



Université de Bourgogne
UFR des Sciences de Santé
Circonscription Médecine



ANNEE 2017

N°

TITRE DE LA THESE

**Enquête sur le ressenti et les attentes des médecins généralistes du Conseil Local de
Santé Mentale Franco Basaglia (CLSM)
dans la prise en charge des patients en souffrance avec l'alcool.**

THESE

présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon

Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 08/12/2017

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par COLLARD Jocelyn

Né le 14/12/1988

A Dijon

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à la disposition de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur.

Ceci implique une obligation de citation et de référencement dans la rédaction de vos travaux.

D'autre part, toutes contrefaçons, plagiat, reproductions illicites encourtent une poursuite pénale.



Université de Bourgogne
UFR des Sciences de Santé
Circonscription Médecine



ANNEE 2017

N°

TITRE DE LA THESE

**Enquête sur le ressenti et les attentes des médecins généralistes du Conseil Local de Santé Mentale Franco Basaglia (CLSM)
dans la prise en charge des patients en souffrance avec l'alcool.**

THESE

présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon

Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 08/12/2017

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par COLLARD Jocelyn

Né le 14/12/1988

A Dijon

Année Universitaire 2017-2018
au 1^{er} Septembre 2017

Doyen :
Assesseurs :

M. Frédéric HUET
M. Marc MAYNADIE
M. Pablo ORTEGA-DEBALLON

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

			Discipline
M.	Marc	BARDOU	Pharmacologie clinique
M.	Jean-Noël	BASTIE	Hématologie - transfusion
M.	Emmanuel	BAULOT	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M.	Yannick	BEJOT	Neurologie
M.	Alain	BERNARD	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Mme	Christine	BINQUET	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	Bernard	BONIN	Psychiatrie d'adultes
M.	Philippe	BONNIAUD	Pneumologie
M.	Alain	BONNIN	Parasitologie et mycologie
M.	Bernard	BONNOTTE	Immunologie
M.	Olivier	BOUCHOT	Chirurgie cardiovasculaire et thoracique
M.	Belaid	BOUHEMAD	Anesthésiologie - réanimation chirurgicale
M.	Alexis	BOZORG-GRAYELI	ORL
M.	Alain	BRON	Ophthalmologie
M.	Laurent	BRONDEL	Physiologie
Mme	Mary	CALLANAN	Hématologie type biologique
M.	Patrick	CALLIER	Génétique
M.	Jean-Marie	CASILLAS-GIL	Médecine physique et réadaptation
Mme	Catherine	CHAMARD-NEUWIRTH	Bactériologie - virologie; hygiène hospitalière
M.	Pierre-Emmanuel	CHARLES	Réanimation
M.	Pascal	CHAVANET	Maladies infectieuses
M.	Nicolas	CHEYNEL	Anatomie
M.	Alexandre	COCHET	Biophysique et médecine nucléaire
M.	Luc	CORMIER	Urologie
M.	Yves	COTTIN	Cardiologie
M.	Charles	COUTANT	Gynécologie-obstétrique
M.	Gilles	CREHANGE	Oncologie-radiothérapie
Mme	Catherine	CREUZOT-GARCHER	Ophthalmologie
M.	Frédéric	DALLE	Parasitologie et mycologie
M.	Serge	DOUVIER	Gynécologie-obstétrique
Mme	Laurence	DUVILLARD	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Olivier	FACY	Chirurgie générale
Mme	Laurence	FAIVRE-OLIVIER	Génétique médicale
Mme	Patricia	FAUQUE	Biologie et Médecine du Développement
Mme	Irène	FRANCOIS-PURSSELL	Médecine légale et droit de la santé
M.	Pierre	FUMOLEAU	Cancérologie
M.	François	GHIRINGHELLI	Cancérologie
M.	Claude	GIRARD	Anesthésiologie – réanimation chirurgicale
M.	Vincent	GREMEAUX	Médecine physique et réadaptation
(Mise en disponibilité du 12 juin 2017 au 11 juin 2018)			
M.	Frédéric	HUET	Pédiatrie
M.	Pierre	JOUANNY	Gériatrie

