait rien...Si on fait rien, je ne sais pas dans six mois, il est peut-être mort quoi... " (E7)

D'autres ont mis en avant une certaine obligation de moyens :

" Je dois le guider en lui proposant tous les moyens, quoi " (E9)

" On ne peut pas faire autrement que de les mettre en garde " (E6)

Plusieurs médecins se sont autoévalués sur la qualité de leurs soins et **remettaient en question** certains aspects de leur façon de prendre en charge les patients alcooliques :

" Alcool, moins... c'est une bêtise..., alcool je pose la question moins fréquemment... pas toujours " (E9)

" Donc il faudrait probablement que je le fasse plus souvent... " (E2)

" Ça fait partie des multiples choses dont je me dis que je devrais faire mieux... " (E2)

" Je n'y pense pas... c'est pas bien... c'est au moins un truc qui va changer " (E5)

" C'est un tort, mais... voilà " (E9)

" C'est vrai que je ne sollicite pas tellement le CIPAT, peut-être pas assez... " (E7)

8.2 Deux grands profils de médecins

Concernant la prise en charge des problèmes d'alcool, deux grands profils se sont dégagés des douze entretiens avec les médecins généralistes. Certains avaient un fonctionnement paternaliste, et d'autres se positionnaient en accompagnants des patients.

Certains médecins ne se voyaient pas comme détenteurs d'autorité, mais comme **accompagnants** pour le patient, avec qui les décisions étaient prises conjointement. Pour ces médecins, **faire le bien et rendre service** étaient l'essence de leur métier :

" C'est quand même intéressant d'essayer d'aider les gens " (E2)

Certains **ne se considéraient pas comme étant des sauveurs** :

" Je crois que ce qui m'aide, c'est d'avoir compris assez tôt que si j'étais médecin ce n'était pas pour sauver la planète " (E2)

" J'ai accepté de ne pas être un sauveur (ni un tueur), de trouver un petit chemin entre les deux " (E2)

" Je fais au cas par cas de mon mieux. J'essaie de ne pas trop faire de mal, c'est déjà ça " (E8)

Plusieurs médecins accompagnaient les patients en leur apportant du **soutien** :

" Parce que j'aime bien m'occuper des gens, discuter " (E5)

" C'est compliqué, enfin, je le soutiens comme je peux, ce n'est pas simple " (E6)

" Il ne faut pas forcément grand-chose, des fois, quelques mots de soutien ça peut suffire, et puis de leur dire " on est là " " (E6)

" On les amène quelque part, on les soutient... " (E10)

" C'est vrai qu'on y est pour pas grand-chose, enfin, on aide, on oriente, on soigne des dépressions, on évite qu'ils se jugent trop, on évite qu'ils... enfin on fait ce que l'on peut. On navigue à vue un peu... " (E10)

Un médecin considérait que son rôle était simplement de réussir à faire rentrer les patients alcooliques dans une démarche de soins :

" Mais il faut savoir que notre rôle, il est sûrement important dans le premier recours, déjà, et dans ce qu'on peut leur dire, donc comment les accrocher " (E9)

Un médecin **ne souhaitait pas imposer** la prise en charge au patient :

" Ce n'est jamais quelque chose d'imposé, c'est-à-dire qu'il y a toujours un espace de liberté, qui fait que la personne va saisir ce moment-là ou cette proposition-là, pour pouvoir parler de cette difficulté " (E12)

A côté de cela, d'autres médecins se considéraient comme **une figure d'autorité**, décidant pour les patients (E3, E10). Ce **fonctionnement paternaliste** rejoignait un certain nombre de verbatim évoquant la question de la morale :

" Je fais un peu dans la prise de tête quoi, c'est à dire que je me positionne en parent quoi. Ce n'est peut-être pas bien mais c'est comme ça quoi. Vous savez avec les jeunes... Je crois qu'il faut savoir interdire... " (E10)

" Il faut rester dans les rails " (E3)

" Ça passe forcément par une coupure avec le milieu habituel, avec la vie familiale habituelle, ce n'est pas possible autrement..... Enfin, les gros alcooliques quoi, les gens qui se détruisent avec l'alcool. " (E10)

" Il faut les remettre dans le droit chemin et leur dire que ce n'est pas le but " (E3)

" Mon rôle c'est de les redresser dans leurs pensées ou leurs façons de faire " (E3)

" Ce n'est pas toujours évident de les rendre responsables " (E3)

Le fonctionnement paternaliste n'était pas retrouvé chez les plus jeunes médecins participants.

9. Eléments importants que l'on n'a pas su classer

Quelques médecins ont décrit l'alcoolisme comme un fléau, un élément contre lequel on ne peut rien :

" En tout cas... c'est la spirale infernale quoi... " (E8)

" Ils sont partis dans une espèce de cercle vicieux qui n'arrive plus à s'inverser " (E8)

Un des médecins nous a paru représenter un modèle à suivre, une référence :

" J'ai l'impression que ça évolue énormément les soins en addicto/alcoologie. Peut-être que les préconçus qu'on pouvait en avoir à une certaine époque sont caduques et qu'il y a besoin de re-sensibiliser les médecins à une autre approche quoi. Ça c'est certain " (E1)

10. Conclusion

Les entretiens avec les médecins généralistes ont permis de mettre en évidence de nombreux freins à l'abord et la prise en charge des patients ayant un problème avec l'alcool. Certains étaient " évidents " comme le manque de temps, le sentiment d'incompétence et le manque de formation. D'autres étaient " cachés " et renvoyaient à la norme intime de chaque médecin, notamment leurs représentations, la question de la morale, mais aussi la vision personnelle qu'ils avaient de leur rôle de médecin. L'originalité du thème alcool, sous-tendue par sa place particulière dans notre société et dans l'histoire personnelle de chacun, influençait également les médecins, consciemment ou non. Notons qu'un grand nombre de thèmes pouvaient paradoxalement être, en fonction des médecins, à la fois un frein et un élément facilitateur.

Au cours de ces douze entretiens, nous n'avons pas décelé de différences notoires dans les réponses apportées en fonction de l'âge, du genre, du lieu ou du mode d'exercice. On peut tout au plus remarquer que :

- Les deux médecins de plus de 60 ans semblaient être les seuls de l'étude à prendre en charge sans aide extérieure les patients mésusant l'alcool.
- les jeunes médecins n'ont pas exprimé l'impression que les patients n'avaient pas réellement envie de s'en sortir.

Les études en Ile de France sont en cours et permettront peut-être de nous apporter des éléments de comparaison en fonction des critères géographiques.

II. ENTRETIENS DANS LE CHAMP DE L'ALCOOLOGIE

1. Résumés des entretiens

Nous avons réalisé 4 entretiens individuels de médecins généralistes alcoologues (E13 à E16). La durée moyenne des entretiens était de 55 minutes, allant de 44 à 60 minutes.

Nous avons également rencontré un accompagnant psycho-social exerçant dans un CSAPA, afin d'observer si des éléments nouveaux ressortaient de son témoignage. Il s'agissait d'un professionnel de l'alcoologie exerçant depuis 20 ans ayant un mode de pratique proche des médecins (E17).

Dans cette même logique de confirmer la saturation des données, nous avons aussi recueilli le point de vue d'une adhérente à une association de patients malades de l'alcool (E18).

Le recueil de données s'est déroulé entre le 1^{er} juin et le 16 juin 2016 dans la région Poitou-Charentes.

Nous présentons le résumé de ces entretiens en annexe (annexe n°4).

2. Caractéristiques de l'échantillon

Les médecins alcoologues participants avaient tous plus de 50 ans, il y avait 3 hommes et une femme. Deux d'entre eux étaient des médecins généralistes exerçant exclusivement en centre d'addictologie en zone urbaine, un était médecin généraliste en zone rurale. Le quatrième était médecin généraliste retraité en zone rurale et continuait à travailler en addictologie en secteur hospitalier.

L'accompagnant psychosocial était un homme de plus de 50 ans qui exerçait dans un CSAPA en zone urbaine.

La personne représentante de l'association de malades de l'alcool était une femme d'environ 65 ans, demeurant en zone urbaine. Le recrutement a eu lieu sur la région Poitou-Charentes.

Les principales caractéristiques des participants sont résumées dans le tableau n° VI ci-dessous.

Tableau VI : Caractéristiques principales des alcoologues

	E13	E14	E15	E16	E17	E18
Sexe						
Masculin	X		X	X	X	
Féminin		X				X
Ville	Thouars	Niort	La Rochelle	Rochefort	Poitiers	Poitiers
Médecin	X	X	X	X		

3. Résultats en cinq thèmes

Nous avons choisi d'analyser les entretiens des médecins addictologues par le prisme des cinq grands thèmes précédemment identifiés avec les médecins généralistes.

4. Les réponses de prime abord

Les réponses de prime abord apparaissaient également de façon non surprenante dans le discours des médecins alcoologues, mais avec un point de vue parfois différent.

4.1 La notion du temps

Pour les alcoologues, le temps était **un allié** dans la prise en charge (E13, E14, E15, E16, E17). **Prendre le temps** avec les patients était nécessaire :

" Moi je pense que c'est un problème qui n'en n'est pas un...C'est vrai que le temps c'est de l'argent mais y a des choses qui n'ont pas de prix. Moi je pense que les gens ont besoin qu'on prenne le temps " (E13)

Ce point de vue était partagé par la patiente interrogée :

" Il va falloir beaucoup de temps aussi, parfois les médecins généralistes n'ont que dix minutes ou un quart d'heure, et il va falloir du temps pour écouter la personne ". (E18)

Un médecin alcoologue comprenait que le temps puisse manquer aux médecins généralistes :

" Je comprends que ce soit difficile pour un généraliste qui a 20 minutes qui va entendre tout ce discours. Parfois c'est la " faute à... " parce que souvent les gens sont là pour dire, " j'ai des problèmes parce que ... " " (E14)

Ce même médecin déclarait que dans son exercice, il pouvait consacrer plus de temps à chaque consultation :

" Ici, c'est vrai qu'on a les moyens de proposer des consultations de $\frac{3}{4}$ h ou d'une heure " (E14)

Pour un alcoologue, trouver le temps nécessaire pouvait être difficile pour un médecin généraliste. Concrètement, il leur proposait de **" passer la main " en cas de difficulté liée au manque de temps :**

" Alors là je me mets à la place des médecins généralistes parce que passer seulement 10 minutes sur ce sujet, c'est difficile. La question du temps consacré, la fréquence des consultations... Quand on s'engage, on s'engage. " Je ne vous laisserai pas tomber ". Et si on ne peut pas il faut envoyer à quelqu'un d'autre si c'est possible " (E15)

Certains participants soulevaient le fait que la prise en charge des patients alcooliques ne pouvait s'envisager que **sur le long terme :**

" Et puis ici avec le médecin généraliste, je suppose, en ville ou à la campagne, c'est la même chose, on s'inscrit dans une diachronie. Les gens on va les revoir, même si parfois il y a de longues pauses " (E15)

" En médecine générale, le gros intérêt, c'est la durée. On n'a pas le temps mais on a la durée. Alors qu'à l'hôpital, on a du temps en hospitalisation, mais on n'a pas la durée. Et pour des gens qui sont dépendants, il faut la durée. C'est une longue histoire " (E16)

Certains proposaient d'**utiliser la répétition des consultations dans le temps**, avec des **objectifs adaptés :**

" Mais il faut vraiment le voir comme une succession de consultations dont on n'attend que des petites choses " (E16)

" Il faut que le médecin apprenne à segmenter. Ça fait partie du job... Très professionnel ça veut dire " Ecoutez, on va passer 15 à 20 minutes là, voilà, on ne va aborder que ça, " Oui mais j'ai ça encore, oui et puis ma femme..., et puis j'ai mon travail " etc... Et au lieu de continuer, il faut que le médecin ait la sagesse d'arrêter et de dire : " Bon, écoutez, là on s'arrête, très bien, je le note, et on recommencera à la consultation suivante. " " (E16)

Pour les médecins alcoologues, le temps était donc un allié dans la prise en charge des patients. Ils proposaient aux médecins généralistes de répéter les consultations dans le temps, ou de s'adresser à d'autres professionnels en cas de difficulté liée au manque de temps.

4.2 Les compétences des médecins généralistes

Du point de vue de la patiente interrogée, les médecins généralistes manquaient de compétences en alcoologie et étaient démunis face à cette problématique :

" Peut-être que les médecins n'ont pas la connaissance approfondie de la maladie alcoolique et puis ils ne savent pas quoi faire " (E18)

Un médecin alcoologue pensait lui que les médecins généralistes sous-estimaient leurs compétences :

" Je pense que les médecins sous-estiment leurs compétences en la matière. On ne sait pas pourquoi " (E14)

Pour deux médecins, les **connaissances théoriques** étaient un prérequis important pour aborder la problématique de l'alcool :

" Alors d'abord, quand on aborde un patient alcoolique, on est beaucoup mieux quand on a dans sa tête imprimée de la théorie. Et c'est toujours la théorie et la clinique " (E13)

Pour l'un, savoir **définir la maladie alcoolique** était capital :

" De toute façon, il ne faut pas perdre de l'esprit l'une des définitions de la maladie alcoolique c'est la rechute. Si on ne s'est pas mis ça dans la tête, on ferme l'alcoologie ". (E13)

Pour l'autre, des connaissances sur le **versant psychologique** de la prise en charge étaient nécessaires :

" Mais c'est vrai qu'il faut maîtriser pas mal d'éléments de psychologie, et de, comment pourrait-on dire ? De correction des troubles du comportement " (E16)

Selon un participant, la **connaissance du réseau d'addictologie** faisait partie intégrante de ces prérequis :

" Le médecin généraliste se doit de connaître les circuits de soin de la maladie alcoolique " (E13)

Les alcoologues soulignaient donc l'importance des connaissances en alcoologie pour offrir des soins de qualité. De leur point de vue, ces connaissances pouvaient-être améliorées par des formations adaptées.

4.3 La formation des médecins généralistes à l'alcoologie

Les alcoologues pensaient que la formation des médecins généralistes dans ce domaine était **insuffisante** :

" Je pense que la formation des généralistes par rapport à la prise en charge de l'alcoolique ou du toxicomane est insuffisante " (E13)

Pour aider les médecins généralistes, plusieurs participants ont **proposé des idées de formations** avec des axes différents. Premièrement, une formation basée sur **l'écoute** :

" Alors pour s'améliorer d'abord il faut créer, politiquement, des systèmes d'enseignement postuniversitaires et sensibiliser les généralistes. Et tout ça serait à revoir : Les formations, l'écoute. " (E13)

Certains pensaient qu'une des solutions pourrait être une **formation mutualisée** avec d'autres professionnels de santé (E13, E14, E15) :

" Il faut mutualiser les formations. J'imaginerais des formations, pourquoi pas avec les infirmières, des généralistes et tout ça, des groupes. C'est ce qu'on fait en Balint " (E13)

" Il faudrait qu'il y ait des échanges cliniques pluri professionnels, pour échanger sur les pratiques car tout seul c'est compliqué " (E14)

" Il faudrait que ça passe par la formation DPC. Avec un travail sur soi-même. C'est intéressant, quand on est en groupe, on a une supervision, on a le travail clinique commun. Avoir un travail clinique partagé peut-être, ça c'est intéressant car ce sont des sujets complexes. Il y a peut-être des choses comme ça à mettre en place " (E15)

Un médecin alcoologue proposait une formation pratique **sur la conduite à tenir face aux patients** en situation d'addiction à l'alcool :

" Enfin, moi je pense que là, il y a une formation à décliner, dans laquelle vont venir progressivement les questions : qu'est-ce que je fais dans cette consultation ? Qu'est-ce que je prescris ? " (E16)

Ce médecin proposait également de réaliser **un travail sur " l'autre "** :

" D'abord, la conception de ce qu'il se passe dans le cerveau de l'autre... Et ça, il y a un gros paquet à faire... Il faut commencer par une représentation du trouble, voilà. Et ça, c'est très important " (E16)

Les professionnels de l'alcoologie ont ainsi proposé plusieurs idées de formations à l'attention des médecins généralistes, dans l'optique d'une amélioration concrète de la prise en charge des patients malades de l'alcool.

4.4 La coopération alcoologue-médecin généraliste

Pour deux médecins alcoologues, **les médecins généralistes connaissent le réseau régional d'addictologie** :

" Il y a un réseau addiction en région Poitou Charentes et tous les médecins de la région ont été, enfin, sont au courant d'une façon ou d'une autre... " (E14)

" Mais je pense que les médecins généralistes embarrassés avec ça, et je comprends tout à fait, savent qu'il y a un endroit d'écoute, le CSAPA " (E13)

Pour l'un d'entre eux, la coopération avec les médecins généralistes se déroulait facilement :

" On a des échanges avec eux quand on a un patient, on peut aussi, avec l'accord du patient, appeler le médecin pour dire où on en est, si on a mis un traitement, donc on a des liens assez faciles " (E14)

Cependant, certains alcoologues ressentent des **difficultés** en rapport avec la communication avec les médecins généralistes. Des alcoologues signalaient que dans certains cas les patients refusaient qu'ils écrivent à leur médecin traitant (E13, E14) :

" Il y a même des patients qui disent " ah je n'en n'ai pas parlé à mon généraliste ", je leur dis " voulez-vous que je lui fasse une lettre " et ils répondent " ah non ! ", " bon quand vous me le direz je le ferai " " (E13)

" Les patients ne veulent pas que leur médecin généraliste soit au courant parce que le médecin généraliste est associé à la famille et je pense qu'il y a une honte avec justement cette résistance " (E13)

" Certains patients ne parlent pas du problème d'alcool avec leur médecin, ils ne souhaitent pas qu'il soit au courant ; que le médecin de famille ait une mauvaise image de lui. Et me demandent de ne pas leur écrire " (E14)

Une autre difficulté soulevée était **la méconnaissance des pratiques du CSAPA** par les médecins généralistes :

" Peut-être l'idée que les généralistes se font des CSAPA aussi c'est que ce serait un endroit où on orienterait vers des cures de sevrage, des sevrages complexes, qu'on

serait dans une démarche d'abstinence. Alors qu'en fait on n'est pas du tout là-dedans quoi " (E14)

Les professionnels de l'alcoologie ont formulé plusieurs idées pour aider les médecins généralistes dans leur prise en charge.