M.	Sylvain	LADOIRE	Histologie
M.	Gabriel	LAURENT	Cardiologie
M.	Côme	LEPAGE	Hépatogastroentérologie
M.	Romarc	LOFFROY	Radiologie et imagerie médicale
M.	Luc	LORGIS	Cardiologie
M.	Jean-Francis	MAILLEFERT	Rhumatologie
M.	Cyriaque Patrick	MANCKOUNDIA	Gériatrie
M.	Sylvain	MANFREDI	Hépatogastroentérologie
M.	Laurent	MARTIN	Anatomie et cytologie pathologiques
M.	David	MASSON	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Marc	MAYNADIE	Hématologie – transfusion
M.	Marco	MIDULLA	Radiologie et imagerie médicale
M.	Thibault	MOREAU	Neurologie
M.	Klaus Luc	MOURIER	Neurochirurgie
Mme	Christiane	MOUSSON	Néphrologie
M.	Paul	ORNETTI	Rhumatologie
M.	Pablo	ORTEGA-DEBALLON	Chirurgie Générale
M.	Jean-Michel	PETIT	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Christophe	PHILIPPE	Génétique
M.	Lionel	PIROTH	Maladies infectieuses
Mme	Catherine	QUANTIN	Biostatistiques, informatique médicale
M.	Jean-Pierre	QUENOT	Réanimation
M.	Patrick	RAT	Chirurgie générale
M.	Jean-Michel	REBIBOU	Néphrologie
M.	Frédéric	RICOLFI	Radiologie et imagerie médicale
M.	Paul	SAGOT	Gynécologie-obstétrique
M.	Emmanuel	SAPIN	Chirurgie Infantile
M.	Henri-Jacques	SMOLIK	Médecine et santé au travail
M.	Éric	STEINMETZ	Chirurgie vasculaire
Mme	Christel	THAUVIN	Génétique
M.	Benoit	TROJAK	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
M.	Pierre	VABRES	Dermato-vénérologie
M.	Bruno	VERGÈS	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Narcisse	ZWETYENGA	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

PROFESSEURS EN SURNOMBRE

M.	Roger	BRENOT (Surnombre jusqu'au 31/08/2018)	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M.	Philippe	CAMUS (Surnombre jusqu'au 31/08/2019)	Pneumologie
Mme	Monique	DUMAS-MARION (Surnombre jusqu'au 31/08/2018)	Pharmacologie fondamentale
M.	Maurice	GIROUD (Surnombre jusqu'au 21/08/2018)	Neurologie

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES
PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES MEDICALES**

			Discipline Universitaire
Mme	Lucie	AMOUREUX BOYER	Bactériologie
M.	Sylvain	AUDIA	Médecine interne
Mme	Shaliha	BECHOUA	Biologie et médecine du développement
M.	Benjamin	BOUILLET	Endocrinologie
Mme	Marie-Claude	BRINDISI	Nutrition
M.	Jean-Christophe	CHAUVET-GELINIER	Psychiatrie, psychologie médicale
Mme	Marie-Lorraine	CHRETIEN	Hématologie
Mme	Vanessa	COTTET	Nutrition
M.	Alexis	DE ROUGEMONT	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
M.	Hervé	DEVILLIERS	Médecine interne
Mme	Ségolène	GAMBERT-NICOT	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Marjolaine	GEORGES	Pneumologie
Mme	Françoise	GOIRAND	Pharmacologie fondamentale
M.	Charles	GUENANCIA	Cardiologie
Mme	Agnès	JACQUIN	Physiologie
M.	Alain	LALANDE	Biophysique et médecine nucléaire
M.	Louis	LEGRAND	Biostatistiques, informatique médicale
Mme	Stéphanie	LEMAIRE-EWING	Biochimie et biologie moléculaire
M	Maxime	SAMSON	Médecine interne
M.	Paul-Mickaël	WALKER	Biophysique et médecine nucléaire

PROFESSEURS EMERITES

M.	Laurent	BEDENNE	(01/09/2017 au 31/08/2020)
M.	Jean-François	BESANCENOT	(01/09/2017 au 31/08/2020)
M.	François	BRUNOTTE	(01/09/2017 au 31/08/2020)
M.	Jean	FAIVRE	(01/09/2015 au 31/08/2018)
M.	Marc	FREYSZ	(01/03/2017 au 31/08/2019)
M.	Patrick	HILLON	(01/09/2016 au 31/08/2019)
M.	François	MARTIN	(01/09/2015 au 31/08/2018)
M.	Pierre	POTHIER	(01/09/2015 au 31/08/2018)
M.	Pierre	TROUILLOUD	(01/09/2017 au 31/08/2020)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

M.	Jean-Noël	BEIS	Médecine Générale
----	-----------	-------------	-------------------

PROFESSEURS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

M.	Didier	CANNET	Médecine Générale
M.	Gilles	MOREL	Médecine Générale
M.	François	MORLON	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

Mme	Anne	COMBERNOUX -WALDNER	Médecine Générale
M.	Clément	CHARRA	Médecine Générale
M.	Rémi	DURAND	Médecine Générale
M.	Arnaud	GOUGET	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

M.	Didier	CARNET	Anglais
M.	Jean-Pierre	CHARPY	Anglais
Mme	Catherine	LEJEUNE	Pôle Epidémiologie
M.	Gaëtan	JEGO	Biologie Cellulaire

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mme	Marianne	ZELLER	Physiologie
-----	----------	---------------	-------------

PROFESSEURS AGREGES de L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE

Mme	Marceline	EVRARD	Anglais
Mme	Lucie	MAILLARD	Anglais

PROFESSEURS CERTIFIES

Mme	Anaïs	CARNET	Anglais
M.	Philippe	DE LA GRANGE	Anglais
Mme	Virginie	ROUXEL	Anglais (Pharmacie)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

M.	François	GIRODON	Sciences biologiques, fondamentales et cliniques
Mme	Evelyne	KOHLI	Immunologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

M.	Mathieu	BOULIN	Pharmacie clinique
M.	Philippe	FAGNONI	Pharmacie clinique
M.	Frédéric	LIRUSSI	Toxicologie
M.	Marc	SAUTOUR	Botanique et cryptogamie
M.	Antonin	SCHMITT	Pharmacologie



Université de Bourgogne
UFR des Sciences de Santé
Circonscription Médecine



L'UFR des Sciences de Santé de Dijon, Circonscription Médecine, déclare que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation, ni improbation.

COMPOSITION DU JURY

Président :

- Monsieur le Professeur Jean-Noël BEIS

Membres :

- Monsieur le Professeur Jean-Michel PETIT
- Monsieur le Professeur associé François MORLON
- Monsieur le Docteur Gérard MILLERET
- Monsieur le Docteur Didier ALIBERT

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Jean Noël BEIS, vous me faites l'honneur de présider ce jury. Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde et respectueuse reconnaissance pour le temps que vous m'accordez pour juger ce travail. Merci aussi pour l'ensemble de la formation mise en place au cours de notre cursus afin de nous former à la médecine générale.

A Monsieur le Professeur Jean Michel PETIT, veuillez trouver ici mes sincères remerciements pour avoir accepté de participer à ce jury afin de juger mon travail mais aussi pour la pédagogie dont vous avez fait preuve lors de mon passage en tant qu'externe dans votre service.

A Monsieur le Professeur associé François MORLON, je vous remercie grandement d'avoir accepté de siéger dans ce jury afin de juger mon travail. Je vous remercie aussi pour votre joie de vivre ainsi que votre capacité à rendre de nombreux séminaires et les échanges qui en découlaient dynamiques et enrichissants aussi bien durant l'externat que l'internat.

A Monsieur le Docteur Gérard MILLERET, je vous remercie de me faire l'honneur de juger mon travail. Je vous remercie aussi pour l'aide apportée afin de faciliter la diffusion de l'ensemble des questionnaires me permettant ainsi de faire aboutir ce travail de thèse. J'espère que ce travail sera utile et permettra de renforcer la coordination et les liens entre les professionnels de santé de médecine générale et de psychiatrie. Encore merci

A Monsieur le Docteur Didier ALIBERT, c'est une immense joie et un grand honneur d'avoir pu réaliser ce travail sous votre direction. Je vous remercie profondément pour vos avis, vos analyses et remarques m'ayant permis de cadrer mon travail. Je ne saurais vous remercier suffisamment pour les 6 mois de stage passés dans votre cabinet. Vous m'avez sensibilisé et ouvert les yeux sur la façon d'écouter, de comprendre et d'aider les patients. Et plus particulièrement prendre en charge ceux présentant des addictions; auprès desquels mon approche étaient totalement inappropriée encore merci pour votre patience et votre pédagogie. J'ai beaucoup appris à vos côtés, veuillez trouver ici mon profond respect et ma sincère gratitude.

A Jonathan COTTENET, merci pour l'aide apportée dans les analyses statistiques et la relecture des données. Surtout merci pour ta disponibilité et la rapidité de tes réponses.