Premièrement, certains participants proposaient aux médecins généralistes de **s'entourer de professionnels de l'alcoologie** afin **d'éviter l'isolement** dans la gestion des situations compliquées :

" Evidemment un généraliste qui passe d'une consultation pour une dame qui vient avec son cancer du sein et puis le monsieur qui vient pour raconter pour la énième fois la même chose, moi je comprends que ce soit difficile. C'est là que c'est important de nous dire que finalement on est là pour ça en fait. Que nous on peut aider dans ces situations compliquées, pas forcément compliquées sur le plan clinique mais compliquées sur le plan du lien avec le patient en fait... que du coup on est nombreux " (E14)

" Faire appel à des partenariats comme une assistante sociale, un psychologue ou une structure comme la nôtre. Ne pas rester seul... " (E15)

" Je pense que comme ça peut demander de l'énergie et du temps, il vaut mieux être plusieurs auprès d'une personne. Car certains peuvent être épuisants " (E17)

L'un d'eux soulevait l'importance de la **coopération en milieu rural** où l'isolement est fréquent :

" Pour les médecins ruraux, travailler avec une assistante sociale, avec le CSAPA référent, avec des psychologues libéraux. Ça c'est très important " (E15)

L'accompagnant psycho-social interrogé proposait aux médecins généralistes de développer un partenariat avec le CSAPA, afin **d'offrir des soins complémentaires** :

" Je crois qu'il faut développer ce partenariat-là et en tout cas inviter la personne en lui disant qu'il y a d'autres espaces où elle peut trouver des choses " que je ne peux pas vous amener " " (E17)

" On voit bien comment les gens s'emparent de ces deux espaces-là qui sont complémentaires et différents. On est imprégnés par notre formation, par le poste qu'on occupe donc forcément avec les gens l'échange est différent et je crois complémentaire " (E17)

Un addictologue soulevait l'importance de **travailler " ensemble "** :

" Donc on peut travailler en même temps ...je veux dire, on peut aussi travailler en parallèle c'est-à-dire que le généraliste continue à voir le patient, que nous on voit aussi, on s'ajuste, ce n'est pas forcément passer la main, c'est aussi travailler ensemble et ça n'est pas encore inscrit dans le quotidien " (E14)

Un alcoologue se montrait **très disponible** pour communiquer avec les médecins généralistes en difficulté avec un patient :

" Et puis je réponds toujours en direct à un médecin qui veut m'orienter quelqu'un, je donne un rdv en direct, je réponds toujours au médecin qui m'appelle.... Quand ils ont une difficulté avec quelqu'un, qu'ils souhaitent que je le rencontre, je dis oui tout de suite et je donne un rdv tout de suite, vraiment je réponds parce que je trouve que c'est important de ne pas laisser un médecin en difficulté avec un patient même si on sait que c'est pas urgent ... " (E14)

La patiente interrogée conseillait d'adresser les patients à un autre professionnel de santé dès lors que le médecin généraliste **se sentait dépassé** :

" Il y a des médecins généralistes qui ne se sentent pas capables sur le plan psychologique d'accompagner quelqu'un, mais dans ce cas-là, il ne faut pas les retenir il existe des tas de choses... " (E18)

Elle attendait des médecins généralistes qu'ils parlent plus des associations de patients à leurs malades :

" Ce qu'on attend des généralistes c'est qu'ils parlent des associations... par exemple dire aux personnes " voulez-vous rencontrer quelqu'un qui a vécu les mêmes choses que vous ? " " (E18)

Enfin, un alcoologue pensait que la communication du CSAPA vers les médecins généralistes était aussi à améliorer :

" Mais je pense qu'on ne travaille pas très bien de ce côté-là on assure pas assez le lien avec le médecin généraliste, c'est un travail qu'on a à faire " (E14)

4.5 Le contexte psycho-social du patient

Un médecin alcoologue citait les comorbidités psychiatriques comme un élément " compliqué " :

" Il y a des troubles de la personnalité ou des troubles de l'humeur graves ou même des troubles du registre psychotique ça existe aussi. On n'a pas mal de patients qui sont dans ce profil là et du coup c'est compliqué " (E14)

Cependant, aucun n'a évoqué le contexte psycho-social du patient comme une difficulté dans la prise en charge.

5. La question de la particularité du thème alcool

5.1 Un produit de consommation socio-culturel

De même que les médecins généralistes, les professionnels de l'alcoologie ont évoqué la place particulière de l'alcool dans notre société :

" Il y a certaines pressions et la présence importante de l'alcool de notre culture " (E17)

Un médecin soulignait le rituel de la consommation d'alcool de fin de journée :

" Donc c'est sûr qu'il y a une notion culturelle là-dedans, une représentation collective, on arrive du travail, on prend un temps pour se relâcher et l'alcool peut être présent. Mais c'est la gestion d'un temps où le vide se fait, où on passe d'une activité à une autre, à la ritualité, à notre culture aussi évidemment " (E15)

Comme certains médecins généralistes, un médecin addictologue a parlé du profit financier qui pouvait être réalisé grâce à la consommation d'alcool :

" Sur le plan économique la consommation d'alcool rapporte quand même du pognon... " (E13)

Enfin, un participant soulignait la culpabilité renvoyée par la société aux consommateurs d'alcool :

" Il y a une notion de culpabilité qui est bien renvoyée par la société, par les médias, par la littérature, la culture " (E16)

5.2 Le lien avec l'intime

Certains alcoologues ont rappelé le fait que tout le monde était concerné par la question de l'alcool, en tant que médecin ou simplement en tant qu'Homme. Quelle que soit la personne, cela renvoyait à quelque chose d'intime, à sa propre consommation :

" Mais il y a aussi le fait qu'on est tous confrontés à la question de l'alcool, comme consommateurs, comme usager comme on dit. Et aussi comme parent ou ami de gens qui ont des problèmes avec l'alcool. Ça renvoie forcément à quelque chose de personnel et ça peut être difficile " (E14)

" Il faut être conscient de son propre rapport à l'alcool et à " l'alcoolisme " " (E14)

" Et puis ça renvoie à sa propre consommation " (E15)

La patiente interrogée évoquait ce renvoi à l'intime comme un possible frein pour les médecins généralistes :

" Etre plus au clair avec leur propre consommation, ils sont obligés de se regarder et tout, et ils n'ont pas envie peut-être " (E18)

Du fait de cet inévitable rapport à l'intime, certains alcoologues proposaient aux médecins généralistes **un véritable travail sur eux-mêmes** afin d'optimiser l'abord du sujet de l'alcool avec leurs patients. Pour quelques alcoologues, il était nécessaire que les médecins **se questionnent à propos de leur rapport personnel à l'alcool** :

" Le médecin par rapport à l'alcool faut d'abord avoir fait un travail sur soi-même avant de commencer d'aborder... Connais-toi toi-même voyez, sa propre position par rapport à ça, ça paraît important... " (E13)

" Quand on a fait un petit peu le point de ces résistances à soi, à ce moment-là on peut écouter les résistances de l'autre " (E13)

" Il y a peut-être un travail à faire sur soi-même aussi. Pourquoi cette réticence ? " (E15)

" Vraiment le travail sur soi-même. " Comment ça se fait que dans ma clientèle je n'aie que 2 alcooliques ? Est-ce que c'est moi qui ne les voit pas où bien c'est qu'ils ne viennent pas me voir ? " " (E15)

" Quand on participe à des formations, on invite les participants à regarder leur propre histoire personnelle et familiale. On reçoit un héritage par rapport à l'alcool, avec ses représentations et qui influence... ça c'est clair ! " (E17)

Un médecin de CSAPA déclarait que l'addictologie était un domaine de la médecine qui permettait de mieux faire **connaissance avec soi-même** :

" Je dirais que c'est un cadre très enrichissant. Du fait aussi de la connaissance sur soi-même qu'on peut acquérir par rapport au paradigme du soin...Même le médecin généraliste peut se poser la question : " est-ce que je suis dépendant ou pas ? " Ça peut être une question... mais ce rapport humain est extraordinaire " (E13)

Un médecin proposait un travail sur soi à travers **la problématique de l'échec** :

" Les médecins connaissant la maladie alcoolique, avec leurs rechutes inévitables, sont pourtant des gens qui aiment le succès. Vous avez tellement été formés pour passer des concours, là vous allez travailler sur l'échec. C'est l'inverse et c'est ça qui est passionnant et ça vous remet en cause et ça c'est bien " (E13)

De même que pour les médecins généralistes, la problématique de l'alcool pouvait s'inscrire dans une **histoire familiale**, entraînant des difficultés liées au double rôle médecin-entourage :

" C'est compliqué de parler dans la famille avec des gens qui auraient des problèmes d'alcool, c'est difficile d'en parler. On ne se sent pas très à l'aise. Parce que là du coup on n'est plus avec la casquette addicto on est cousin, cousine, frère et sœur " (E14)

Un participant a souligné que cette difficulté se posait également si le patient était aussi un médecin. Il était pour lui difficile de s'en tenir au rôle de médecin et non de " pair " :

" Voilà, j'accompagne un médecin qui a des problèmes d'alcool, depuis très longtemps, c'est très difficile d'ailleurs parce que le médecin qui a mon âge : " oui, on se comprend quoi, tu me comprends... ". Là ça, c'est vraiment difficile... " (E16)

5.3 La notion de tabou

Contrairement aux entretiens avec les médecins généralistes, la notion du tabou n'a pas été évoquée par les alcoologues. C'est un sujet qui a cependant été abordé par la représentante de l'association de patients :

" C'est tabou, aussi bien de la part du malade que du médecin, on va plus facilement parler de tabac par exemple " (E18)

6. La question des représentations des médecins

6.1 Le déni

Certains médecins addictologues se représentaient également les patients alcooliques dans **le déni** :

" Et parfois il y a ce qu'on appelle le déni des conséquences avec le produit. Ils peuvent venir en disant, voilà, j'ai un problème avec l'alcool, mais ce n'est pas si grave que ça, je ne suis pas dépendant, je peux m'arrêter quand je veux " (E14)

" Et puis, vous avez des gens qui disent qu'ils boivent comme tout le monde, et puis qu'il faut bien mourir de quelque chose, et puis il y en a qui sont dans le déni total : " Moi je ne bois pas, non, non, non, non, juste l'apéritif le week-end " (E16)

Pour un médecin, il fallait respecter le déni :

" Mais il y a des gens qui sont dans le déni, donc il faut respecter le déni... et c'est tellement complexe, tous les cas sont différents " (E13)

L'un des médecins de CSAPA a soulevé que, de la même façon que le patient était parfois dans le déni, le médecin pouvait l'être aussi :

" Alors là manipulateur, menteur, on l'entend moins mais les gens disent souvent, " mais il est dans le déni " ... oui mais nous aussi on est dans le déni, forcément, d'un certain nombre de choses, enfin on est tous dans le déni. Le déni ça ne veut rien dire en soi " (E14)

6.2 Le sentiment de honte

L'accompagnant psychosocial participant à l'étude a soulevé la question du **sentiment de honte** des patients. Il est le seul professionnel de l'alcoologie à avoir abordé ce sujet :

" On voit bien aussi que parfois il y a des gens qui n'osent pas en parler à leur médecin. La honte... " il va penser quoi de moi ? " " (E17)

6.3 Des patients épuisés

Même pour des professionnels de l'alcoologie, les patients alcooliques pouvaient-être **épuisés** :

" Le patient me parle que de ce qu'il vit, des autres, la société, de ses parents, de ceci, de cela, il y a toujours une raison. Et c'est épuisant quoi...Evidemment un généraliste qui passe d'une consultation pour une dame qui vient avec son cancer du sein et puis le monsieur qui vient pour raconter pour la énième fois la même chose, moi je comprends que ce soit difficile " (E14)

L'un d'entre eux évoquait clairement **la peur d'être envahi** comme un frein à l'évocation du sujet par les médecins généralistes :

" Je ne sais pas... peut être la peur d'être envahis, car ce sont des gens qui vont demander beaucoup d'écoute... " (E17)

6.4 Les clichés en lien avec l'alcoolisme

Un médecin alcoologue pensait que les clichés se rapportant à l'alcoolisme étaient également retrouvés dans le discours et les attitudes de certains médecins généralistes :

" C'est vrai que les médecins, je pense, s'éloignent assez peu de la représentation commune. Je pense. Enfin, c'est à vérifier, mais je pense que les médecins s'éloignent pas beaucoup de la représentation commune, surtout en médecine générale " (E16)

Il décrivait notamment les différentes " catégories " dans lesquelles pouvaient être inclus les patients alcooliques :

" Et donc, celui qui... le clochard qui boit sous les ponts, voilà ça va être dans sa catégorie, clac. Celui qui est violent, qui bat sa femme, clac. L'alcoolisme mondain, il va avoir une représentation sympathique " (E16)

Il donnait même un exemple illustrant la **stigmatisation** du patient par son médecin :

" J'ai un témoignage, dans notre association il y a un ancien alcoolique, qui nous a raconté qu'il était suivi par un médecin, et qui l'appelait : " Ah ! Bonjour Monsieur La Picole ". C'est terrible d'être appelé Monsieur La Picole, ça veut dire : " eh bien, c'est foutu, quoi, ça fait partie de ta personnalité. " " (E16)

Face à ces clichés, un alcoologue conseillait aux médecins de **s'affranchir de leurs préjugés et représentations associés à l'alcoolisme** car il s'agissait de freins à la qualité des soins :

" Rencontrer les gens en lâchant tous les préjugés qu'ils peuvent avoir sur la toxicomanie, sur l'alcoolisme, sur des mots qui devraient disparaître, des préjugés sur le fait qu'ils n'auraient pas de volonté, qu'ils seraient manipulateurs, menteurs, vous savez toutes ces choses qu'on dit, qu'ils seraient dans le déni, qu'il n'y aurait pas de demande " (E14)

" Si on regarde quelqu'un en disant c'est un alcoolique, c'est un toxicomane, on l'a perdu déjà. On ne le rencontre pas, on lui met une étiquette, ce n'est pas pareil et en fait ils sont pas tous pareils... " (E14)

Nous avons noté que la question spécifique des femmes n'a pas été abordée par les professionnels du champ de l'alcoologie.

7. La question de la prise en charge

Nous nous sommes ensuite intéressés à la question de la prise en charge des problèmes d'alcool par les médecins addictologues. Comment les patients arrivaient-ils à eux et comment les prenaient-ils en charge ?

Qu'est-ce qui, de leur point de vue, pouvait poser problème dans la prise en charge des médecins généralistes ? Quels conseils leurs donnaient-ils pour s'améliorer ?

7.1 Les circuits par lesquels les patients arrivaient en structure d'alcoologie

Les patients arrivaient en structure d'alcoologie par des voies différentes. Du point de vue de l'accompagnant psycho-social, c'était en majorité suite à une **pression extérieure** :

" En général, 90% des gens qui viennent ici c'est parce qu'un tiers a dit " votre consommation d'alcool est peut-être problématique, ça serait bien que vous alliez en parler, vous faire aider " " (E17)

Certains patients étaient orientés par la **justice**, dans le cadre d'une obligation de soins :

" Et puis il y a tous les gens qui nous sont envoyés par la justice " (E13)

" On a à peu près 16% des patients qui viennent orientés par la justice dans le cadre d'une obligation de soins " (E14)

Parfois c'est l'**entourage** qui faisait la première démarche :

" L'entourage fait parfois la première démarche, sans ou avec le malade désigné. Ici au CSAPA on a une prise en charge spécifique de l'entourage " (E15)

D'autres patients venaient au CSAPA **par-eux-mêmes** :

" Très généralement les gens viennent ici... c'est le patient qui vient en direct..., c'est le patient qui trouve l'adresse tout seul, sur internet, qui cherche un endroit où évoquer ces problèmes là et il va trouver tout seul " (E14)

" Certains vont sur internet et font la démarche de venir nous voir d'eux-mêmes " (E17)

Parfois les patients ont eu connaissance du CSAPA par le **" bouche à oreille "** :

" La notoriété au sens ordinaire du terme. Ça se sait par la communication entre les gens qui sont concernés par le sujet " (E15)

Enfin, les patients pouvaient également être adressés par **leur médecin traitant** :

" Alors il y a les généralistes qui nous envoient les patients parce qu'ils les ont travaillés. Parce que souvent quand les médecins nous envoient un patient c'est pas pour s'en débarrasser, c'est parce qu'ils ont déjà commencé dans les racines de leur travail de généraliste à préparer le terrain et donc là ils nous les envoient. En général les généralistes sont drôlement bien vus des patients alcooliques " (E13)

L'accompagnant psycho-social avait le sentiment que les médecins généralistes adressaient de plus en plus de patients :

" Certains médecins qui ont une certaine écoute alcoologique et ne sont pas que dans la prescription se sont saisis de ce lieu là et nous orientent des gens. Il y en a d'ailleurs de plus en plus " (E17)

Pour un médecin addictologue, les patients adressés par les médecins généralistes étaient au contraire peu nombreux :

" On a des patients qui nous sont adressés par des généralistes mais assez peu en fait " (E14)

" Les patients qui ont des problèmes d'alcool, non pas tant que ça, il n'y a pas beaucoup d'orientation par le médecin " (E14)

Ce médecin s'interrogeait sur la raison de ce phénomène :

" Mais ils n'adressent pas facilement en fait et ça je sais pas trop pourquoi " (E14)

Un alcoologue faisait l'hypothèse d'un **manque d'intérêt** de certains médecins généralistes pour l'alcoologie :

" Il n'a peut-être pas envie, c'est peut-être pas son truc. Comme y a des médecins généralistes qui veulent pas faire de frottis, il y en a d'autres qui sont plus ceci plus cela voilà bon... c'est la personnalité du généraliste " (E13)

Un autre pensait qu'une des raisons pouvait être la **difficulté de faire un diagnostic** en alcoologie :

" Alors, la question est que c'est extrêmement varié... C'est ça peut-être une des clés de difficultés avec mes confrères. C'est que ce n'est pas la personne qui se présente toujours de la même manière avec une douleur appendiculaire où l'on a un syndrome à peu près voisin " (E16)

7.2 Aborder la problématique de l'alcool

De manière assez logique, les alcoologues n'avaient pas de difficulté à évoquer le sujet de l'alcool avec leurs patients. Un des médecins ne parlait ni d'aborder ni d'évoquer la consommation d'alcool mais parlait de **" rencontre "** avec le patient :

" Je me dis que la première étape, on cherche vraiment à rencontrer la personne en fait...à la rencontrer... " (E14)

L'accompagnant psycho-social soulignait cependant que selon certains patients, les médecins généralistes n'abordaient pas la question de l'alcool :

" Les gens nous le disent : " c'est moi qui ait été obligé de dire au médecin que j'avais aussi un problème avec l'alcool ". Il y a un patient qui a été voir le médecin du

travail et était étonné qu'il lui ait posé la question du tabac mais pas de l'alcool " (E17)

La patiente participant à l'étude pensait qu'une des difficultés à aborder la problématique de l'alcool par les médecins pouvait venir du fait que **les patients cachaient ce problème, volontairement ou non** :

" Ils me demandaient si je buvais de l'alcool et je répondais " comme tout le monde, pas beaucoup ", c'était tellement minimisé... mais ils ne pouvaient rien voir " (E18)

" Le médecin peut peut-être passer à côté de personnes qui ont un problème d'alcool car ça ne se voit pas spécialement " (E18)

C'était aussi le point de vue de l'accompagnant psycho-social :

" S'il ne le voit pas, pourquoi il poserait la question ? S'il n'y a aucun indicateur comme l'hypertension ou des éléments comme ça... moi par exemple mon médecin ne m'a jamais posé la question ! " (E17)

Certains médecins de CSAPA donnaient des conseils aux médecins généralistes pour aborder la problématique de l'alcool.

L'un d'eux encourageait les médecins à **oser poser la question de l'alcool** :

" ...Et de dire " écoutez-moi je pense que vous avez un problème avec l'alcool ", ce n'est pas une injure. Nommer les choses ce n'est pas dangereux et c'est déjà parfois décisif. Je pense qu'il y a des gens qui arrêtent l'alcool simplement parce quelqu'un leur a dit un jour " je pense que vous avez des problèmes avec ça " (E14)

Un addictologue conseillait de **ne pas attendre une demande explicite** de la part du patient :

" Et en fait il ne faut pas attendre la demande, c'est... ou la demande est implicite, elle n'est pas forcément centrée sur...Les gens ne disent pas " je viens, je veux arrêter l'alcool ". Ils viennent parce qu'ils sont en difficulté avec l'alcool. Ils ne sont pas là pour venir arrêter " (E14)

La patiente conseillait aux médecins de **s'aider de résultats biologiques** pour créer une occasion de parler de l'alcool :

" Avec les marqueurs sur la prise de sang, ça ne veut pas dire que la personne est dépendante, mais au moins le médecin peut en parler et demander : " vous en êtes où de votre consommation ? " " (E18)

Un autre proposait d'en parler **de manière systématique** :

" Il faut aborder le sujet, mettre les pieds dans le plat. Surtout quand c'est au début de la prise en charge. On recueille les antécédents, on le met dans le dossier, la

vésicule, les grossesses etc...On fait tout ça, et donc la « check list » du rapport aux substances psycho actives. Les gens ils trouvent ça normal quoi " (E15)

7.3 La prise en charge en pratique et les conseils des alcoologues

7.3.1 Comment prenaient-ils en charge les patients ?

Les médecins alcoologues semblaient aimer parler de leur façon de prendre en charge les patients alcooliques. Ils ont décrit leurs habitudes de soins. Concernant leurs prises en charge en pratique, ils parlaient beaucoup de **moyens relationnels**.

Pour certains, **le médecin était en lui-même un médicament** :

" Parce que le rôle du médecin c'est de savoir qu'il est un médicament, c'est un soin " (E13)

" Quand on a cette notion qu'on est un médicament on doit se travailler pour être un médicament, en étudiant... avoir le meilleur effet pharmacologique " (E13).

" Oui comme s'il y avait des modes opératoires, des clés, des choses, que nous on saurait et qu'ils ne sauraient pas.... En fait non, on travaille avec ce qu'on est, ce qu'on pense aussi, dans la mesure où on est capable de penser à la situation des gens et d'y réfléchir avec eux, de mettre du sens à ce qu'ils nous disent " (E14)

Certains ont parlé des **médicaments " classiques "** mais jamais comme l'élément clé de la prise en charge. Un participant expliquait qu'il utilisait des médicaments quand c'était la demande du patient :

" Ce n'est pas moi qui lui ait proposé, c'est elle qui me l'a demandé. Donc j'ai acquiescé à cette demande et j'ai proposé quelque chose, le SELINCRO®, en lui expliquant bien les effets secondaires qu'elle pouvait ressentir les premiers jours " (E15)

Un autre soulevait l'intérêt des médicaments, en précisant que ce n'était pas une solution sur le long terme :

" Donc, quelqu'un qui se noie, est-ce qu'il faut appeler un maître-nageur ou lancer la bouée ? Qu'est ce qui est plus opportun ? Le plus opportun c'est de lancer une bouée. Donc, la bouée c'est le médicament, voilà. C'est l'intervention immédiate, mais elle est adaptée au moment où la personne se noie. Donc, les antidépresseurs, les anxiolytiques... Mais aucune bouée n'a appris à quelqu'un à nager " (E16)

Un médecin parlait plutôt du **lien qui soigne** :

" On ne sait pas ce qui guérit nos patients ou ce qui les soigne. On dit toujours que c'est le lien qui soigne, je pense que c'est ça en fait. Un vrai regard inconditionnel, c'est ça l'idée, un regard inconditionnel de confiance " (E14)

Certains parlaient de **soutien psychologique** en insistant sur l'aspect humain de la prise en charge :

" Dans la prise en charge, même si on boit, tout ça, ce qui compte surtout c'est l'aspect humain " (E13)

" Parce que quand même, la maladie alcoolique faut quand même pas oublier que c'est une maladie du cadre psychique. Il y a plus de cadre...Donc moi je n'ai pas de méthode, je suis comme ça, j'écoute et puis tout ce qu'il m'envoie j'en fait un peu quelque chose. C'est-à-dire que je prends sa parole en considération pour reformuler par rapport à ma théorie et mon ressenti " (E13)

Cependant, la patiente interrogée avait le sentiment que son médecin généraliste ne prenait pas en compte cette dimension psychologique :

" Il ne m'a soigné que physiquement et pas psychologiquement " (E18)

" C'est vrai que quand j'étais plus jeune, les médecins n'allaient pas plus loin, ils me donnaient des médicaments pour dormir, des tranquillisants " (E18)

Un alcoologue axait ses entretiens sur **l'écoute du patient** et de son histoire dans sa globalité :

" Ils ont beaucoup de choses à dire là-dessus. Ils n'ont pas forcément... ce ne sont pas des patients qui vont raconter leurs histoires, leurs vies, leurs traumatismes, leurs blessures, d'entrée de jeu. On va commencer à parler du produit. Mais nous ce n'est pas un objectif en soi de définir la dépendance " (E14)

" Du coup on se décale un peu de la simple relation avec le produit, pour l'inscrire dans une histoire personnelle, dans un contexte social, parce que moi je suis assez sensible à ça " (E14)

Pour certains médecins, c'était **au patient de choisir** ses soins et le moment opportun pour les débiter :

" J'aborde tout ça et puis ils choisissent parmi plusieurs options. Et puis la fois suivante sera une autre étape. Ce sont les patients qui doivent choisir et qui ressentent l'efficacité de leur mobilisation " (E15)

Les médecins alcoologues pensaient que l'objectif recherché était plus **une maîtrise de la consommation** que l'abstinence :

" Et du coup, on est plus sur le contrôle des consommations, la réduction de la consommation et des risques, le sevrage et l'abstinence restent un objectif ou un outil aussi, au moins pour une période " (E15)

" Mais ça c'est la vieille histoire de l'alcoologie avec le dogme de l'abstinence totale et définitive, c'était vraiment la pensée qui dominait il y a 20 ans... Là on n'est plus du tout dans cette approche-là " (E14)

" Moi je travaille sur le fait de mener une vie de moins en moins inacceptable, ou de plus en plus acceptable, quels sont les progrès que l'on peut faire par rapport à une consommation antérieure. En sachant que, ces personnes-là vont, reprendre des consommations...arrêter, et... " (E16)

7.3.2 Les conseils des alcoologues aux médecins généralistes

Les professionnels du champ de l'alcoologie, ainsi que la patiente interrogée, ont formulé des conseils à l'attention des médecins généralistes dans le but d'améliorer la prise en charge des patients.

Tout d'abord, un médecin addictologue pensait que pour accompagner les patients alcooliques, il fallait **en avoir envie, s'y intéresser** :

" Alors, pour bien s'en occuper, d'abord faut en avoir envie " (E13)

C'était également le point de vue de la patiente interrogée :

" Pour s'améliorer les médecins généralistes devraient s'y intéresser plus... " (E18)

Un autre conseillait de **se centrer sur le patient** :

" Faut pas vouloir les sauver forcément de cette relation au produit. Faut vouloir les rencontrer, là où ils sont et dans la problématique qu'ils ont " (E14)

Un participant proposait de **dédramatiser la question de l'alcool** et d'accrocher un lien avec les patients :

" L'idée c'est de dédramatiser, d'accrocher un lien avec ces gens-là pour les aider à cheminer par rapport à ça " (E17)

Un alcoologue pensait qu'il ne fallait **pas attendre une solution miracle** :

" Le problème majeur, c'est que le médecin est encore dans cette... on est dans cette idée que : "j'ai une solution sous le stylo ou le clavier, médicamenteuse, que je vais évaluer... ". Et bien non, ça ne marche pas comme ça " (E16)

Ensuite, les médecins addictologues ont proposé des conseils pratiques pour la prise en charge des patients.

Premièrement, l'un d'eux conseillait de **viser des objectifs atteignables**, discutés avec les patients et adaptés à eux :

" Je pense qu'il faut qu'ils aient des objectifs minimaux, des petits objectifs, et qu'ils ne se prennent pas pour un psychologue. " Mais on peut peut-être avancer jusqu'à la prochaine consultation, qu'est-ce que vous pouvez améliorer ? ". Voilà, c'est une négociation à deux " (E16)

L'accompagnant psychosocial insistait sur la **création d'un espace d'écoute** :

" Le conseil que je peux donner c'est de créer un espace de soutien, d'écoute, de parole " (E17)

Pour lui, la prise en charge **ne devait pas être centrée sur la prescription médicamenteuse** :

" Ne pas se focaliser sur " c'est une maladie " et une prescription. Il y a forcément une prescription mais...après peut-être que c'est possible aujourd'hui des traitements comme Selincro, Baclofène... qui permettraient une réduction de la consommation, c'est possible. Mais parce qu'il y a tout un cheminement et un accompagnement ". (E17)

Un médecin proposait de travailler sur la **problématique du lien**, de la relation à l'autre du patient :

" Mais pour beaucoup de patients la problématique d'alcool ou toxique c'est une problématique de liens. Du coup, si les médecins se dégagent de l'idée qu'il faut un résultat en termes d'abstinence ; s'ils se dégagent de ça je pense que le fait de rencontrer les gens, d'établir un lien avec eux, de les aider à comprendre ce qui est en jeu sur le plan personnel, de leur relation à l'autre, sur le plan de la relation de couple ou sur le plan de la relation dans le milieu du travail, sur le plan de leur façon d'être dans le monde et de ne pas se faire confiance et d'avoir toujours cette difficulté à rentrer en relation avec les autres.. Dans la mesure où on essaie de réparer ça, le lien en quelque sorte, on aide les gens " (E14)

Pour des médecins qui auraient des difficultés à parler des problèmes intimes et relationnels de leurs patients, un addictologue insistait sur l'abord de la problématique de l'alcool par le biais de la **prise en charge du corps** :

" Un médecin qui peut pas parler parce que c'est difficile pour lui de parler des problèmes psychiques, qui n'a pas envie d'avoir à discuter de difficultés conjugales d'un patient par exemple, de sa sexualité, ou des choses comme ça... c'est des

choses qu'ils abordent souvent ici... et bien ça fait rien il peut parler du corps, il peut toucher le corps, il peut examiner le corps, il peut partir du corps " (E14)

Ce médecin conseillait aussi d'aborder **les conséquences** de la consommation d'alcool avec le patient :

" C'est évident que tout ce que les médecins peuvent faire afin d'aider la personne à prendre conscience qu'il y a des conséquences somatiques, donc les bilans sanguins, les bilans somatiques, l'examen clinique, leur dire " ... attendez... " : tout ce qui permet aux gens de comprendre qu'il y a des conséquences ça va les aider de toute façon " (E14)

7.3.3 La relation médecin-patient

Deux alcoologues ont parlé de l'importance de la **relation de confiance médecin-patient** dans leur pratique, qui semblait particulièrement forte :

" La relation compte beaucoup. Le mot alliance thérapeutique c'est quelque chose de très fort " (E15)

" Le plus fréquent, c'est quand même une relation duelle intense, en vérité, où je m'attache à ce qu'elle soit profonde et vraie " (E16)

" Je n'aime pas beaucoup la bienveillante neutralité des psychologues ou des psychiatres, donc moi, je suis plutôt dans l'empathie, dans le soutien, parfois marqué, parfois appuyé, parce que je pense qu'ils ont un déficit... " (E16)

Pour l'un d'eux, une des particularités des patients alcooliques était qu'ils mettaient plus de temps à accorder leur confiance :

" C'est long dans l'affiliation aussi, c'est long d'obtenir la confiance de la personne. Ce sont des personnes qui n'ont pas forcément, qui ont des raisons de pas faire confiance facilement " (E14)

Dans ce contexte, de même que les médecins généralistes, les alcoologues ont soulevé la difficulté parfois de trouver **la bonne distance** avec le patient :

" Et c'est pour ça peut-être que les médecins disent quand il y a des rechutes : " Il m'a fait ça à moi ! " comme si j'étais sa maman ou son papa. " Il me fait une rechute ", j'exagère mais je pense qu'il y a certainement une histoire comme ça entre autres " (E13)

" Il y en a qui ont rechuté, qui me l'on dit après, en disant : " Je ne vous l'ai pas dit, je ne voulais pas vous faire de peine ". Donc, je n'ai pas su, peut-être, établir une

relation suffisamment neutre. C'est très difficile, parce qu'il faut à la fois une relation empathique, mais avec une certaine neutralité " (E16)

La patiente soulignait qu'une fois la décision prise de se soigner, la relation de confiance avec un professionnel de l'alcoologie était plus simple à se mettre en place :

" Quand on rencontre un alcoologue, on est prêt à accepter ce qu'il nous dit, pour eux la relation de confiance s'est faite car on a décidé de faire quelque chose pour le problème d'alcool " (E18)

Un alcoologue encourageait les médecins généralistes à parler d'alcool, et conseillait de ne pas avoir peur de nuire à la relation de confiance ou de perdre des patients en abordant le sujet :

" Il ne va pas s'en aller en courant le patient, s'il n'a pas de problème il vous dira " non, non vous vous trompez ". S'il a un problème il pourra dire " non, non " mais au fond de lui ça lui fera beaucoup de bien de savoir que vous avez vu, parce qu'il sait que ça se voit en fait " (E14)

La patiente interrogée proposait aux médecins d'accepter de perdre des patients car c'était pour elle quelque chose d'inévitable :

" C'est vrai que j'ai beaucoup changé de médecin, pourvu qu'il nous dise ce qu'on a envie d'entendre...il faut accepter de perdre des patients... " (E18)

7.3.4 Le fatalisme

Certains professionnels de l'alcoologie pensaient que les médecins généralistes pouvaient être **fatalistes** face à une problématique vécue comme incurable :

" Moi dans ma pratique, quand j'ai été rencontrer des médecins pour leur présenter la structure j'ai bien senti que certains étaient envahis par l'idée qu'avec les alcooliques ça ne sert à rien, il sera toujours et restera alcoolique. Ils sont imprégnés par ce fatalisme " (E17)

L'un d'entre eux leur conseillait **d'outrepasser ce sentiment** :

" Il y a un évitement du sujet par les médecins généralistes car ils ont la représentation d'un problème incurable. Eh bien ça fait rien, ça n'empêche pas qu'on peut en parler quand même " (E14)

La patiente de l'association a soulevé l'importance pour le médecin de revoir des patients qui sont sortis des problèmes d'alcool, pour lutter contre le fatalisme :

" Ça fait du bien au médecin de recevoir les personnes qui vont bien " (E18)

8. La question du rôle du médecin

8.1 La notion de la morale

La question de la morale a été également évoquée par les alcoologues.

L'un d'eux déclarait que les alcoologiques étaient "**mal-vus**" par la société en général, y compris par les soignants, devant un comportement jugé immoral par tous :

" L'alcoolique est mal vu de tout le monde, il est mal vu de lui-même parce qu'il est complètement perdu et il est mal vu de sa famille, mal vu de son patron, mal vu de la police, il est mal vu des soignants " (E13)

Les médecins alcoologues de l'étude avaient le point commun d'être tous soucieux de **ne pas être moralisateurs** avec les patients alcoologiques :

" Je respecte la volonté du patient, on n'est pas des inquisiteurs " (E13)

Deux autres décrivaient leur volonté de ne pas être dans **le jugement** :

" Et je ne suis pas là pour le juger, je suis pas là en position de juger, je voudrais juste qu'il me parle de ce qu'il ressent " (E14)

" En essayant de ne pas être dans le jugement : " Je sens bien que vous faites ce que vous pouvez. Alors vous avez fait comme ça, comment pourrait-on faire autrement ? " " (E16)

Le point de vue de la patiente était que les médecins généralistes étaient dans le jugement, contrairement aux alcoologues :

" Les alcoologues ont une manière d'aborder la personne différente des médecins généralistes : il n'y a pas de jugement, on va parler de ce problème là sans interdire de boire " (E18)

Elle leur conseillait de prendre en charge les patients **sans jugement** :

" Il faut amener la personne à en parler elle-même en définitive, sans jugement, se renseigner car vous êtes le médecin qui s'informe par rapport à l'état du malade " (E18)

Un médecin addictologue expliquait que nommer le problème **d'alcool n'était pas injurier** le patient :

" ...Et de dire " écoutez-moi je pense que vous avez un problème avec l'alcool ", ce n'est pas une injure " (E14)

Ici aussi certains mots employés étaient empruntés au **vocabulaire de la justice** :

" Il ne s'agit pas de tirer les aveux mais de comprendre " (E14)

8.2 Un seul profil de médecins

Un seul grand profil de médecins s'est dégagé des entretiens avec les alcoologues. Aucun d'entre eux ne semblait avoir un comportement paternaliste.

Ils se décrivaient comme des accompagnants pour les patients, sans essayer d'imposer leur point de vue. Aider les gens était leur préoccupation principale :

" On va les accompagner là-dedans, on va les aider à ... " (E14)

" Dans la mesure où on essaie de réparer ça, le lien en quelque sorte, on aide les gens " (E14)

" Aider les gens à une vie plus acceptable. A reprendre les rênes de leur existence. C'est ça en fait, c'est ça le travail " (E16)

9. Conclusion

L'analyse de ces entretiens a permis de faire émerger le point de vue de professionnels de l'alcoologie sur les possibles freins et éléments facilitateurs de la prise en charge par les médecins généralistes des patients faisant un mésusage de l'alcool. Certains étaient similaires à ceux évoqués par les médecins généralistes (les représentations, la question du temps, des connaissances...) bien que toujours éclairés d'un regard différent. Des conseils pratiques ont été formulés à l'attention des médecins généralistes pour faciliter l'abord du sujet et la prise en charge en pratique des patients concernés. De plus, les alcoologues proposaient aux médecins généralistes de travailler à partir de leur lien intime avec l'alcool afin de se questionner sur eux, leur rapport à l'alcool, au patient et à l'autre en général.

III. RESULTAT DE LA TRIANGULATION

1. Retour aux participants

Les verbatim ont tous été soumis par e-mail aux médecins interviewés pour relecture, afin d'en garantir l'objectivité. Aucun participant n'a souhaité apporter de modification. Un seul d'entre eux a été surpris par la transcription mot à mot de l'enregistrement de l'entretien, sans pour autant remettre en cause son objectivité. Ce médecin a également demandé confirmation pour l'anonymisation des entretiens, car des éléments personnels et familiaux avaient été dévoilés. Après renouvellement des informations et plus de détails sur la méthode qualitative, ce médecin a accepté que son entretien soit inclus dans notre étude. La totalité des verbatim a donc été incluse et analysée.

2. Relecture par deux autres enquêtrices

Le même travail a été effectué par 3 personnes (deux en Ile de France et notre travail en Poitou-Charentes). Pour permettre une triangulation de nos résultats, nous avons donc soumis aux deux autres enquêtrices nos verbatim pour relecture et analyse. La première enquêtrice n'a pas pu effectuer ce travail en raison de contraintes d'emploi du temps. Avec la deuxième enquêtrice, nous avons fait un travail de croisement des entretiens au fur à et mesure. Aucun élément nouveau n'est apparu suite à ce double codage indépendant.

3. Relecture par un médecin de la SFMG

Une relecture a également été réalisée par le directeur de recherche des deux enquêtrices en Ile de France, qui est aussi le médecin responsable français de l'étude européenne. Il n'a pas apporté de modifications notoires.

DISCUSSION

DISCUSSION

Notre étude a permis de mettre en évidence plusieurs freins et éléments facilitant la prise en charge, par les médecins généralistes, des patients faisant un mésusage de l'alcool. Certains freins étaient évidents, appelés « de prime abord », alors que d'autres étaient secondaires, disons « cachés ».

Le thème de l'alcool renvoyait à l'intime, la majorité des barrières retrouvées chez les médecins interrogés étant liées à la « norme individuelle » vis-à-vis de l'alcool. La plupart des éléments importants retrouvés pouvaient être parfois paradoxalement tantôt freinateurs, tantôt facilitateurs.

Les entretiens dans le champ de l'alcoologie, médecin ou non, ont permis de faire ressortir d'un point de vue différent ces freins, mais aussi de proposer des moyens concrets d'amélioration des pratiques des médecins généralistes.

1. Discussion sur la méthode : points forts et limites

Avant de discuter les résultats de nos entretiens, il nous paraît important de discuter nos choix de méthode et donner nos impressions quant à cette enquête.

1.1 Le choix de l'étude qualitative

Afin de répondre à notre question de recherche, nous avons choisi de réaliser une étude qualitative. Ce type d'étude permet d'explorer l'expérience vécue et d'analyser les attitudes, pratiques et stratégies des personnes. Elle nous a paru la plus pertinente pour tenter de répondre à nos objectifs de recherche (29,34). Il s'agit de la méthode de choix pour étudier des données non mesurables et aller au-delà d'informations quantifiées (35).