Au personnel de la BU médecine et Etienne FOURNEL pour l'accueil et l'aide apportée lors de la mise en forme de cette thèse. Merci

A Aurélie BANNIER du CLSM, merci pour le travail fourni en terme de logistique dans l'envoi des courriers et pour ton dynamisme toujours dans la bonne humeur. Cet investissement m'a fait gagner un temps précieux dans mon travail de thèse. Encore merci

A Lucie secrétaire du Dr Alibert, merci d'avoir toléré mes fréquents appels pour savoir si je pouvais venir au cabinet entre 2 consultations afin de voir le Dr Alibert. Merci pour la mise en page des questionnaires et surtout pour la bonne ambiance au cours de mon stage d'interne.

Merci à l'ensemble des différents professionnels de santé rencontrés au cours de mon internat:

-en pédiatrie au CHU: aux Dr PEREZ MARTIN, Dr DE MONLEON, Dr COURCET ainsi que l'équipe soignante

- à Nevers: au Chef le Dr KANNASS ainsi qu'au Dr REY, au Dr COCHONNEAUX, au Dr EL FETTOUI, à toute la super équipe des urgences ainsi qu'au médecins des autres services du Centre Hospitalier.

- à Beaune où j'ai vécu un stage éprouvant, merci au Dr ROCH et au Dr DE BOULARD pour leur pédagogie, merci à la meilleure cadre du monde Marie Pierre VIEILLARD, merci à l'équipe soignante. Merci à l'ensemble des médecins urgentistes pour leur dynamisme, leur pédagogie.

- aux Dr GUYENNE CHAMBRU et Dr TERRUEL pour m'avoir accueilli dans leur cabinet

- aux médecins travaillant au centre de réadaptation et de convalescence de Fontaine les Dijon le Dr MOKHTARI, le Dr CHAUSSADE et surtout le Dr STORNO (Bonjour Monsieur), merci à l'équipe soignante, les secrétaires et la direction de m'avoir accueilli dans cette structure.

- aux médecins du CHS de la chartreuse et à l'ensemble des équipes soignantes, plus particulièrement, à l'équipe du bloc médical, mais aussi celles de Van Gogh et d'Eole.

Merci à la fabuleuse bande d'amis de Rouvres en plaine toujours disponible de la première à la dernière année de ces longues études pour passer des bon moments et ce même lorsque je sortais de mes long séjours d'ermite à voir personne. C'est toujours un grand bonheur de vous côtoyer, vous êtes géniaux, ne changez rien.

Monte Bubu

Un grand merci à Elodie.fr et Fabien Pacaud pour votre écoute, votre disponibilité et votre franchise lorsqu'il s'agissait de me recadrer quand je commençais à devenir complètement C.. dans mes réflexions et mes propos. Très fier de vous avoir comme amis et d'être le parrain de votre fille. Vous comptez beaucoup pour moi.

Merci à ce bon vieux coloc de Seb Mortreux avec qui l'année de cohabitation a été fantastique et m'a permis de ne pas sombrer dans une période où l'internat n'était pas facile à vivre. Et surtout merci d'avoir fêter ton départ ce qui m'a permis de rencontrer la personne qui partage ma vie aujourd'hui.

Tu n'y tenais pas mais je ne te laisse pas le choix **MERCI Emeline**. Merci à ta famille pour leur gentillesse et leur joie de vivre. Mais surtout à toi ma chérie. Merci de vivre à mes côtés. Merci de supporter mes sautes d'humeur, mes angoisses plus stupides les unes que les autres. Tu m'apportes chaque jour un immense bonheur et cela ne fait que commencer. Je t'aime

Merci à Patrick mon parrain toujours présent et qui de plus m'a inspiré professionnellement. Comme toi j'ai fait la première année de médecine!

Merci à Elise et mon frère Vincent d'être présents à mes côtés. Tu resteras toujours le nain, je suis fier d'être ton frangin encore plus quand je vois la personne que tu deviens. Bon on arrête là; il ne faut pas trop de sentiments non plus.

Merci à mes parents sans qui rien n'aurait été possible. J'ai vécu une enfance plus qu'heureuse, et ces longues études n'auraient pas été possibles sans vous et cet accord parfait entre ton calme protecteur maman (sans oublier les longues séances de révisions de santé publique); la rigueur, le gout du travail et la volonté d'être toujours meilleur transmis par toi papa. Merci pour tout, j'espère pouvoir vous renvoyer un petit peu de tout ce que vous m'avez donné. Je vous aime.