1.2 Le choix des entretiens semi-dirigés

Pour recueillir le matériel à étudier, nous avons choisi de réaliser des entretiens individuels semi-structurés. Cette technique permet de se centrer sur les causes et les logiques qui guident les comportements des individus. Elle nous a semblé plus pertinente que des entretiens collectifs par des focus groups, à cause de la particularité du sujet abordé. Il était important de garantir aux personnes interrogées la plus grande liberté d'expression possible. Une étude quantitative aurait permis de lister les freins et éléments facilitateurs des médecins pour évoquer et prendre en

charge ces patients, mais une étude qualitative permet de mieux cerner la complexité et l'imbrication des différents éléments évoqués et de faire progressivement émerger des éléments initialement passés sous silence. Il semble que ce choix ait répondu à nos attentes.

1.3 La construction du guide d'entretien

Les thèmes abordés au cours des entretiens ont été basés sur ceux utilisés lors de différentes enquêtes du même type.

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... »*. En effet, certains médecins pouvaient être inquiets de ne pas être à la hauteur face à une enquêtrice à priori renseignée sur le sujet, a fortiori médecin. Inquiétude qui a souvent été verbalisée par les participants : *« Je veux bien répondre à vos questions, mais je vous préviens, je ne suis pas très calé sur l'alcool alors je ne sais pas si je vais pouvoir aider »*.

La logique dite de l'entonnoir en se recentrant progressivement sur le sujet, nous a permis de connaître le parcours de vie des participants en allant du vécu de leurs études médicales à leur parcours depuis leur installation.

La question sensible de la consommation d'alcool du médecin interviewé a été posée vers la fin de l'entretien. Nous avons constaté que l'enquêtrice était elle-même peu à l'aise pour évoquer aux participants la question de leur consommation d'alcool. Pourquoi cette gêne ? Ceci souligne bien la prégnance de l'influence de la norme intime de chacun vis-à-vis de ce sujet particulier.

A l'exception de la première et de la dernière, il n'y avait pas d'ordre particulier dans le déroulé des questions. L'enquêtrice s'adaptait en fonction des réactions des participants.

Le travail de préparation, notamment avec un sociologue et des rencontres test préalables, nous a permis d'anticiper les obstacles possibles au climat de confiance indispensable dans ce genre d'entretien.

1.4 Le recueil de l'échantillon

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 freins ou un point de vue différent par rapport à ceux qui nous ont accordé jusqu'à une heure de leur temps.

Le recrutement a donc été poursuivi par un échantillonnage en variation maximale, qui est aussi une méthode pertinente (29). Les participants ont été recrutés dans chaque classe d'âge, de genre, de mode et lieu d'exercice etc... en essayant d'avoir des sujets pour les classes extrêmes des variables. Les médecins généralistes ont été recrutés parmi les connaissances de l'enquêtrice ou du directeur de recherche. Ceci introduit peut-être une faiblesse dans notre étude, car les rapports enquêteur/enquêté ont pu influencer le déroulement des entretiens (gêne provoquant une autocensure par exemple). Mais cela a également permis de limiter le refus de participation et parfois facilité la liberté de parole.

Les médecins généralistes participants n'étaient pas particulièrement intéressés par le sujet. L'échantillon se composait de 12 médecins généralistes et 6 participants dans le champ de l'alcoologie. L'inclusion s'est arrêtée une fois la saturation des données atteinte.

1.5 Le recueil des données

L'adoption de techniques de communication comme une attitude empathique et flexible, et l'utilisation d'un ton de conversation ont permis de briser toute hiérarchie possible (29, 30, 31). Cependant, le fait que l'interviewer et l'interviewé exerçaient la même profession pouvait créer un biais car 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. Une attention particulière a été apportée quant au respect des silences afin de faciliter l'expression des participants. Des techniques de relance comme la reformulation ou l'écho ont été utilisées pour vérifier la bonne compréhension par l'enquêtrice du discours des participants (34). Ceci permet entre autres de faire émerger des éléments qui permettent de différencier ce qui est du domaine du "ce que je devrais faire" du "ce que je pense faire" et même du "ce que je fais réellement".

Il s'agissait de la première enquête qualitative de l'enquêtrice, ce qui créé inévitablement un biais, par manque d'expérience. Le temps prolongé de préparation du guide et des entretiens a pu relativiser ce biais connu et incontournable.

L'enregistrement audio à l'aide d'un dictaphone permettait de ne perdre aucune donnée. Cela a permis à l'enquêtrice d'éviter de devoir prendre des notes en continu, sauf pour les éléments non verbaux, et ainsi de rester plus attentive aux réponses.

Les médecins participants ont choisi majoritairement leur cabinet médical comme lieu pour l'entretien. Les entretiens ont souffert d'interruptions (téléphone, patients...) mais aussi de manque de temps, ce qui a probablement favorisé des réponses plus concises. Un des médecins participants, dont l'entretien a été un des plus courts, a ainsi déclaré à la fin de l'enregistrement : « *C'est déjà fini ! C'est bien car je pensais que ça serait plus long* ». La retranscription des entretiens s'est voulue la plus proche possible des enregistrements audio, mais quelques éléments ont dû être modifiés pour garantir l'anonymat des participants (29,31).

1.6 Ressenti sur le déroulé des entretiens

La réalisation des entretiens a donné lieu à des moments d'échanges très enrichissants. L'accueil a toujours été très bon, parfois même au domicile des participants. Les conversations ont souvent été poursuivies après l'arrêt de l'enregistrement. Les médecins généralistes semblaient apprécier le fait de parler de leurs prises en charge en pratique. Même si ce n'était pas un objectif de la recherche, cela nous a permis de recueillir des informations sur leur façon de soigner et leur représentation de leur rôle de médecin.

Les médecins alcoologues parlaient avec passion de leur métier, et donnaient une image très positive de celui-ci. Ils donnaient beaucoup d'exemples, des cas concrets pour illustrer leurs propos. Les entretiens étaient plus longs, durant le plus souvent une heure. Nous pouvons penser que, même si la raison principale était cette passion pour leur métier, ceci était rendu possible également par une plus grande adaptabilité de leur emploi du temps.

1.7 L'analyse des données

L'analyse des verbatim (basée à la fois sur le verbal et le non verbal) a été effectuée au fur et à mesure de leur réalisation. Ceux qui étaient porteurs de sens ont été confrontés entre eux et regroupés en thèmes et en sous-thèmes.

Le codage a été effectué grâce à la réalisation de fiches, dont le titre et le contenu étaient évolutifs au fur et à mesure des entretiens lus et analysés. Chaque fiche comprenait un thème et des sous thèmes illustrés par du verbatim correspondant. Nous avons affiné les thèmes progressivement, afin de ne pas interpréter prématurément les données. Quatre modèles ont été nécessaires pour arriver au résultat final. L'outil informatique n'a pas été utilisé. Un logiciel comme NVivo® aurait pu être utilisé afin de faciliter le classement des données et leur recherche, mais nous avons choisi de nous en affranchir. L'utilisation d'un logiciel de codage est une aide, facultative, ne remplaçant pas la réflexion propre du chercheur (29). Nos contacts avec le sociologue, habitué à ce type de travail, nous a fructueusement aidé dans l'organisation des données.

1.8 La recherche de la validité interne et externe : la triangulation

Afin de limiter les biais d'interprétation, nous avons effectué un double codage par une deuxième enquêtrice, ce qui a permis de renforcer sa validité interne (29,32). L'analyse a également été faite par le directeur de recherche et le médecin responsable de l'étude à la SFMG. Par ailleurs, les verbatim retranscrits ont été transmis par e-mail aux médecins participants afin qu'ils confirment ou modifient, le cas échéant, leur contenu. La totalité des médecins alcoologues ont répondu à notre sollicitation, contre moins de la moitié des médecins généralistes. Cela est peut-être dû au manque de temps et d'habitude de ce genre de retour.

Une "triangulation des données" par des échantillons issus de régions géographiques différentes est actuellement en cours, les thésardes concernées n'ayant pas terminé leur travail de recherche.

Nous avons essayé de rendre l'échantillon le plus diversifié possible, que ce soit sur l'âge, le genre ou les modes et lieu d'exercice. Cette diversité pour augmenter la validité externe de l'étude (36) a quelques limites car il y avait deux fois plus d'hommes que de femmes parmi les généralistes (8 hommes pour 4 femmes), et la moitié des participants exerçaient depuis plus de 20 ans.

La taille de l'échantillon a été définie par la saturation des données, obtenue après 10 entretiens de médecins généralistes, et confirmée par deux entretiens supplémentaires afin de vérifier qu'il n'apparaissait rien de nouveau (32).

Concernant les alcoologues, il était plus difficile d'obtenir un échantillon varié car ils n'étaient pas aussi nombreux que les médecins généralistes. Nous avons interrogé 3

hommes pour une femme, mais l'association de patients était représentée par une femme. Pour varier l'échantillon, nous avons recruté les alcoologues dans trois départements de la région Poitou-Charentes, en région rurale et urbaine. Afin d'augmenter la pertinence de notre étude en diversifiant les points de vue, nous avons également choisi de rencontrer un accompagnant psycho-social exerçant en CSAPA. Il existait une certaine homogénéité de leur abord du sujet et leurs propos étaient moins diversifiés que chez les généralistes.

2. Discussion des résultats

2.1 Le choix des thèmes

Comme nous avons pu le voir, les facteurs influençant l'abord et la prise en charge des problématiques d'alcool par les médecins généralistes étaient nombreux et variés. Lors de l'analyse thématique, des groupes de facteurs ont émergé. Certains facteurs pouvaient appartenir indifféremment à l'un ou l'autre des thèmes. Nous avons alors fait le choix de ne les mettre que dans un thème afin d'éviter la redondance. Nous avons regroupé les facteurs en cinq thèmes.

Nous avons appelé le premier thème « réponses de prime abord » par opposition aux autres qui correspondaient aux différentes manières d'aborder le questionnement sur le sujet. En effet, ce premier thème reprenait les réponses auxquelles on pouvait s'attendre et qui sont formulées en premier, comme la notion du temps, le sentiment d'incompétence, ou de manque de formation. Les autres thèmes interrogeaient sur des questions comme celle de l'originalité du thème de l'alcool, des représentations, ou de la morale. Il s'agissait de catégories transversales qui ont mené à des réflexions sur chacune d'elles mais aussi sur leurs interactions réciproques.

Nous aurions pu créer un thème concernant l'entourage des patients. Nous ne l'avons pas individualisé. C'est un sujet incontournable lorsque l'on évoque la problématique de l'alcool, mais le développer n'aurait pas permis de répondre clairement à la question de recherche. Il nous a paru plus pertinent de conserver les verbatim correspondants au sein des autres thèmes. Nous ne voulions pas sous-estimer la place de l'entourage dans les soins aux patients alcooliques, mais le voir comme éclairage des problématiques de fond, plutôt qu'en tant que problème à part.

Pour l'organisation des résultats des entretiens auprès des personnes du champ de l'alcoologie, nous avons retenu les mêmes thèmes que pour les médecins généralistes. Nous pensions qu'il était pertinent d'organiser de la même manière les résultats afin de mieux visualiser en miroir les deux types de regard. Nous avons également répondu à l'objectif secondaire par le prisme de ces grands thèmes. Il nous a paru approprié de faire un lien d'emblée lisible entre les freins et facteurs facilitateurs cités par les alcoologues, ainsi que les moyens concrets d'amélioration et leurs conseils. Certains thèmes ont donc été plus ou moins développés. Par exemple, le thème des représentations a été assez brièvement abordé par rapport aux médecins généralistes, de même que les questions autour de la morale. Cependant, la question de la prise en charge en pratique a été logiquement plus détaillée par les alcoologues. Ceci reflétait certaines différences entre les médecins généralistes et les alcoologues à propos de la vision des malades de l'alcool et des soins à leur égard.

2.2 Les réponses de prime abord

Il s'agit donc des éléments avancés en premier pendant les entretiens, quasiment immédiatement. Ils sont souvent bien identifiés par la revue de la littérature et avancés comme des arguments dédouanant le médecin qui se sent initialement peu à l'aise avec le sujet. La suite des entretiens a permis de dépasser ces premiers freins pour entrevoir des points plus intéressants.

2.2.1 La notion du temps

Le temps était un allié pour la moitié des médecins généralistes participants, et un frein pour l'autre moitié. Ce manque de temps, lié à une charge de travail trop importante, est retrouvé dans les études menées en soins primaires (37-45). En revanche le fait que le temps puisse être un allié ne semble pas identifié dans la littérature. Est-ce dû à une évolution, une maturation du regard des médecins ou au fait que certaines études aient été réalisées dans d'autre pays ?

Le temps n'était pas une difficulté pour les alcoologues, 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. Ils comprenaient cependant 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, ce qui était déjà le fonctionnement de certains d'entre eux. L'autre conseil formulé était d'adresser les patients à un confrère en cas d'impossibilité de s'engager sur la durée. 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 (46). Quinze ans après, les mêmes conseils sont toujours formulés, illustrant une certaine inertie dans ce domaine, même si, dans notre étude, le fait que la moitié des médecins généralistes parviennent à s'en faire un allié, est très encourageant.

Un médecin interviewé considérait que prendre le temps relevait d'un choix personnel, ce qui renvoie à la perception individuelle des soins et à la représentation de sa fonction de médecin.

2.2.2 La formation et les connaissances des médecins généralistes

Comme retrouvé dans la littérature (37,41-42,47), quelques médecins généralistes ressentaient un manque de connaissances et de compétences en alcoologie. Certains n'osaient pas aborder le sujet par peur de ne pas savoir que faire en cas de détection d'une consommation problématique (41-42). Les thérapeutiques médicamenteuses semblaient curieusement focaliser leurs difficultés. Aucun participant n'a déclaré se sentir compétent, alors qu'au regard des entretiens certains semblaient à l'aise avec le sujet. Il est certes plus délicat de se dire compétent sur une telle problématique complexe que sur des pathologies purement somatiques, comme une entorse de la cheville.

Certains regrettaient une carence de la formation initiale, à l'image des résultats de certaines études (37,39,44,45). Par la suite ils exprimaient un manque d'envie de se former sur un sujet qui les intéressaient peu.

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. 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. Ceci rejoignait également l'évidence du lien avec l'intime. La patiente, ancienne malade,

elle, voyait le médecin généraliste comme soignant principalement le corps, avec des lacunes sur le plan de la prise en charge psychologique.

Cependant, les médecins généralistes n'ont pas évoqué la compétence relationnelle en tant que telle. Il y avait donc une divergence entre les médecins généralistes qui semblaient freinés par un manque de connaissances en alcoologie et les alcoologues qui leur proposaient des formations à l'écoute ou sur le rapport à l'autre.

Une étude qualitative via des entretiens semi dirigés de médecins généralistes belges mettait en évidence la compétence en communication des médecins généralistes comme un facteur facilitant la prise en charge des patients ayant une consommation problématique d'alcool (37). De façon logique, une meilleure connaissance favorisait la prise en charge des patients par les addictologues par rapport aux médecins généralistes (48). En 2015, la thèse de Téoli comparait les interventions des médecins généralistes dans le domaine de l'addictologie entre un canton urbain en Suisse et une zone rurale en Poitou-Charentes. Les médecins suisses avaient davantage participé à des formations et montraient moins de difficultés que ceux de Poitou-Charentes pour aborder la question de l'alcool (49).

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 (5). 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.

Selon un sondage commandé par la Cour des Comptes en 2016, deux tiers des médecins généralistes ne connaissent pas le dispositif de repérage précoce issu des bonnes pratiques de la SFA. L'enseignement et la recherche dans le domaine de l'alcool ne constituent pas une priorité, avec seulement 17 universités sur 33 dotées d'un enseignement universitaire en addictologie (50). Dans une étude menée auprès de médecins généralistes du Royaume-Uni en 2010, le manque de formation universitaire était également déploré (44).

Les difficultés des médecins pour aborder et prendre en charge les patients concernés pourraient en partie être liées à un manque de formation initiale. En

revanche, plusieurs médecins généralistes de notre étude avaient participé à des Formations Médicales Continues ou à des séminaires sur le thème de l'alcool, pendant lesquels des patients abstinents étaient venus témoigner. Ces formations ont marqué positivement leurs esprits, cependant ils ne nous ont pas semblé plus à l'aise ou ayant moins de représentations négatives que les autres.

Ces réflexions au sujet de la formation des médecins généralistes posent question. Tout d'abord comment se former à tout ? La médecine générale n'est pas la somme de toutes les spécialités. Ensuite, les formations proposées ne sont probablement pas adaptées au réel de la pratique du généraliste et contribuent peut-être à lui confirmer qu'il "ne peut faire comme ça". Enfin, la nécessité de formation complémentaire, réponse aisée à toute question, n'est sans doute pas opérante. Pourquoi ne pas envisager des formations transversales centrées sur les aprioris, la position de soignant, sur l'autre qu'est le patient, sur la liberté de parole... Des formations moins axées sur le malade, la maladie et plus sur le médecin. Cela pourrait servir plus largement quel que soit la pathologie.

2.2.3 La coopération avec d'autres professionnels de santé

En lui-même, ce thème était en limite de réponse à la question de recherche. Il nous a semblé pertinent afin de comprendre les dynamiques existant entre médecins généralistes et alcoologues.

Pour certains généralistes, la prise en charge de ces patients était usante et s'entourer d'autres professionnels (alcoologues, psychologues, psychiatres...) pouvait constituer une aide. D'après la thèse de Téoli, le suivi des patients se faisait dans les trois-quarts des cas en collaboration avec un spécialiste, que ce soit en zone urbaine ou rurale (49). Le travail en équipe au sein d'une maison de santé et la présence d'un réseau multidisciplinaire spécialisé favorisaient la prise en charge des patients (37,41). Les généralistes adressaient leurs patients principalement quand ils se sentaient dépassés, surtout sur le plan psychologique, ou quand la demande venait du patient.

Cependant la coopération posait certaines difficultés à d'autres et devenait ainsi un frein. Les difficultés rencontrées étaient souvent un manque de connaissance du réseau local d'alcoologie, des délais longs pour obtenir un rendez-vous ou une place d'hospitalisation. Le prix élevé des consultations spécialisées était un frein dans une étude menée chez des médecins généralistes belges (37). Certains ne savaient pas

comment faire pour adresser un patient en cas de besoin, ce qu'une étude avait déjà montré (47).

Un frein important était la peur de perdre les patients en les adressant à une structure d'alcoologie (pas de retour par courrier par exemple). 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. La patiente interrogée parlait pour sa part d'accepter de perdre des patients, et de « ne pas les retenir » en cas de difficulté concernant la prise en charge psychologique. Elle semblait voir le médecin traitant comme quelqu'un qui place son égo et sa fierté avant l'intérêt des patients.

Un seul médecin généraliste estimait avoir un contact facile avec les structures d'alcoologie. Il y avait une divergence importante avec les alcoologues qui parlaient de « travailler ensemble ». L'un d'eux se montrait très disponible et se demandait comment améliorer la communication avec les médecins généralistes.

Les médecins généralistes préférant travailler seuls avaient plus de 65 ans et disaient avoir appris à se débrouiller seuls. D'après les résultats d'une étude, l'isolement en cabinet et l'isolement géographique peuvent aussi être des freins (37). 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.

Au regard de l'activité des généralistes actuellement en France, cette peur de perdre le patient semble curieuse. Elle peut se comprendre chez les plus âgés qui ont connu une époque de forte concurrence, mais ce n'est plus le cas. La notion d'égo est avancée. Le médecin est immergé dans une relation ancienne avec son patient, dans une histoire commune et partagée. Dans ces problématiques plurifactorielles mêlant l'intime, avoir recours à d'autres, peut lui procurer en effet un sentiment de rupture. Sentiment qui est moins lié à l'égo, qu'à la perte. Sans compter sur sa peur implicite de la collusion de l'anonymat, chère à Balint, qui veut que plus il y a de soignant autour du patient, plus les responsabilités sont diluées.

2.2.4 Le contexte psychosocial du patient

Pour plusieurs médecins généralistes, la situation psycho-sociale difficile dans laquelle évoluait le patient pouvait complexifier les soins. Cela les freinait à s'engager dans la prise en charge. Certaines études le montrent également (37,44-45).

Logiquement, ce n'était pas une problématique évoquée par les alcoologues. Ceci est très probablement expliqué par le fait que ces particularités font partie de leurs habitudes quotidiennes.

2.3 La question de la particularité du thème alcool

Pour chaque médecin, généraliste ou alcoologue, en tant qu'homme ou femme avant tout, parler d'alcool renvoyait à une **histoire intime**, personnelle ou familiale. Le rapport personnel et les souvenirs liés à l'alcool avaient un rôle à jouer, consciemment ou non, dans l'évocation et la prise en charge de ces patients. Dans la littérature, une étude montre que la charge émotionnelle liée à l'implication obligatoire avec l'intime favorise le sentiment d'empathie ou le rejet vis-à-vis des patients concernés (37).

De même, **la place de l'alcool dans la société**, son rôle culturel et le symbole de convivialité qu'il représente, sans être clairement énoncés comme freins ou facilitateurs, contribuent à l'originalité de l'abord des soins en alcoologie. Il est très probable que ces éléments influencent au moins inconsciemment le médecin.

La **banalisation** de la consommation d'alcool par certains médecins était peut-être en partie liée à la large place de ce produit dans la société. Des croyances socio-culturelles 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 (38). En ce sens, cette place particulière de l'alcool peut influencer la prise en charge par leur médecin des patients concernés. Le caractère licite de l'alcool a conduit un médecin participant à minimiser le caractère nocif de sa consommation par rapport à d'autres drogues. Paradoxalement, d'après un alcoologue, cette société qui banalise l'alcool renvoie aussi une forte culpabilité à ceux qui en sont dépendants.

Dans la littérature, les médecins généralistes ayant un problème avec l'alcool ont tendance à banaliser la consommation de leurs patients (44). Plusieurs médecins participants connaissaient ou avaient entendu parler de confrères mésusant l'alcool et ils jugeaient difficile pour ces confrères d'évoquer sereinement le sujet de la

consommation d'alcool des patients. Certains semblaient réussir à cloisonner vie privée et vie professionnelle. 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 ? Peut-on voir ici un biais de déclaration lié au fait que l'enquêtrice connaissait les médecins participants, qui avaient peur d'être jugés ?

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 était en accord avec la littérature (46). La patiente interrogée faisait l'hypothèse que les médecins généralistes ne souhaitaient pas regarder leur consommation d'alcool, ce qui pouvait être un frein à l'abord de la problématique chez leurs patients.

Pour certains médecins, il était difficile de parler d'alcool car il s'agissait d'un **sujet tabou**, qu'il serait « incorrect d'évoquer en vertu des convenances sociales ou morales » d'après la définition. Nous voyons ici un rapprochement évident avec la question de la morale. Un médecin participant a fait un parallèle avec la sexualité, qui était un autre sujet difficile à aborder, sans toutefois faire allusion à la morale. Pour d'autres, ils s'agissaient d'un sujet comme un autre (51). La notion du tabou était fortement liée à l'intime.

On note ici que le médecin vit dans sa société, une société donnée. Des éléments extérieurs interviennent, qu'il le veuille ou non, sur la manière de concevoir son soin. L'histoire du tabac dans la société occidentale est une belle illustration du poids de la société. 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 (52). La place de l'alcool comme drogue dite 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.

2.4 La question des représentations

Les médecins généralistes avaient des représentations semblables à celles retrouvées dans la population générale. Ils étaient tous concernés à des degrés divers. La représentation la plus fréquente était le **déni** du patient, ce qui était aussi le cas dans la littérature (37,43). Ils semblaient aussi penser que les patients ne voulaient pas s'en sortir. Ils réfléchissaient à leur véritable place. Dans une étude, les médecins n'abordaient pas la question de l'alcool car ils pensaient que les patients

ne suivraient pas leurs conseils et ne changeraient pas de comportement (44). En corolaire du déni des patients, oserait-on parler du déni des médecins ? Un alcoologue rappelait que le médecin aussi pouvait être dans une certaine forme de déni.

La **honte et la culpabilité** étaient également citées de nombreuses fois par les médecins généralistes. Selon la définition du dictionnaire Larousse, la honte est le sentiment d'avoir commis une action indigne de soi, ou la crainte d'avoir à subir le jugement défavorable d'autrui. La culpabilité est le sentiment de faute ressenti par un sujet, que celle-ci soit réelle ou imaginaire. Nous pouvons constater la forte connotation morale qui y est associée. A la lumière des deux définitions, il nous a paru pertinent de regrouper les verbatim correspondant à ces deux notions importantes. La honte et la culpabilité des patients sont au centre de la problématique liée à l'alcool, auxquelles s'associe la culpabilité renvoyée aux alcooliques par la société.

Certains généralistes ont parlé de la question particulière des femmes mésusant l'alcool. Elles seraient dans un déni plus fort, et ressentiraient une culpabilité augmentée par rapport aux hommes. L'alcoolisme des femmes serait-il socialement encore plus incorrect que celui des hommes ?

Dans la littérature, comme dans notre étude, des représentations marquées (patients menteurs, épuisants, inconscients...) pouvaient être une barrière à l'abord de la question, mais aussi à la prise en charge des patients (37, 38, 43, 45, 51).

Dans une étude comparant les pratiques des médecins généralistes aux addictologues, les premiers prenaient moins en charge les patients souffrant de troubles liés à l'usage de substances car ils avaient plus de représentations et de sentiments négatifs (comme la peur et la colère) vis-à-vis des patients concernés (48). Cette étude n'était pas ciblée sur l'alcool, contrairement à la nôtre. La peur et la colère n'étaient pas parmi les sentiments exprimés par les médecins participants à notre étude.

Les alcoologues pensaient que les médecins généralistes étaient imprégnés des mêmes clichés que « tout le monde » et leur conseil était de s'affranchir de leurs représentations, autrement dit de faire à nouveau un travail sur eux-mêmes. Comme pour le tabou, les représentations liées à l'alcool et l'alcoolisme provenaient de la norme intime des médecins.

Ne serait-il pas opérant alors d'envisager ce fameux déni, comme de la honte, de la culpabilité, de la peur de changer ? Le patient ne refusant pas de parler, de dire, mais étant comme effondré à l'idée de s'ouvrir, de se dénuder, avec le risque d'être face à une obligation de se soigner.

2.5 La question de la prise en charge

Nous avons remarqué que les médecins généralistes participants à l'étude parlaient spontanément de leur façon de prendre en charge les patients mésusant l'alcool. De nombreux médecins ont raconté plusieurs situations cliniques authentiques. Même si ceci ne répond pas explicitement à la question de recherche, nous nous sommes servis de leur récit comme un moyen d'identifier des freins ou des éléments facilitateurs concernant l'abord du sujet et la prise en charge. En quelque sorte, leur manière de soigner nous racontait quel médecin ils étaient.

Concernant la prise en charge en pratique, les médecins parlaient beaucoup plus de moyens relationnels (écoute, soutien, empathie) que de médicaments. Ceci allait à l'encontre du ressenti de la patiente qui voyait le médecin traitant comme « un médecin du corps », intéressé uniquement par l'aspect somatique. Il y avait là une importante divergence de point de vue, peut-être un problème de communication entre médecin et patient ? Le médecin n'arrivait-il pas à faire comprendre son "intention de soutenir", ne se sentant pas à l'aise avec le sujet et/ou étant imprégné par des représentations ?

En amont du soin, aborder le sujet de l'alcool est clairement difficile pour la plupart. Certains n'osaient pas poser la question, quand d'autres n'y pensaient pas. Il y a sans doute une réticence, mais aussi quelque retenue inconsciente au point de ne pas y penser. Dans notre étude, un seul médecin généraliste n'avait pas de difficulté à aborder le sujet, ce qu'on peut expliquer par le fait qu'il détienne un diplôme de psychothérapeute.

Des médecins, ainsi que la patiente interrogée, soulignaient que les patients pouvaient cacher leur consommation à leur médecin, et n'en avoir aucun stigmate physique. Il s'agirait d'un frein venant cette fois des patients.

Le manque d'intérêt personnel pour cette problématique était un frein rapporté par les généralistes et évoqué aussi par les alcoologues. Il s'agit d'une barrière à la prise

en charge des patients mais aussi à leur formation (48). On voit le poids du sujet. Qui n'oserait pas poser au patient la question de sa consommation de tabac ?

Ils utilisaient cependant des **stratégies** pour aller au-delà de leurs freins. L'une d'elles était d'en parler via une « question détournée » pour contourner le sujet en évitant de l'aborder de front. Finalement, en parler sans en parler. Un autre moyen était de parler d'alcool en fonction de leur « ressenti » (aborder le sujet chez un patient qui a un profil particulier par exemple). Ce ressenti dépendait de la personnalité du médecin, de ses représentations et de son rapport propre avec l'alcool. Créer ou attendre une opportunité pour parler d'alcool ressort aussi des études que nous avons lues sur le sujet (37-38,42-43).

Certains médecins évitaient d'aborder la problématique de l'alcool avec leurs patients car ils pensaient que cela pourrait nuire à la relation de confiance entre eux. La littérature mentionne également ce frein (38-42,51). Ici se pose la question de la limite de relation médecin patient. Ne serait-ce pas un basculement de l'empathie vers la sympathie ? La relation de confiance médecin-patient était parfois un élément qui facilitait le dialogue (42,51). Paradoxalement, il pouvait s'agir aussi d'un frein pour ceux qui pouvaient se sentir honteux, ou ayant peur de décevoir leur médecin. Le patient verrait-il le médecin comme une figure d'autorité, lui imposant d'être à la hauteur de ses attentes présumées ?

Les alcoologues soulignaient le manque de collaboration avec les généralistes, principalement du fait d'un manque d'investissement. L'accompagnant psychosocial avait au contraire le sentiment que de plus en plus de médecins s'adressaient au CSAPA.

Ils conseillaient aux médecins qui ont du mal à s'affranchir de ces barrières de se recentrer sur le patient en partant du corps, de s'aider d'un support comme un résultat biologique ou d'en parler à partir de fait organique (HTA...). Il s'agissait de stratégies déjà adoptées par certains médecins ayant participé à notre étude.

Certains médecins étaient fatalistes, résignés (37,39,43). D'autres avaient peur de stigmatiser les patients (38,41,43,47,51). Les alcoologues leur proposaient d'essayer d'outrepasser ces sentiments, de dédramatiser.

Les leviers pour optimiser la prise en charge passent une nouvelle fois par un questionnement sur les représentations, peut-être plus de médecin, que vis-à-vis de l'alcool ; le "savoir être".

2.6 La question du rôle du médecin

Derrière tout médecin, il y a un homme ou une femme qui a des convictions et des valeurs personnelles. Rencontrer ces médecins et échanger avec eux sur le thème de l'alcool a inévitablement fait émerger la question de la morale, qui a été fortement présente dans les propos recueillis. Cette **notion de morale** était retrouvée chez la quasi-totalité des participants, à travers les questions du bien et du mal, mais aussi du jugement. Ces jugements moraux, allant même jusqu'à la représentation d'un patient alcoolique « indigne de confiance » freinaient l'abord de la question (37). Certains médecins se plaçaient en « gardiens de la morale » pour leurs patients, en définissant eux même ce qu'était une consommation « normale » d'alcool. Ceci dépendait de facteurs individuels mais aussi socio-culturels. Cependant, certains avaient peur d'être moralisateurs, dans notre étude comme dans la littérature (51).

Aucun alcoologue ne semblait être dans le jugement moral. La patiente avait le sentiment d'avoir été jugée par son médecin généraliste mais pas par son alcoologue. Nous pouvons faire l'hypothèse que les jugements moraux pouvaient être associés aux représentations des médecins, profondément ancrées dans leurs pratiques.

Certains médecins s'occupaient des problèmes d'alcool car ils avaient le sentiment que c'était leur **devoir**, que cela faisait partie de leur rôle, de leur mission de soignant. Cette notion du devoir était présente dans les résultats de nombreuses études qui mettaient en évidence les facteurs facilitateurs de la prise en charge des patients faisant un mésusage de substances, dont l'alcool (37,38,42,44,49). Dans d'autres cas, certains médecins n'abordaient pas cette problématique car ils pensaient que ce n'était pas leur rôle de s'en occuper (44,51). En sachant que le rôle du médecin pourrait être défini comme sa place dans la société en tant que soignant, cela reviendrait-il à dire que l'alcoolisme n'est toujours pas considéré comme une maladie à part entière ?

Dans notre étude, peu de médecins parlaient de l'alcoolisme comme d'une maladie. Le mot « problème » revenait souvent quand il s'agissait d'évoquer le sujet.

Dans la société d'aujourd'hui, interroger quelqu'un sur sa consommation d'alcool est encore assimilé au fait de l'accuser d'être alcoolique. Certains médecins ne leur posaient pas la question pour cette raison, ce qui était également retrouvé dans la littérature (44-45). Si l'on se réfère au schéma de l'évolution du regard porté sur les

alcooliques au cours du vingtième siècle, le regard de la société et des soignants semble parfois être resté au stade de problème judiciaire, voire de fléau. Un médecin de notre étude parlait même de « spirale infernale ».

Dans notre étude, nous avons remarqué qu'il y avait deux types de médecins : ceux qui fonctionnaient selon un **mode paternaliste** et ceux qui souhaitaient accompagner les patients **en partageant les décisions** prises. Il n'y a rien de spécifique à la problématique de l'alcool, mais les deux modes de fonctionnement étaient particulièrement bien illustrés.

Les médecins paternalistes, « détenteurs d'autorité », et ceux qui accompagnaient en favorisant le dialogue avaient probablement une vision différente du patient alcoolique.

Nous pouvons rapprocher cette idée de la notion de **fonction apostolique**, concept énoncé par Balint, signifiant que chaque médecin, porteur de ses valeurs personnelles, a sa représentation du patient idéal (53). Elle influence beaucoup le travail de chaque médecin avec ses patients. Elle était plus marquée au temps d'un exercice médical paternaliste où le médecin détenait le savoir et le patient lui obéissait. Même chez les médecins qui favorisent l'échange et les décisions partagées, elle semble influencer leurs prises en charge. Chez les jeunes médecins, le désir de faire du bien à leurs patients, de leur rendre service, est une composante de la fonction apostolique. Était-ce une des raisons pour lesquelles nous avons remarqué que les jeunes médecins semblaient les plus soucieux de ne pas être moralisateurs et d'imposer leurs points de vue à leurs patients alcooliques ? Nous pouvons nous demander s'il s'agissait d'une particularité liée au thème de l'alcool ou bien de leur fonctionnement en général ?

Chez les alcoologues, nous n'avons pas perçu d'élément orientant vers un exercice paternaliste, même s'ils avaient tous plus de 50 ans. Le paternalisme était probablement lié, au même titre que les jugements négatifs, à l'existence de représentations marquées.

2.7 La question de l'argent

Il ressort de la revue de la littérature un sujet qui n'a été que très peu abordé par les médecins de notre étude : l'argent. Le sentiment d'abandon par les pouvoirs publics, mis en relation avec la banalisation de l'alcool par la société au profit du lobby alcoolier, est évoqué dans notre étude, ainsi que dans la littérature.

Ailleurs, le paiement à l'acte, ainsi que le rapport temps/argent, sont considérés comme des freins. Dans les entretiens que nous avons menés, aucun participant n'a évoqué le sujet sous cet angle. Pouvons-nous entrevoir ici une gêne des médecins français à parler d'argent ?

3. Quelques pistes

Les résultats corroborent une bonne partie des éléments mis en lumière dans les études précédentes. Il semble que la mise en lumière de ces principaux freins n'ait pas porté ses fruits, malgré la mise en place de nombreuses formations médicales continues. Notre choix de mettre à part les réponses de prime abord nous a permis d'affiner des éléments moins apparents pouvant être des leviers pour nous améliorer sur le sujet.

On confirme trois contraintes de type "principe de réalité", c'est-à-dire difficiles à modifier frontalement :

- La difficulté conférant à l'impossibilité, pour le généraliste, de se former à tout.
- La prégnance de l'alcool dans la société et le fait que le médecin généraliste ne peut agir sans modification externe à son cabinet.
- La complexité de la problématique alcool qui est plurifactorielle et nécessite dans ce cas plus qu'ailleurs, outre un savoir et un savoir-faire mais aussi un savoir être.

Ces principes renforcent le sentiment du médecin généraliste que le sujet est trop complexe et qu'il ne pourra y arriver. Il est envisageable de penser qu'ils nous servent même à ne pas nous mettre en situation de nous améliorer.

Pourtant, les médecins ont des connaissances médicales, ils savent les conséquences du mésusage de l'alcool. Ils savent aussi ce qu'il faudrait faire et identifient, parfois même avec contrition, leurs lacunes. Leur sens de la fonction apostolique et le désir de bien faire laissent penser que des solutions sont possibles. Les pistes viendraient peut-être des points secondaires identifiés lors de nos entretiens :

- Il faudrait travailler plus globalement sur nos représentations de soignant. Réfléchir sur notre **rôle**, notre **fonction**. 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.
- La formation, y compris initiale en médecine générale, apporte certes des recettes utiles, notamment sur la communication avec le patient ; mais il faudrait aller au-delà

ou en amont et prendre le temps d'enseigner des notions comme l'**altérité**, cet autre qu'est le patient, la **morale** (le bien et le mal), sans la réduire à l'éthique médicale.

- Percevoir que le médecin est pragmatique par essence. Que nous sommes logiquement dans un fonctionnement de **passage à l'acte** : plaintes => diagnostic => traitement, mais qu'en médecine générale nous devons parfois entrevoir le sujet autrement.

Les leviers pour lever les freins à l'évocation et la prise en charge de ces patients passeraient donc par des solutions qui ne seraient pas centrées sur le sujet alcool. Cela permettrait de ne plus nous heurter aux contraintes trop souvent alléguées par les médecins.

Concrètement, nous pensons qu'il faudrait :

- Intégrer les quelques questions philosophiques évoquées, dans l'**enseignement** des médecins, au plus tard dans le DES de médecine générale.
- Inviter les médecins à participer à un groupe **Balint** ou au moins lire ses écrits (54).
- 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).

CONCLUSION

CONCLUSION

Le médecin généraliste, par sa position de premier recours dans le système de soins, a un rôle particulier dans l'abord et l'accompagnement des patients ayant des troubles liés à l'usage de l'alcool. Or la prise en charge des patients ayant ces troubles est nettement inférieure au nombre de personnes concernées et celle-ci ne progresse pas significativement depuis une vingtaine d'année, contrairement à celle des autres addictions. Nous nous sommes donc interrogés sur cette contradiction.

Notre travail s'est attaché à identifier les facteurs facilitateurs et les freins des médecins généralistes pour aborder et prendre en charge les patients faisant un mésusage de l'alcool. L'objectif secondaire de notre étude était de tenter de formuler des moyens concrets d'amélioration des pratiques.

Nous avons réalisé une étude qualitative par entretiens semi-dirigés entre mars et juin 2016. Craignant une saturation trop rapide sur un sujet délicat, nous avons fait le choix de croiser les regards et avons interrogé 12 médecins généralistes exerçant dans la Vienne, ainsi que 5 professionnels de l'alcoologie dans le Poitou-Charentes, et une personne adhérente à une association d'anciens alcooliques.