Merci à toutes les autres personnes qui me sont proches et que j'aurais oublié de citer.

SERMENT D'HIPPOCRATE

"Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies.
Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque."

Table des matières

LISTE DES ABREVIATIONS	14
1 INTRODUCTION	15
1.1 Alcool et épidémiologie.....	15
1.1.1 L'alcool entre tradition et culture	15
1.1.2 L'alcool dans le monde et en Europe.	15
1.1.3 Évolution de la consommation d'alcool en France.....	16
1.2 Les différents dommages de l'intoxication éthylique	19
1.3 Enjeu économique des consommations à problème de l'alcool.....	21
1.4 La consommation non à risque en verre standard.....	23
1.5 Les différents usages de l'alcool.....	24
1.5.1 Consommation non à risque	24
1.5.2 Consommation à risque ou mésusage	24
1.6 Le médecin généraliste au cœur de la prévention.....	27
1.7 L'outil de Repérage Précoce et Intervention Brève en prévention chez les généralistes.....	28
1.8 Le généraliste au cœur de la prévention certes mais en difficulté face au sujet alcool	30
1.9 Justification de cette étude	31
2 METHODE	32
2.1 Organisation de l'étude.....	32
2.1.1 Type d'étude.....	32
2.1.2 Questionnaire utilisé	32
2.1.3 Organisation de l'étude	34
3 RESULTATS.....	35
3.1 Population étudiée	35
3.1.1 Sexe, âge et durée d'installation	35
3.1.2 Formation des médecins	36
3.1.3 Pourcentage de patientèle présentant un mésusage	36
3.2 Motifs amenant les médecins à parler du problème Alcool avec leurs patients.....	38
3.3 Raisons pouvant rendre difficile la mise en place du RPIB Alcool en médecine générale... ..	40
3.4 Raisons pouvant favoriser la pratique du RPIB chez les patients souffrant de l'alcool.....	43
3.5 La question sur la consommation Alcool : l'image de l'Alcoolique, le médecin et le patient	45
3.6 Les besoins des médecins généralistes au niveau du CLSM pour faciliter leur pratique. ...	46

4	DISCUSSION	47
4.1	Résultats principaux	47
4.2	Limites et forces de cette étude.....	52
5	CONCLUSION	54
6	BIBLIOGRAPHIE.....	55
	ANNEXES.....	62

TABLE DES TABLEAUX ET FIGURES

Figure 1: Fréquence de la survenue des ivresses et API, selon l'âge.....	p.18
Figure 2: Verres standards.....	p.23
Figure 3: Pyramide de Skinner.....	p.26
Tableau 1: Caractéristiques des médecins généralistes.....	p.37
Figure 4: Motifs entraînant les praticiens à aborder le sujet Alcool avec leurs patients.....	p.39
Tableau 2: Pourcentage de médecins généralistes en accord avec les raisons pouvant être un obstacle à la pratique du RPIB Alcool.....	p.42
Tableau 3: Pourcentage de médecins généralistes en accord avec les propositions pouvant favoriser la pratique du RPIB Alcool.....	p.44

LISTE DES ABREVIATIONS

ALD: Affection de longue durée

ANPAA: Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie

AOC: Appellation d'Origine Contrôlée

API: Alcoolisation Ponctuelle Importante

AUDIT : Alcohol Use Disorders Identification Test

AVC: Accident Vasculaire Cérébral

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

CLSM: Conseil Local de Santé Mentale Franco Basaglia

CMP: Centre Médico Psychologique

CNAMTS: Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

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

DETA- CAGE: Diminuer, Entourage, Trop, Alcool - Cut down, Annoyed, Guilty, Eye-opener

FACE: Fast Alcohol Consumption Evaluation

HTA: Hypertension artérielle

IPPSA: Institut de Promotion de la Prévention Secondaire en Addictologie

OMS: Organisation Mondiale de la Santé

ORL: oto-rhino-laryngologie

RPIB: Repérage Précoce Intervention Brève

SSR: Soins de Suite et de Réadaptation

VDQS: Vin De Qualité Supérieure

1 INTRODUCTION

1.1 Alcool et épidémiologie

1.1.1 L'alcool entre tradition et culture

Dans notre société le produit alcool tient une place importante aux yeux de l'Homme.

Son existence peut être tracée de l'antiquité à nos jours; symbole de tradition, de cultures et d'habitudes alimentaires.

La représentation des rapports à l'alcool prend un virage important au XIXème siècle par l'intermédiaire d'un médecin suédois qui définit en 1849 "l'alcoolisme" comme l'ensemble des manifestations pathologiques de l'intoxication alcoolique.

Le problème alcool devient une préoccupation de santé publique en France en 1954 sous Pierre Mendès France avec la mise en place d'actions publiques¹.

1.1.2 L'alcool dans le monde et en Europe.

Au niveau mondial, l'alcool entraîne 3,3 millions de morts chaque année, soit 5,9% des décès en 2012².

Il est considéré comme la 8^{ème} cause de mortalité et surtout la deuxième cause de mortalité évitable sur la planète avec 3,8% des décès, soit environ 2,5 millions de personnes par an, du fait de son implication dans de nombreuses pathologies³.

L'Europe se distingue par la plus importante proportion de consommateurs.

Le nombre de consommateurs à risque est estimé en 2009 à 55 millions, soit 15% de la population adulte.

Il est ainsi considéré comme une drogue avec un haut niveau de dangerosité; avec presque 120 000 morts dans l'union européenne chez les 15-64 ans⁴.

1.1.3 Évolution de la consommation d'alcool en France.

En 2009 on évalue à 9 % le nombre de personnes présentant un mésusage d'alcool⁵ (abus ou dépendance).

On estime à 49000 le nombre de décès lié à l'alcool⁶ (36500 hommes et 12500 femmes).

La consommation d'alcool en Europe est de 12,5L d'alcool pur annuel par habitant en 2009.

La France fait partie des plus gros usagers avec une consommation estimée à 12,7 L par an et par habitant^{4, 7}, diminuant à 11,8 L par an et par habitant de 15 ans et plus⁸ en 2012 (chiffre divisé par 2 depuis les années 1960)⁹.

La consommation d'alcool en France poursuit une baisse régulière depuis 1992 et concerne 5% des femmes et 14% des hommes en 2014 contre 12 et 36% à l'époque¹⁰.

Les données du Baromètre Santé 2010 nous permettent d'avoir une vision plus globale sur la place du produit dans notre société.

En 2010, son usage touche 86,8% de la population des 15-75 ans, ce qui est en légère hausse par rapport à 2005 (85,2% $p<0,01$).

La consommation hebdomadaire est stable avec 47,6% alors que l'usage quotidien est en baisse (11,1% contre 14,9% en 2005) chez l'homme comme chez la femme.

Sur l'enquête¹¹ du baromètre santé 2014, on observe une légère baisse avec 86 % des personnes déclarant consommer de l'alcool, avec un nombre moyen de verres bus de 5,5. Le pourcentage de consommateur quotidien étant lui de 10%.

Même si la consommation semble diminuer au fil des années, c'est le rapport au produit, le choix de l'alcool consommé, et la façon de le consommer qui évoluent.

En effet, la consommation de vin de table est en nette diminution avec une appétence plutôt pour les vins d'appellation d'origine contrôlée (AOC) ou de qualité supérieure (VDQS)¹².

Chez les adolescents et jeunes adultes, les types de boissons consommées sont différents : la bière , les alcools forts et les prémix ayant une place majoritaire.