Notre étude a permis d'identifier 5 grands types de facteurs influençant l'abord et les soins quant aux mésusages de l'alcool. La quasi-totalité des médecins généralistes éprouvaient des difficultés pour aborder le sujet de l'alcool. Certains freins étaient « évidents » et déjà connus comme le manque de temps, l'insuffisance de formation ou le sentiment d'incompétence. D'autres étaient plus secondaires, « cachés », et renvoyaient à la norme intime de chaque médecin, notamment leurs représentations (le déni, la honte et la culpabilité, les clichés liés à l'alcoolisme...), leur vision de leur rôle de médecin (médecins paternalistes versus médecins accompagnants) mais aussi la question de la morale, fortement présente dans les témoignages. La place particulière de l'alcool dans la société (symbole de convivialité, rôle culturel, notion de tabou) et dans l'histoire personnelle de chacun, y compris des médecins, influençaient au moins inconsciemment les soins aux patients.

Le point de vue des alcoologues a été analysé selon les mêmes 5 grands thèmes. Même s'il y avait des similitudes avec les réponses des généralistes (la question du

temps, les représentations, les connaissances...), le regard était toujours différent. Les alcoologues semblaient avoir moins de représentations que les médecins généralistes, et aucun ne fonctionnait sur le mode paternaliste. Les conseils qu'ils donnaient aux médecins généralistes pour faciliter l'abord du sujet et la prise en charge des patients étaient principalement de l'ordre d'un travail sur eux, sur leur rapport intime à l'alcool, au patient, à l'autre en général.

Certains freins retrouvés étaient déjà connus de la littérature (la difficulté liée au temps, le manque de formation et de compétence en alcoologie, les représentations et clichés...). Les médecins généralistes utilisaient des stratégies pour contourner leurs barrières, comme créer ou saisir une opportunité pour parler d'alcool, le faire via une question détournée... ce qui montre leur réticence mais aussi leur désir de bien faire.

Les freins secondaires ont focalisé notre attention car ils permettaient d'identifier des leviers pour tenter d'améliorer la prise en charge, en ne se focalisant pas sur le sujet « alcool », mais plus sur le médecin lui-même. Certains éléments sont difficiles à modifier. En effet, les médecins généralistes ne peuvent se former à tout, et ils se heurtent à des obstacles liés à la place particulière de l'alcool dans notre société. Mais 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 de médecin, sur les notions de bien et de mal, sur l'altérité. Mais aussi en participant à des Groupes de Pairs®, afin de réfléchir avec des collègues sur le savoir-être indispensable en alcoologie et dans les soins en général. Une réflexion sur le rôle de médecin pourrait commencer par la lecture de certains écrits de Michael Balint, qui décrit « le remède-médecin » : le rôle thérapeutique du médecin dans sa relation avec le patient.

Au final, l'optimisation de la prise en charge de ces patients, passerait moins par des formations spécifiques à l'alcoologie, déjà très pratiquées et semblant peu opérantes, mais par des moyens adaptés permettant au soignant de prendre le temps, de se positionner vis-à-vis de son rôle, de sa fonction, de sa place dans la société, ainsi que la place qu'il fait à cet autre qu'est le patient.

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

(1) Roques B. La dangerosité des drogues. Rapport au secrétariat d'État à la santé 1999. Editions Odile Jacob/ La documentation française. Paris, 316p.

(2) Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. Les niveaux d'usage des drogues en France en 2014 [11/2016].

<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxfbv3.pdf>

(3) 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 ». InVS, Collection "Santé et travail", 2007, 6 p.

(4) Beck F, Guignard R, Richard J. Usage de drogues et pratiques addictives en France, analyse du baromètre santé INPES 2014 [11/2016].

<http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1627.pdf> (page 86)

(5) Société Française d'Alcoologie. Mésusage de l'alcool : Dépistage, diagnostic et traitement. Recommandations de bonne pratique 2014 [11/2016].

<https://www.sfalcoologie.asso.fr/download/RBP2014-SFA-Mesusage-AA.pdf>

(6) Huas D, Rueff B. Alcool et médecine générale. Editions GMSanté/CNGE ;2010.

(7) Société Française de Médecine générale. Dictionnaire des Résultats de Consultation, téléchargeable en accès libre [12/2016]. <http://webdrc.sfmfg.org>

(8) 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.

(9) Critères de l'abus et de la dépendance à une substance psychoactive selon le DSM-IV-TR. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of

Mental Disorders. Fourth American Psychiatric Association. Washington DC ;1994 : 244-247.

(10) 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.

(11) 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.

(12) Richard J, Palle C, et al. La consommation d'alcool en France en 2014, données issues du baromètre santé 2014 [11/2016].

<http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1632.pdf>

(13) Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies. Conséquences de la consommation chronique d'alcool [11/2016].

<http://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/alcool/#consequ>

(14) Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm). Alcool et santé [12/2016].

<http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/alcool-et-sante>

(15) Communiqué de presse de l'Académie Nationale de Médecine du 24 mars 2016 : Alcoolisation fœtale, de nouveaux outils efficaces au service des mères et des enfants en danger [11/2016]. <http://www.academie-medecine.fr/alcoolisation-foetale-de-nouveaux-outils-efficaces-au-service-des-meres-et-des-enfants-en-danger/>

(16) Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies. Les recours aux soins [11/2016].

<http://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/alcool/>

(17) 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

(18) Palle C, Rattanatrasy M. Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie, situation en 2010 et évolution entre 2005 et 2010, Saint-Denis : OFDT/DGS ; 2013, 89 p.

(19) Circulaire relative aux missions des CSAPA du 14 mai 2007 [11/2016].

<http://www.federationaddiction.fr/les-textes-relatifs-aux-csapa-centres-de-soins-daccompagnement-et-de-prevention-en-addictologie/>

(20) 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/Consensus2001-AccompPostSevrage.pdf>

(21) Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Conférence de consensus : objectifs, indications et modalités du sevrage du patient alcoolodépendant. Texte du consensus et texte des recommandations. Paris : ANAES, 1999.

(22) 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

(23) 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

(24) 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.

(25) Observatoire de la Médecine Générale [11/2016].

<http://omg.sfm.org/content/donnees/donnees.php>

(26) Kandel O, Boissault P. Evolution sur 10 ans de la prise en charge de 3 addictions. Observatoire de Médecine Générale ; 2005 [11/2016].

http://omg.sfmng.org/docs/news/trois_addictions.pdf

(27) 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.sfmng.org/publications/les_theses/evaluation_du_sevrage_ambulatoire_cherchez_les_patients_dependants_a_lalcool.html

(28) 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 ? In : Congrès de la Médecine Générale ; 2016 ; Paris, France.

(29) Frappe P. Association française des jeunes chercheurs en médecine générale : Initiation à la recherche. Neuilly-Sur Seine ; Paris : GM Santé ; CNGE ; 2011.

(30) Kaufmann JC. L'enquête et ses méthodes. L'entretien compréhensif. 2e édition. Paris : Armand Colin ; 2007.

(31) Blanchet A, Gotman A. L'entretien. 2ème édition. Paris : A. Colin ; 2010.

(32) Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A, Citee J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. Deuxième partie : de « Maladie » à « Verbatim ». Exercer. 2009 ; 20(88) :106-12.

(33) 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.

(34) Alami S, Desjeux D, Garabua Moussaoui I. Les méthodes qualitatives. Paris : Presses universitaires de France ; 2013.

(35) Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008 ; 19(84) :142-5.

(36) Cote L, Turgeon J. Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine. Pédagogie médicale. 2002; 3(2) :81-90.

(37) Ketterer F. et al. What factors determine Belgian general practitioners' approaches to detecting and managing substance abuse? A qualitative study based on the I-Change Model. BMC Fam Pract. 2014, 15 :119.

(38) Tam et al. Australian general practitioner perceptions of the detection and screening of at-risk drinking, and the role of the AUDIT-C: a qualitative study. BMC Fam Pract. 2013, 14 :121.

(39) Le K et al. Primary Care Residents Lack Comfort and Experience with Alcohol Screening and Brief Intervention: A Multi-Site Survey. J Gen Intern Med 2015; 30(6) :790–6.

(40) Arborelius E., Damstrom Thakker K. Why is it so difficult for general practitioners to discuss alcohol with patients? Family Practice 1995; 12(4): 419-422.

(41) Johansson et al. Early intervention for problem drinkers: readiness to participate among general practitioners and nurses in swedish primary health care. Alcohol and Alcoholism 2002; Vol.37, No.1 :38-42.

(42) Johansson et al. Factors influencing GPs' decisions regarding screening for high alcohol consumption: a focus group study in Swedish primary care. Public Health 2005; 119: 781-788.

(43) Aira M. et al. Factors influencing inquiry about patients' alcohol consumption by primary health care physicians: qualitative semi-structured interview study. Family Practice 2003; 20: 270-275.

(44) Graeme B. et al. Intervention against Excessive Alcohol Consumption in Primary Health Care: A Survey of GPs': Attitudes and Practices in England 10 Years On. Alcohol and Alcoholism 2011; Vol. 46, No.5 :570–577.

(45) Eileen F et al. Intervention for excessive alcohol consumption in primary health care: attitudes and practices of english general practitioners. Alcohol and Alcoholism 1999 ; Vol.34, No.4 :559-566.

(46) 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.

(47) Durand M. General practice involvement in the management of alcohol misuse : dynamics and resistances ? Drug and Alcohol Dependence 199; 35: IX I- I X9.

(48) Leonieke C. Van Boekel et al. Healthcare professionals' regard towards working with patients with substance use disorders: Comparison of primary care, general psychiatry and specialist addiction services. Drug and Alcohol Dependence 2014 ;134 : 92–98.

(49) Téoli R. Les représentations et interventions des généralistes dans les addictions sont-elles différentes en France et en Suisse ? Thèse med. Université de Poitiers, faculté de Médecine et de Pharmacie, 2015.

(50) Cour des comptes. Communiqué de presse : Les politiques de lutte contre les consommations excessives d'alcool, Juin 2016 [11/2016].

<https://www.ccomptes.fr/Accueil/Publications/Publications/Les-politiques-de-lutte-contre-les-consommations-nocives-d-alcool>

(51) Nygaard P, Aasland O. Barriers to Implementing Screening and Brief Interventions in General Practice: Findings from a Qualitative Study in Norway. Alcohol and Alcoholism 2011 ; Vol. 46, No. 1 :52-60.

(52) Loi Evin n°91-32 du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme [03/2017]

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000344577&dateTexte>

(53) Kandel O, Bousquet M, Chouilly J. La fonction apostolique. In : Manuel Théorique de médecine générale, 41 concepts nécessaires à l'exercice de la discipline. Collection « Le plaisir de comprendre. GM Santé ; 2015 :94-95.

(54) Balint M. Le médecin, son malade et la maladie. Paris : Payot, 2009 : 419 p.

(55) Société Française de Médecine Générale. Groupes de pairs® [02/2017].

http://www.sfmng.org/groupe_de_pairs/

ANNEXES

ANNEXE n°1

Guide d'entretien / Médecins généralistes

Bonjour, tout d'abord merci de me recevoir. Je suis médecin généraliste remplaçante dans la Vienne. Pour mon travail de thèse, je m'intéresse au thème de la prise en charge des problèmes d'alcool en médecine générale. Je rencontre à ce sujet des médecins généralistes et des médecins alcoologues pour recueillir leur témoignage sur le sujet. Aucune compétence particulière n'est nécessaire. Si vous n'y voyez pas d'inconvénient, je vais enregistrer notre conversation afin de pouvoir ensuite mieux analyser les données. Cela restera bien sûr anonyme.

1) " Je m'intéresse aux patients qui boivent beaucoup, mais je trouve que c'est compliqué les problèmes d'alcool... "

2) " 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 ? "
" Par quel parcours en êtes-vous venu(e) à travailler au CSAPA ? "

3) " Habituellement, comment se passe une première consultation ? "
Qu'est ce qui est important pour vous de rechercher ?

Relances possibles : Place de la prévention, comment le problème d'alcool émerge-t-il ? le cherche-t-il vraiment ?)

4) " Et les patients qui boivent un peu, beaucoup, vous en avez dans votre patientèle ? "

Relances possibles : Connaissance des définitions des types de mésusage ? Recherche de la consommation d'alcool pour des problèmes d'HTA ou de dépression ?

5) " Comment ça se passe avec ce type de patient ? "

Relances possibles : " Comment se passe la consultation, c'est facile ? Répondent-ils facilement ? Quel type de problème pose ce genre de consultation ? Vous travaillez seul avec ces patients ? "

6) " On a l'impression qu'on manque de temps, qu'on va à l'échec systématiquement... "

Relances possibles sur : notion de stigmatisation, peur de perdre des patients, l'entourage : comment s'en débrouiller ?

7) " Pour vous, comment améliorer cette prise en charge ? Qu'est ce qui pourrait vous aider ? "

8) " On se demandait si le rapport du médecin avec l'alcool pouvait influencer ses prises en charge ... ? "

9) " Et vous, vous en consommez ? "

Nous avons terminé, je vous remercie pour votre témoignage et le temps que vous m'avez accordé.

ANNEXE n°2

Guide d'entretien/ Médecins alcoologues

Bonjour, tout d'abord merci de me recevoir. Je suis médecin généraliste remplaçante dans la Vienne. Pour mon travail de thèse, je m'intéresse au thème de la prise en charge des problèmes d'alcool en médecine générale. Je rencontre à ce sujet des médecins généralistes et des médecins alcoologues pour recueillir leur témoignage sur le sujet. Si vous n'y voyez pas d'inconvénient, je vais enregistrer notre conversation afin de pouvoir ensuite mieux analyser les données. Cela restera bien sûr anonyme.

- 1) " Je m'intéresse aux patients qui boivent beaucoup, mais je trouve que c'est compliqué les problèmes d'alcool... "**
- 2) " 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 ? "**
- 3) Comment se passe habituellement une première consultation avec un patient ? Pour vous, Qu'est-il important de rechercher ?** (Relance possible : Avez-vous votre entretien sur le produit ?)
- 4) Comment abordez- vous la problématique d'addiction à l'alcool ? Comment prenez- vous en charge les patients ?**
- 5) A votre avis, quelle est la place du médecin généraliste dans ces prises en charge ? Impliquez-vous le médecin traitant du patient ?**
- 6) Pensez-vous qu'il y ait des compétences particulières à avoir pour bien prendre en charge les patients en alcoologie ?**
- 7) Selon vous, qu'est ce qui peut empêcher les médecins généralistes de bien prendre en charge les patients qui ont un problème avec l'alcool ? Quels conseils leur donneriez-vous ?**
- 8) " On se demandait si le rapport du médecin avec l'alcool pouvait influencer ses prises en charge ... ? " " Et vous, vous en consommez ? "**

Nous avons terminé, je vous remercie pour votre témoignage et le temps que vous m'avez accordé.

ANNEXE n°3

Résumés des 12 entretiens avec les généralistes

Entretien 1 (E1)

Il s'agit d'un homme de 36 ans, qui exerce en cabinet de deux médecins généralistes en milieu rural, 4 jours par semaine. L'entretien a été réalisé à son domicile un jour de repos et a duré 40 min. Il s'est déroulé sur des fauteuils dans le salon, l'accueil était chaleureux et l'ambiance détendue. Le rythme de parole était lent.

Le ressenti concernant le médecin était celui d'un médecin apaisé, il semblait à l'aise pour parler d'alcool.

Il a donné l'impression de travailler avec son ressenti, peu à l'aise avec les protocoles et au contraire à son aise dans le dialogue et la discussion avec le patient. Il s'agit de quelqu'un qui semble aimer le contact et la proximité. Il parle de « la vie en général ».

Extrait 1 : « *Les gens en parlent ou n'en parlent pas mais en tout cas soit on le découvre suite à une discussion sur le moral, sur la vie en général* »

Extrait 2 : « *C'est important de leur montrer qu'on est dispos et le temps... il y a l'espace-temps dans le temps de la consultation mais il y a aussi l'espace-temps dans la durée et dans la programmation d'un accompagnement, d'un suivi...* »

C'est également un médecin qui s'interroge, qui doute et qui montre une capacité à remettre en question ses connaissances.

Il y a une forte notion de plaisir dans son travail. Il a choisi la médecine générale en milieu rural, ce qui lui permet d'être confronté aux urgences, champ de la médecine qui l'intéresse beaucoup.

Il donne des détails sur son parcours mais aussi au travers d'exemples concrets de patients qu'il accompagne pour des problématiques d'alcool. La relation médecin-patient est fondamentale pour lui.

Extrait 3 : « *D'autres où il y a eu des prises en charge et des accompagnements assez longs et que je voyais très régulièrement et avec qui il y a eu un accompagnement fort, et ça a tissé un lien très fort* »

Il qualifie sa propre consommation d'alcool de « conviviale » et ce n'est pas un tabou pour lui. Son rapport à l'alcool n'apparaît pas problématique.

A la fin de l'entretien, nous avons poursuivi une discussion sur nos parcours et sur la médecine générale autour d'un goûter.

Entretien 2 (E2)

Il s'agit d'un homme de 31 ans, qui exerce la médecine générale au sein d'une maison de santé pluridisciplinaire en zone d'urbanisation prioritaire. Il consulte 3 jours par semaine et fait de la recherche en médecine générale.

L'entretien a eu lieu dans son bureau pendant son déjeuner et a duré 25 minutes. Il était pressé et a répondu aux questions tout en mangeant. C'est un médecin qui a une vision originale de son métier,

dans lequel il semble épanoui. Il ne donne pas des arguments classiques pour le choix de la médecine générale.

Extrait 1 : « *J'adore ce que je fais, c'est génial. Je n'ai pas l'impression qu'on travaille vraiment. Juste l'impression que les patients nous apportent beaucoup. Je viens m'enrichir au cabinet tous les matins* »

Il paraît très organisé et pragmatique. Il utilise des mots comme : « comprendre », « savoir », « devoir », « systématique » ...

Extrait 2 : « *Je recherche par contre l'alcool en systématique pour les certificats de sport. J'ai 5 questions systématiques dans ces cas-là* »

Extrait 3 : « *J'essaie de comprendre dans quoi ils se situent, ce qui les entoure. Parce que quelle que soit la prise en charge que je vais proposer derrière, on va devoir se servir de cet environnement pour y arriver* »

Malgré son jeune âge on a l'impression qu'il prend du recul sur son métier, son rôle. Il semble avoir confiance en lui.

Extrait 4 : « *Je crois que ce qui m'aide, c'est d'avoir compris assez tôt que si j'étais médecin ce n'était pas pour sauver la planète* ».

Il est dans le contrôle et la maîtrise et cela se ressent également lorsqu'il évoque son rapport difficile avec l'alcool.

Extrait 5 : « *Là où j'ai un rapport difficile avec l'alcool c'est que je n'ai jamais pris de cuite de ma vie. J'aime être maître de moi, je déteste l'idée de ne pas maîtriser ce que je fais* »

Entretien 3 (E3)

Il s'agit d'un homme de 66 ans qui exerce dans une MSP en zone urbaine depuis 36 ans. L'entretien a eu lieu dans son bureau à l'heure du déjeuner et a duré 18 minutes. Il travaille 5 jours sur 7 avec de grandes amplitudes horaires.

Il s'est installé en tant que médecin généraliste un peu par hasard, car initialement il voulait être cardiologue mais il a échoué au concours de l'internat.

L'impression principale qui se dégage de cet entretien est celle d'un médecin pressé. Il a répondu brièvement aux questions et donnait l'impression de vouloir vite terminer l'entretien en regardant régulièrement sa montre et la porte. Il répète de nombreuses fois qu'il manque de temps, et pour tout.

Extrait 2 : « *Plus on travaille, moins on a de temps donc l'interrogatoire est de plus en plus rapide. Les nouveaux je n'en vois plus tellement parce que je n'ai pas le temps* »

Sa dernière réponse a d'ailleurs été :

Extrait 1 : « *Je pensais que ça serait plus long...* »

C'est un médecin qui fonctionne sur le mode paternaliste. Il semble plus directif qu'accompagnant.

Il y a une forte notion de morale dans les réponses formulées pendant cet entretien. Il se place comme détenteur du savoir.

Extrait 3 : « *Donc là il faut les remettre dans le droit chemin et leur dire que ce n'est pas le but. C'est peut-être un bon somnifère mais c'est un mauvais copain quand même, l'alcool. Mon rôle c'est de les redresser dans leurs pensées ou leurs façons de faire* »

Extrait 4 : « *il faut rester dans les rails* »

C'est un médecin plein de contradictions car il manifeste également de l'empathie pour les patients alcooliques et répète souvent qu'il les comprend. Il banalise presque leur consommation.

Extrait 5 : « *Que quelqu'un boive, je le comprends... qu'il boive tous les jours et trop là je le vois, je le comprends aussi, parce que c'est souvent des gens dépressifs qui masquent leur dépression ou leur anxiété avec ça* »

Il décrit sa consommation d'alcool comme festive et conviviale.

Entretien 4 (E4)

Il s'agit d'un homme de 53 ans qui exerce dans une MSP en zone urbaine. Il est installé depuis 25 ans et a participé à la création de la MSP dans laquelle il exerce depuis quelques années. Il est maître de stage universitaire. Il travaille 4 jours par semaine.

L'entretien a eu lieu dans son bureau autour d'un café, un matin entre ses consultations et son départ en visite. Il a duré 20 minutes.

De cet entretien se dégage l'impression principale d'un médecin pressé. Mais il a pris le temps de répondre aux questions sans vouloir abrégé l'entretien. C'est un médecin qui se pose beaucoup de questions quant à la réorganisation des soins et du système de santé. Il voudrait faire une formation pour être coordonnateur de pôle de santé. Il s'inquiète du manque de temps pour un nombre croissant de consultations.

Extrait 1 : « *Je fais de la formation pour être coordonnateur de pôle de santé et une information qui m'est tombée dans l'oreille, c'est qu'il y a augmentation tous les 2 ans de 20% de plus de consultations. Donc comment on va faire ?* »

Il est passionné par son métier, dans lequel il s'investi pleinement. Il était à l'aise pour parler d'alcool. C'est un médecin qui met en avant la relation de confiance avec le patient pour les soins en général et en addictologie. Il ne semble pas fonctionner dans le mode paternaliste mais plutôt dans l'accompagnement à long terme. C'est un véritable « médecin de famille ».

Extrait 2 : « *Ils répondent de plus en plus facilement d'autant plus que ça fait longtemps qu'on se connaît. C'est une question de confiance* »

Il semble cependant résigné vis-à-vis des patients alcooliques.

Extrait 3 : « *Non il y a l'envie aussi. Je n'ai pas forcément envie de me battre pour des gens qui je sais n'y arriveront pas* »

Extrait 4 : « *Si tu veux les gens sont tellement en échec avec l'alcool que je ne me bats plus à 50 ans comme je me serai battu à 30* ».

Il qualifie sa consommation d'alcool de conviviale et festive, il ne semble pas avoir de relation problématique avec l'alcool.

Entretien 5 (E5)

Il s'agit d'une femme de 53 ans qui exerce dans une MSP en zone urbaine. Elle accueille des internes depuis 2 ans. Elle travaille 4 jours par semaine.

L'entretien a eu lieu dans son bureau en fin de matinée et a duré 20 minutes.

Elle a semblé très à l'aise pour parler du thème de l'alcool et n'a pas manifesté de gêne particulière. Ses réponses semblaient spontanées.

Elle est passionnée par son métier. Elle a toujours voulu être médecin généraliste.

C'est un médecin qui est dans l'écoute, l'accompagnement. Elle ne fonctionne pas sur un mode paternaliste.

Extrait 1 : « *je m'éclate dans ce que je fais. J'aime la petite « bobologie ». J'aime écouter les gens, j'aime connaître les familles, l'environnement. J'aime ce que je fais. J'ai toujours voulu faire ça depuis toujours. Je n'ai jamais voulu faire d'autres métiers* »

Extrait 2 : « *j'aime bien m'occuper des gens, discuter* »

Elle donne beaucoup d'exemples de cas cliniques de patients qu'elle accompagne pour des problèmes d'alcool.

Extrait 3 : « *Je pense qu'effectivement je lui ai accordé du temps de l'écoute et ça fait maintenant peut-être 15 ans qu'il n'a pas retouché une goutte d'alcool et il aide même les autres maintenant. J'en ai un autre, effectivement tu vois quand on en parle... il y en a un autre, quelqu'un qui est assez jeune, pareil qui maintenant aide les autres. Et là un patient que j'ai eu qui depuis 3 mois ne bois plus du tout* »

Elle insiste beaucoup sur le déni des patients. C'est un élément qui est répétitif dans l'entretien.

Extrait 4 : « *C'est très compliqué parce qu'elles ne sont pas demandeuses et elles sont dans le déni. J'en ai une, une dame, je sais pertinemment qu'elle boit. On a déjà eu des problèmes avec ça et depuis elle nie, elle ne veut pas l'admettre* »

Extrait 5 : « *Mais pour ce genre de patient c'est un peu différent. C'est « je vais bien, tout va bien »* »

Concernant sa propre consommation, elle dit qu'elle ne boit pas au quotidien, et ne développe pas plus.

Entretien 6 (E6)

Il s'agit d'un homme de 50 ans qui exerce dans une MSP en zone semi rurale. Il accueille des externes et des internes et travaille 4 jours par semaine. Il a également une formation d'urgentiste.

L'entretien a eu lieu à l'heure du déjeuner dans la salle de repos du cabinet médical et a duré 20 minutes. L'ambiance était détendue, avec beaucoup de rires.

C'est un médecin qui semble avoir peu de représentations en lien avec l'alcoolisme par rapport aux autres médecins. Il donne l'impression d'être apaisé. Il n'évoque ni le tabou, ni la stigmatisation. Il ne semble pas résigné non plus. Il n'y a que très peu de propos en lien avec la question de la morale dans son discours.

Il insiste sur l'importance du côté relationnel en médecine générale et parle beaucoup de soutien et d'accompagnement. Il ne théorise pas particulièrement, n'évoque jamais les médicaments dans la prise en charge de l'alcoolisme.

Extrait 1 : « *Je pense que c'est important de les suivre de près, de les soutenir, quoi, mais il ne faut pas forcément grand-chose, des fois, quelques mots de soutien ça peut suffire, et puis de leur dire « on est là », quoi* »

Il souligne également les conséquences sociales de l'alcoolisme chez ses patients.

Extrait 2 : « J'en ai un, en ce moment, un patient, que j'ai vu justement la semaine dernière, qui a perdu sa femme il y a déjà des années, elle est partie avec ses enfants parce qu'elle n'en pouvait plus.... Il a encore la voiture et le travail. Mais bon, on sent qu'il sombre là, en ce moment, je ne sais pas... c'est compliqué, enfin, je le soutiens comme je peux, ce n'est pas simple »

Malgré l'importance de la relation médecin-patient pour ce médecin, il évoque aussi le fait de cloisonner vie professionnelle et vie privée afin de se protéger lui-même.

Extrait 3 : « Après, il y a une relation affective avec tous les patients mais je ne suis quand même pas ni leur père, ni leur mère, donc quand il y a des dangers on les prévient, on dit « voilà c'est... ». Mais il ne faut pas qu'il y ait d'attache affective trop importante, ce qui arrive parfois, parce que là, on peut prendre cher... »

Extrait 4 : « Ce n'est qu'un métier. Il faut savoir cloisonner quoi... »

Sa consommation personnelle est uniquement festive.

Entretien 7 (E7)

Il s'agit d'un homme de 69 ans, qui est installé dans un cabinet de deux médecins généralistes en zone semi-rurale. Il a été médecin coordonnateur d'une maison de retraite. Il travaille 4 jours par semaine.

L'entretien a eu lieu un après-midi dans son bureau et a duré 37 minutes. Il avait réservé une plage horaire d'une heure pour l'entretien. Pendant l'entretien il semblait détendu, à l'aise avec le sujet et prenait le temps de réfléchir entre chaque question.

C'est un médecin qui est très curieux, cherche toujours à en savoir plus. Il participe à de nombreuses formations. Il paraît avoir des connaissances théoriques solides.

Extrait 1 : « On a envie de toujours se former. Enfin moi j'ai toujours voulu me former, j'ai toujours fait des formations, Poitiers, Tours, Bordeaux, tout ça, même en Corse, j'ai fait des réunions, des choses comme ça. Je veux dire que ça m'intéresse toujours d'en connaître toujours plus ».

Il donne l'impression de très bien connaître ses patients, de s'intéresser à eux et à leur histoire.

Extrait 2 : « C'est des gens qu'on connaît bien, qu'on suit, enfin personnellement, depuis une dizaine d'années... donc on les a vu se dégrader, on a vu les choses s'avancer... »

Il cite longuement plusieurs situations cliniques concernant ses patients alcooliques.

Extrait 3 : « Ben, celle que je vois le plus souvent c'est une femme qui vient me voir tous les mois. Alors les urgences me l'ont envoyée cette semaine, elle est allée aux urgences en état d'alcoolisation aigue. Donc c'est tous les 2 mois à peu près j'ai un compte rendu des urgences où ils la gardent un petit peu et puis retour à domicile parce que bon elle vit avec son copain qui boit autant, apparemment, d'après ce qu'elle nous dit. Moi je ne le connais pas. Et donc ils boivent ensemble, c'est des bagarres, ils ne se supportent pas quand ils boivent et après quand ils boivent pas ils se supportent »

C'est un médecin qui est en fin de carrière et a pris du recul vis-à-vis de son métier. Notamment concernant la question du temps.

Extrait 4 :

« J'ai une intensité de travail qui est moindre par rapport à ce qu'elle a été, donc le temps j'y fais plus très attention maintenant. Parce que bon j'ai pris du temps, aujourd'hui j'ai du retard ça ne me gêne pas... je récupérerai demain ce que je ferai pas aujourd'hui. On prend plus de distance avec tout ça par rapport à tout ce qu'on faisait avant ».

Entretien 8 (E8)

Il s'agit d'une femme de 46 ans qui exerce depuis 16 ans dans un cabinet médical de deux médecins généralistes en zone semi rurale. Elle travaille 4 jours par semaine. L'entretien a eu lieu dans son bureau un après-midi et a duré 32 min. C'est quelqu'un de passionné : par son métier mais aussi par ses loisirs.

Elle ne donne pas le sentiment d'être à l'aise dans son métier et concernant le thème de l'alcool. Elle doute et paraît plutôt anxieuse, elle semble manquer d'assurance.

Extrait 1 : *« Mais... oui oui j'aime toujours autant ça, par contre..., le sentiment..., vous savez la peur de l'échec ou de l'erreur médicale, c'est quelque chose que j'ai toujours eu au départ et je pensais que ça allait s'atténuer en vieillissant en prenant de l'assurance et c'est quelque chose qui me poursuit tous les jours, j'ai toujours peur de... à un moment de faire mal quoi. Donc, à cause de ça, pour ma paix... spirituelle, je dirais que, si c'était à refaire je ne suis pas sûre que je le ferai ».*

C'est un médecin à l'écoute, dans l'accompagnement des patients. Elle semble avoir eu de mauvaises expériences en s'investissant trop personnellement pour certains patients.

Extrait 2 : *« Moi je suis d'un naturel plutôt souriant, voilà j'accueille les gens, j'allais dire plutôt sympathique, mais bon c'est un peu bizarre de dire ça de soi, mais voilà... Mais du coup, là avec le temps je mets davantage de distance... Parce que j'ai des mauvaises expériences, je me suis fait avoir plusieurs fois avec des patients qui m'ont bouffée, enfin qui...voilà, qui m'ont harcelée même, enfin voilà quoi... »*

Elle manifeste de l'empathie en général et pour les patients alcooliques :

Extrait 3 : *« Bien oui donc du coup..., dans leur tête ça doit être..., ça doit être très dur ce... Cet interdit quoi en fait »*

Elle est sensibilisée par la question de l'alcool car quelqu'un de sa famille est malade de l'alcool. Elle parle spontanément de sa place délicate de médecin et d'entourage dans cette situation.

Extrait 4 : *« Je vais vous dire, hier soir, je vais vous faire voir, j'ai un appel, je prends mon téléphone, voilà, j'ai un message maintenant, c'est quelqu'un de ma famille donc je suis sensibilisée au problème quand même »*

Extrait 5 : *« Je ne suis pas son médecin moi... Je ne suis pas son médecin, mais par contre c'est vrai que régulièrement quand il y a une cata je passe un coup de fil à son médecin on en discute »*

Entretien 9 (E9)

Il s'agit d'un homme de 36 ans qui est installé depuis moins de 5 ans dans une MSP en milieu semi-rural. Il travaille 4 jours par semaine.

L'entretien a eu lieu dans son bureau en fin de matinée, avant de partir faire ses visites à domicile, et a duré 32 minutes.

Ce médecin n'a pas paru pressé même s'il était en retard. Il s'est intéressé à l'étude menée et a demandé des détails sur les objectifs de recherche. Il a évoqué spontanément certains thèmes majeurs de l'étude avant même qu'ils aient été cités. Il était très concentré, n'a pas regardé l'heure ni son téléphone.

C'est un médecin qui n'a pas un fonctionnement paternaliste. Il cherche à autonomiser ses patients et a une vision modeste de son rôle de médecin. Il n'a pas eu de difficulté pour s'exprimer sur le sujet de l'alcool.

Extrait 1 : « *L'essentiel du travail, il faut rester modeste, c'est les patients qui le font* »

La notion de la culpabilité associée à l'alcool est prépondérante dans son discours, il a peur de renvoyer malgré lui une image de jugement qui serait culpabilisante pour les patients.

Extrait 2 : « *Oui, oui... je me dis que des fois, il culpabilise tellement que le fait de lui en parler, ça peut lui renvoyer sa culpabilité est en pleine face, et donc le bloquer complètement* »

Extrait 3 : « *Eh bien, ça dépend, il y en a, ils s'en foutent complètement, et il y en a un, l'autre jour, avec un copain médecin, on est rentré dans le bar pour acheter des pizzas, et, il m'a vu, il s'est barré, il a été se planquer derrière. Et puis l'autre, il lui a dit « Ne cache pas ton verre », voilà. Donc, tu vois cette culpabilité, cette honte. Alors que je ne suis pas du tout culpabilisant, au contraire, j'essaie vraiment de ne pas jouer là-dessus* »

Il cite lui aussi beaucoup d'exemples de patients qu'il suit pour des problématiques d'alcool, dont certains sont des anciens camarades de classe.

Extrait 4 : « *J'en ai un, il a un problème psycho, un trouble de la personnalité probable, qui existe depuis l'enfance parce qu'il était au collège avec moi, on faisait du foot ensemble même...je l'ai perdu de vue, et puis il est passé par l'héroïne, il a arrêté l'héroïne il est passé au cannabis, et puis il a arrêté, il a tout arrêté, il a arrêté tout ça, il a arrêté le SUBUTEX après, et il est passé à l'alcool* »

Concernant sa propre consommation d'alcool, il la décrit simplement comme festive.

Entretien 10 (E10)

Il s'agit d'une femme de 56 ans qui exerce seule dans un cabinet en zone rurale. Elle est installée depuis 26 ans.

L'entretien a eu lieu dans son bureau en début d'après-midi et a duré 29 minutes. C'est un médecin qui avait tendance à couper la parole, n'était pas dans le dialogue. Le contact était plutôt difficile, avec une gêne ressentie sans pouvoir en identifier clairement l'origine.

Ses réponses ont été plutôt catégoriques, peu ou pas nuancées.

Son fonctionnement en tant que médecin est ambivalent, puisqu'à la fois paternaliste et dans l'accompagnement. La question de la morale est fortement présente dans ses propos.

Extrait 1 : « Je fais un peu dans la prise de tête quoi, c'est à dire que je me positionne en parent quoi, ce n'est peut-être pas... c'est peut-être pas bien mais c'est comme ça quoi. Vous savez avec les jeunes... Je crois qu'il faut savoir interdire... »

Extrait 2 : « C'est vrai qu'on y est pour pas grand-chose, enfin, on aide, on oriente, on soigne des dépressions, on évite qu'ils se jugent trop, on évite qu'ils... enfin on fait ce que l'on peut. On navigue à vue un peu...Voilà »

Extrait 4 : « Alors ces jeunes, moi quand je les vois, là, je leur fais le grand jeu-là, là je leur dis qu'ils sont alcooliques »

Pour ce médecin, l'alcool est un tabou. Elle n'arrive pas à aborder la question de l'alcool sans une raison particulière. Elle ressent une « pudeur » importante pour parler d'alcool.

Extrait 3 : « Je ne sais pas. Je pense que ça relève de la pudeur, peut-être, ou quelque chose comme ça, voilà, ce n'est pas... « Vous fumez ? » je la pose, et « Vous buvez ? » non, l'estimation de la consommation d'alcool des gens, non... quand il n'y a pas de problème, quand ce n'est pas le motif, c'est quelque chose que je n'aborde jamais, je le reconnais et c'est comme ça. Et j'ai déjà remarqué ça et pour autant je n'ai pas changé ma pratique »

Spontanément elle évoque pour elle une non-consommation d'alcool. Puis au fur et à mesure elle explique qu'elle aime « le bon vin et les bières », et qu'elle a une consommation festive et conviviale « classique ». Elle avoue avoir une mauvaise tolérance à l'alcool. Elle est très gênée pour parler d'alcool, que ce soit la consommation des patients ou la sienne.

Entretien 11 (E11)

Il s'agit d'une femme de 42 ans qui exerce en zone rurale dans un cabinet de trois médecins généralistes, installée depuis 10 ans.

Elle travaille 4 jours par semaine, et accueille des internes. L'entretien a eu lieu dans son bureau, un jour de repos, et a duré 23 minutes. Elle était pressée mais malgré cela, elle a adopté une attitude et une posture d'écoute, elle était concentrée. C'est un médecin qui semblait plutôt à l'aise pour parler du thème de l'alcool.

Cependant, elle donnait l'impression d'avoir plusieurs représentations vis-à-vis des patients alcooliques.

Extrait 1 : « Voire parfois ils n'en ont rien à faire quoi, d'être dans un lieu public et de prendre la voiture après avoir été alcoolisé...Autant les femmes vont y être sensibles d'après ce que je perçois, autant un certain nombre d'hommes n'en ont pas grand-chose à faire. Même ceux qui se sont plantés en voiture ou qui ont été arrêtés par les flics... ils picolent, ils conduisent... »

Concernant l'abord de la problématique d'alcool, elle est dans l'attente, l'expectative, elle va attendre un retentissement pour en parler.

Extrait 2 : « On attend qu'il y ait un souci, une anomalie sur un bilan, on attend oui... »

Elle se remet en question en insistant sur le fait qu'elle aimerait « oser poser la question » de l'alcool, c'est-à-dire passer outre ses représentations, notamment le tabou autour de ce thème.

Extrait 3 : « Oser leur demander de venir uniquement pour ça »

Extrait 4 : « *Déjà poser la question, la banaliser. Comme on fait pour le tabac, demander « quelle est votre consommation d'alcool ? », la faire décrire aux patients lors d'un premier contact, je pense que c'est important. Après, en parler régulièrement »*

Pour elle, la problématique du temps est une difficulté avec laquelle elle doit composer pour équilibrer sa vie professionnelle et sa vie privée.

Extrait 5 : « *Donc on sait quand ça commence, on a parfois du mal à maîtriser la consultation et quand on a envie d'être à l'heure le soir et de rentrer voir ses enfants à une heure acceptable, on n'a pas envie de prendre trop de retard, et voilà. A un moment donné on hésite à aller chercher les choses parce qu'on se dit qu'on va être débordé ».*

Elle déclare consommer de l'alcool de façon très occasionnelle.

Entretien 12 (E12)

Il s'agit d'un homme de 59 ans, médecin généraliste dans un cabinet de groupe multidisciplinaire en zone semi rurale. L'entretien a eu lieu dans son cabinet, un jour où il ne consultait pas et a duré 30 minutes.

Il est maître de stage universitaire. Il a participé pendant 9 ans à un groupe Balint.

Il semblait à l'aise pour parler d'alcool, on ne retrouvait pas la notion de tabou dans ses propos.

C'est quelqu'un de passionné par la psychologie et la psychanalyse, il a fait une formation de psychothérapeute. Dans sa pratique de médecin généraliste, il consacre beaucoup de consultations à du suivi psychothérapeutique.

Extrait 1 : « *J'ai fait une formation de psychothérapeute, après ce parcours personnel, et donc, voilà. C'est vraiment, c'est vraiment ce qui me passionne le plus, et de loin quoi »*

Il parle d'accompagnement et de soutien et n'a pas un fonctionnement paternaliste.

Extrait 2 : « *Ce n'est jamais quelque chose d'imposé, c'est-à-dire qu'il y a toujours un espace de liberté, qui fait que la personne va saisir ce moment-là ou cette proposition-là, pour pouvoir parler de cette difficulté »*

Il est à l'aise dans la relation médecin-patient qui semble être un élément fondamental pour lui, sur lequel il s'interroge.

Extrait 3 : « *Dans le soutien qu'on peut apporter au quotidien ici, non ça va, je ne me sens pas... je ne me sens pas en difficulté quoi »*

Extrait 4 : « *Je pense qu'il y a des sujets qui méritent du temps et qui méritent d'abord qu'il y ait une relation de confiance qui soit installée pour que l'on puisse aborder quelque chose de l'ordre de difficultés personnelles les plus intimes »*

Extrait 5 : « *Il y a une espèce de... un peu comme une aventure que l'on a partagée ensemble et qui a abouti à une espèce de... alors je ne sais pas si c'est de la complicité, mais en tout cas, ça créé une espèce de lien très particulier lorsqu'il y a eu un accompagnement avec une issue favorable. Et, il y a un lien très particulier entre le patient et le médecin à ce moment-là »*

Concernant sa propre consommation d'alcool, il déclare ne pas « avoir de difficulté particulière ».

ANNEXE n°4

Résumés des 6 entretiens dans le champ de l'alcoologie

Entretien 13 (E13)

Il s'agit d'un homme de plus de 60 ans, médecin généraliste retraité, qui fait des consultations au CSAPA et anime des groupes de parole avec des patients alcooliques. L'entretien a eu lieu à son domicile un matin et a duré 1 heure. Ce médecin travaille sur les problématiques d'alcool depuis 1975. Il met l'autre très à l'aise et aime transmettre son savoir.

C'est un médecin qui accompagne, qui n'est pas paternaliste. Il parle beaucoup du côté humain de la médecine.

Tout au long de l'entretien on comprend l'importance pour lui du médecin-médicament :

Extrait 1 : « Et quand on a compris la souffrance psychique, ça c'est important aussi, la souffrance psychique de l'alcoolique là on est capable d'ouvrir un petit peu les bras, d'être dans le soin. Parce que le rôle du médecin c'est de savoir qu'il est un médicament, c'est un soin ».

Il est dans l'écoute, complètement centré sur le patient et non sur le produit alcool :

Extrait 2 : « Donc moi je n'ai pas de méthode, je suis comme ça, j'écoute et puis tout ce qu'il m'envoie j'en fait un peu quelque chose. C'est-à-dire que je prends sa parole en considération pour reformuler par rapport à ma théorie et mon ressenti. Ça c'est important et à ce moment-là le malade paumé voit un soignant cadrant, à ce moment-là il va peut-être avoir envie de rentrer dans un cadre »

Pour lui, travailler sur l'alcoolisme nécessite de faire un important travail sur soi. C'est pour lui un point qu'il souligne comme étant défaillant dans la formation des médecins généralistes :

Extrait 3 : « Alors, pour bien s'en occuper, d'abord faut en avoir envie. Donc ça veut dire qu'il va falloir faire un travail sur soi avant et là moi je pense que la formation des généralistes par rapport à la prise en charge de l'alcoolique ou du toxicomane est insuffisante »

Entretien 14 (E14)

Il s'agit d'une femme qui a entre 50 et 60 ans, qui est praticien hospitalier (PH) dans un CSAPA depuis 15 ans. L'entretien a eu lieu dans son bureau et a duré 56 minutes. Il s'agit de quelqu'un d'accueillant, qui parle à la fois avec calme et passion de son métier. Elle semble avoir pris beaucoup de recul. Elle est médecin généraliste, et s'est aussi formée en santé publique. Elle a fait une formation en alcoologie dans le même temps que le diplôme de santé publique, puis quelques vacations dans un centre d'addictologie. Elle axe ses prises en charge sur l'accompagnement des patients et de leur entourage, sans vouloir à forcément viser l'abstinence totale.

Extrait 1 : « On a des gens qui sont réellement dans la dépendance, on sait que de toute façon le contrôle ne sera pas durable mais si le seul objectif qu'ils peuvent tenir à court terme là, aujourd'hui et maintenant c'est une réduction des risques, on va les accompagner là-dedans, on va les aider à ... »

La notion majeure qui ressort est la rencontre avec le patient.

Extrait 2 : « Je me dis que la première étape, on cherche vraiment à rencontrer la personne en fait...à la rencontrer... »

Elle est avant tout un humain avant d'être médecin et soigne avec cette vision-là. Elle est le principal outil des soins, le médecin-médicament :

Extrait 3 : « Comme s'il y avait des modes opératoires.... En fait non, on travaille avec ce qu'on est, ce qu'on pense aussi »

Concernant sa consommation d'alcool, elle explique qu'elle le tolère mal et qu'elle n'a jamais connu l'ivresse :

Extrait 4 : « Moi je n'ai jamais eu de problème avec l'alcool parce que je fais partie des gens qui ont une tolérance mauvaise de l'alcool, donc je ne connais pas l'ivresse en fait. Quand les gens me parlent de l'ivresse c'est quelque chose qui m'est assez étranger ».

Entretien 15 (E15)

Il s'agit d'un homme d'environ 60 ans, qui est médecin addictologue dans un CSAPA. L'entretien a eu lieu dans son bureau pendant sa pause déjeuner et a duré 44 minutes. Il travaille à mi-temps depuis 20 ans en secteur pénitentiaire et à mi-temps en centre d'addictologie. Il accorde une grande importance à la qualité de la relation entre le médecin et son patient. L'alliance thérapeutique est une notion majeure pour lui. C'est un médecin qui écoute et s'investit personnellement pour la prise en charge globale de ses patients.

Extrait 1 : « La relation compte beaucoup. Le mot alliance thérapeutique c'est quelque chose de très fort »

Extrait 2 : « Une écoute maximale. Une capacité à s'impliquer personnellement. L'alliance thérapeutique ça marche dans les deux sens, tout en restant chacun à sa place. Etre capable de déborder le champ purement somatique et savoir aborder le champ culturel, politique, social »

Quand il parle de sa façon de prendre en charge, il fait beaucoup de références aux médicaments.

Extrait 3 : « Ils se décident à venir, à en parler au médecin, c'est pour avoir un résultat. C'est le principe sur lequel je pars. Etre plus comportementaliste finalement et on fait une analyse. Alors c'est la philosophie qui a été introduite par l'irruption des médicaments anti craving, addictologiques »

C'est un médecin qui ne fonctionne pas sur le mode paternaliste. Il accompagne les patients et ce sont eux qui prennent les décisions les concernant.

Extrait 4 : « J'aborde tout ça et puis ils choisissent parmi plusieurs options. Et puis la fois suivante sera une autre étape. Ce sont les patients qui doivent choisir et qui ressentent l'efficacité de leur mobilisation »

Pour ce médecin, prendre en charge des patients pour des conduites addictives nécessite au préalable de faire un travail sur soi-même.

Entretien 16 (E16)

Il s'agit d'un homme d'environ 60 ans, qui est médecin généraliste en Charente Maritime en zone rurale. L'entretien a duré 1h et a eu lieu à la faculté de médecine.

Ce médecin s'intéresse à l'addictologie depuis le début de sa carrière et y consacre beaucoup de temps.

Extrait 1 : « Alors, je pense que la première chose c'est de bien comprendre la conception de ce qu'est l'addiction. J'ai mis 20 ans à comprendre, pour arriver à la phrase suivante : l'addiction c'est la maladie de la perte du contrôle du désir envahi par le besoin. Tout est dans cette phrase »

Il n'axe jamais ses entretiens sur le produit consommé. Pour lui l'abstinence n'est pas le seul but, il travaille plutôt sur le progrès.

Extrait 2 : « Moi je travaille sur le fait de mener une vie de moins en moins inacceptable, ou de plus en plus acceptable, quels sont les progrès que l'on peut faire par rapport à une consommation antérieure. En sachant que, ces personnes-là vont, reprendre des consommations...arrêter... »

Extrait 3 : « Aider les gens à une vie plus acceptable. A reprendre les rênes de leur existence. C'est ça en fait, c'est ça le travail »

Il entretient une relation étroite avec ses patients, dans l'empathie et le soutien :

Extrait 4 : « Je n'aime pas beaucoup la bienveillante neutralité des psychologues ou des psychiatres, donc moi, je suis plutôt dans l'empathie, dans le soutien, parfois marqué, parfois appuyé »

Extrait 5 : « Le plus fréquent, c'est quand même une relation duelle intense, en vérité, où je m'attache à ce qu'elle soit profonde et vraie »

Il utilise beaucoup de métaphores :

Extrait 6 : « Donc, quelqu'un qui se noie, est-ce qu'il faut appeler un maître-nageur ou lancer la bouée ? Qu'est ce qui est plus opportun ? Le plus opportun c'est de lancer une bouée. Donc, la bouée c'est le médicament »

Entretien 17 (E17)

Il s'agit d'un homme, accompagnant psychosocial dans une structure d'alcoologie depuis 19 ans. Initialement, il a reçu une formation d'éducateur en milieu pénitentiaire.

L'entretien a eu lieu dans son bureau et a duré environ 40 minutes. C'est quelqu'un qui est passionné par son métier et qui semble aimer en parler.

Il a un rôle important dans la prise en charge, il accompagne le plus souvent les patients seul, et fait appel au médecin uniquement si besoin.

Extrait 1 : « C'est un travail de parole et de réflexion autour de leur relation avec l'alcool et qui peut être fait uniquement par un accompagnant psycho-social ».

Il offre un espace d'écoute et d'accompagnement personnalisé pour des personnes qui ont besoin d'aide à propos de leur consommation d'alcool.

Extrait 2 : « On est le premier voire l'unique interlocuteur, avec l'idée d'offrir un espace aux gens pour venir questionner la consommation d'alcool, prendre conscience de la dépendance, cheminer par rapport à des changements à mettre en place »

Il a une image positive des patients alcooliques, en lien avec une histoire familiale avec l'alcoolisme plutôt bien vécue :

Extrait 3 : « J'ai une image positive de l'alcoolique car j'ai toujours grandi avec un cousin de mon père qu'on a toujours dénommé alcoolique ».

Il n'essaie pas d'imposer son point de vue aux patients.

Extrait 4 : « On les accompagne avec ce qu'ils souhaitent : « ok, on va voir si c'est possible ». Ici ils savent qu'il y a une possibilité de parole en alcoologie avec des gens qui ont à priori une compétence »

Il essaie de faire entrer ses patients dans une démarche de soins en « accrochant un lien » en eux.

Extrait 5 : « L'idée c'est de dédramatiser, d'accrocher un lien avec ces gens-là pour les aider à cheminer par rapport à ça »

Entretien 18 (E18)

Il s'agit d'un entretien avec une personne adhérente à l'association « Alcool Ecoute Joie et Santé » de Poitiers : une femme de plus de 60 ans.

Cet entretien a duré 35 minutes et a lieu dans les locaux de l'association. Cette personne a été accueillante et s'est rendue très disponible pour apporter son témoignage.

Elle se décrivait comme « alcoolique abstinente ».

Elle a été accompagnée depuis de nombreuses années par son médecin généraliste, mais aussi par des professionnels de l'alcoologie.

Nous lui avons énoncé notre question de recherche afin qu'elle puisse y réagir. Elle nous a donné son point de vue sur les soins qu'elle a reçus et son avis sur les éléments facilitateurs et freinateurs de la prise en charge par ses médecins.

Elle a soulevé le fait que les médecins généralistes manquaient de temps pour écouter leurs patients :

Extrait 1 : « Il va falloir beaucoup de temps aussi, parfois les médecins généralistes n'ont que dix minutes ou un quart d'heure, et il va falloir du temps pour écouter la personne »

Elle avait l'impression que les médecins ne voyaient pas les patients comme des personnes dans leur globalité :

Extrait 2 : « Derrière les malades alcooliques il y a un être humain, une personne, et je ne sais pas s'ils savent bien ça les médecins... il y a le comportement et puis il y a la personne... les médecins sont un peu comme le reste du monde ils voient le comportement et c'est tout ».

Elle aimerait que les médecins parlent davantage des associations existantes à leurs patients :

Extrait 3 : « Ce qu'on attend des généralistes c'est qu'ils parlent des associations... par exemple dire aux personnes « voulez-vous rencontrer quelqu'un qui a vécu les mêmes choses que vous ? »

RESUME

Introduction : Les conséquences d'une consommation excessive d'alcool sont bien établies. Cependant, le nombre de patients pris en charge est bien inférieur au nombre de personnes concernées et la situation, contrairement à celle des autres addictions, ne progresse pas significativement depuis une vingtaine d'années. Nous nous sommes interrogés sur cette contradiction et nous avons tenté d'identifier les facteurs influençant, en médecine ambulatoire, l'évocation de la consommation d'alcool et la prise en charge des patients qui font un mésusage de l'alcool.

Méthode : Nous avons réalisé une étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 12 médecins généralistes, 6 professionnels de l'alcoologie et un ancien patient, en Poitou-Charentes. Les entretiens ont été retranscrits en verbatim puis analysés de manière thématique. La saturation des données a été atteinte et les données ont été triangulées.

Résultats : Nous avons identifié plusieurs facteurs influençant les pratiques des médecins généralistes, dont certains freins déjà connus comme le manque de temps, l'insuffisance de formation et de compétences sur le sujet. D'autres ont été mis en évidence, comme les représentations, la notion de la morale, le rapport intime à l'alcool du médecin et sa vision de son propre rôle. Le témoignage des alcoologues a permis d'entrevoir une vision différente de ces mêmes facteurs. Ils proposaient principalement aux médecins généralistes un travail de questionnement sur soi à propos de leur rapport à l'alcool, de leur métier, du patient, de l'autre en général.

Conclusion : Ce travail a permis d'entrevoir, au travers des freins dits "secondaires", des leviers pour agir et améliorer la prise en charge des patients mésusant l'alcool. Se concentrer sur le médecin lui-même et non sur le sujet "alcool" serait une piste pour lever les barrières qui perdurent malgré les formations.

Mots clés : médecine générale, alcool, mésusage de l'alcool, alcoologie, addiction.

SUMMARY

Introduction: The consequences of excessive alcohol consumption are well known. However, the number of patients who are being supported are well below the number who are affected. Despite the progress of treatment of other addictions, the situation has not improved significantly in the last 20 years.

We have researched this anomaly and tried to ascertain the factors which influence the management, in general practice, and subsequent follow up support of patients for alcohol abuse.

Method: We have carried out a qualitative study by semi-structured interviews with 12 GPs, 6 specialists in alcoholism and a former patient. The interviews have been transcribed 'in verbatim' and analyzed in a systematic manner. Data saturation has been achieved and data have been triangulated.

Results: We have identified several factors which influence GP's practices including, already assumed restraints, such as lack of time, insufficient training and skills in the subject. Other factors have been highlighted such as representations, the concept of moral, the doctors' own relationship with alcohol and his own perception of his role. The testimony of the alcohol specialists give us a different vision of the same evidence. In principle, they proposed a different form of self-questioning for the GPs with respect to their relationship with alcohol, their profession, patients and other things in general.

Conclusion: This study has provided a glimpse into ways to act and improve the support of patients who misuse alcohol through lifting 'secondary' restraints. Focusing on the doctor himself and not about alcohol would be a start in breaking down the barriers that remain despite training.

Keywords: general practice, alcohol, misuse of alcohol, alcoholology, addiction.

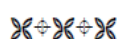


UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de
Pharmacie

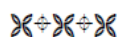


SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !



RESUME

Introduction : Les conséquences d'une consommation excessive d'alcool sont bien établies. Cependant, le nombre de patients pris en charge est bien inférieur au nombre de personnes concernées et la situation, contrairement à celle des autres addictions, ne progresse pas significativement depuis une vingtaine d'années. Nous nous sommes interrogés sur cette contradiction et nous avons tenté d'identifier les facteurs influençant, en médecine ambulatoire, l'évocation de la consommation d'alcool et la prise en charge des patients qui font un mésusage de l'alcool.

Méthode : Nous avons réalisé une étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 12 médecins généralistes, 6 professionnels de l'alcoologie et un ancien patient, en Poitou-Charentes. Les entretiens ont été retranscrits en verbatim puis analysés de manière thématique. La saturation des données a été atteinte et les données ont été triangulées.

Résultats : Nous avons identifié plusieurs facteurs influençant les pratiques des médecins généralistes, dont certains freins déjà connus comme le manque de temps, l'insuffisance de formation et de compétences sur le sujet. D'autres ont été mis en évidence, comme les représentations, la notion de la morale, le rapport intime à l'alcool du médecin et sa vision de son propre rôle. Le témoignage des alcoologues a permis d'entrevoir une vision différente de ces mêmes facteurs. Ils proposaient principalement aux médecins généralistes un travail de questionnement sur soi à propos de leur rapport à l'alcool, de leur métier, du patient, de l'autre en général.

Conclusion : Ce travail a permis d'entrevoir, au travers des freins dits "secondaires", des leviers pour agir et améliorer la prise en charge des patients mésusant l'alcool. Se concentrer sur le médecin lui-même et non sur le sujet "alcool" serait une piste pour lever les barrières qui perdurent malgré les formations.

Mots clés : médecine générale, alcool, mésusage de l'alcool, alcoologie, addiction.

SUMMARY

Introduction: The consequences of excessive alcohol consumption are well known. However, the number of patients who are being supported are well below the number who are affected. Despite the progress of treatment of other addictions, the situation has not improved significantly in the last 20 years.

We have researched this anomaly and tried to ascertain the factors which influence the management, in general practice, and subsequent follow up support of patients for alcohol abuse.

Method: We have carried out a qualitative study by semi-structured interviews with 12 GPs, 6 specialists in alcoholism and a former patient. The interviews have been transcribed 'in verbatim' and analyzed in a systematic manner. Data saturation has been achieved and data have been triangulated.

Results: We have identified several factors which influence GP's practices including, already assumed restraints, such as lack of time, insufficient training and skills in the subject. Other factors have been highlighted such as representations, the concept of moral, the doctors' own relationship with alcohol and his own perception of his role. The testimony of the alcohol specialists give us a different vision of the same evidence. In principle, they proposed a different form of self-questioning for the GPs with respect to their relationship with alcohol, their profession, patients and other things in general.

Conclusion: This study has provided a glimpse into ways to act and improve the support of patients who misuse alcohol through lifting 'secondary' restraints. Focusing on the doctor himself and not about alcohol would be a start in breaking down the barriers that remain despite training