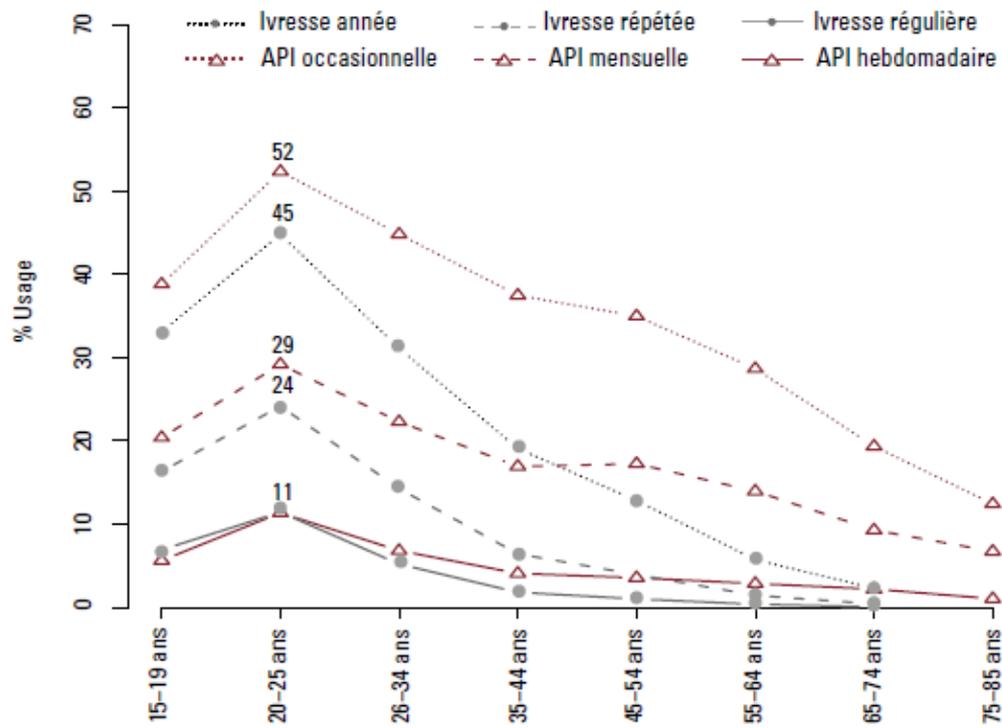
Plusieurs consommateurs s'orientent vers des alcoolisations ponctuelles importantes (API).

En 2010, 36,4% déclarent avoir connu une API dans l'année contre 34,3% en 2005 ; 18,2% contre 15% connaissent une API de façon mensuelle et 4,8% contre 4% de façon hebdomadaire⁸.

Cette recherche d'ivresse est majoritaire chez les 20-25 ans (57,4% des hommes et 32,6% des femmes).

Actuellement, les jeunes consomment moins souvent, mais en quantité plus importante¹².

Figure 1: Fréquence de la survenue des ivresses et API, selon l'âge¹³ :



1.2 Les différents dommages de l'intoxication éthylique

On entend par dommages, l'ensemble des conséquences constatées ou perçues, ayant un impact négatif sur la santé, la qualité de vie du consommateur et de son entourage, lors de l'alcoolisation aiguë ou chronique¹⁴.

Sur le plan somatique la liste est longue^{3,4} avec des atteintes :

- cardio-vasculaires : HTA, AVC hémorragiques (du fait d'une destruction des artères cérébrales perforantes), Fibrillation Auriculaire, myocardiopathie dilatée non ischémique

- néoplasiques : ORL, sein, œsophagique, hépatique, pancréatique, colique, rectal¹⁵

- hépatiques : stéatose, hépatite aiguë, fibroses, cirrhose pour 10 à 20% des sujets éthyliques chroniques¹⁵ entraînant une mortalité estimée de 30 à 60% à 5 ans.

- pancréatiques : pancréatite aiguë et chronique (avec pour la pancréatite chronique, la présence d'un usage nocif d'alcool dans 9 cas sur 10)¹⁶

- hématologiques : anémie, thrombopénie, thrombocytose, immunodépression avec accroissement de la vulnérabilité à certaines maladies infectieuses (tuberculose, pneumonie...)

- ostéo-articulaire : relation dose-effets entre la consommation d'alcool, l'ostéoporose et le risque de fracture

- neurologique : avec des troubles cognitifs neuropsychologiques, carence vitaminique (Gayet-Wernicke)⁷ concernant 12,5% des patients¹⁵ mais avec 80% de cas non diagnostiqués; syndrome de Korsakoff, encéphalopathie pellagreuse, encéphalopathie hépatique, dégénérescence cérébelleuse, troubles du sommeil, épilepsie, névrite optique rétro bulbaire, polyneuropathies périphériques (prévalence de 25 à 66% des sujets). La dépendance, qui peut s'installer chez une partie des consommateurs d'alcool, est une autre manifestation de la toxicité de l'alcool sur le système nerveux central¹⁷.

- sur la reproduction : avec des cas d'embryofoetopathie¹⁵ entraînant des troubles légers du comportement de l'enfant à naître jusqu'à des anomalies sévères du développement

(«syndrome d'alcoolisation fœtale»). Les troubles se manifestent principalement au niveau du système nerveux central¹⁷

Les troubles sont aussi présents sur un plan psychiatrique avec de nombreuses mises en danger suite aux consommations avec :

- un risque d'augmentation d'une humeur dépressive d'un facteur de 1,8 à 4,7. On note même que 80% des consommateurs d'alcool dépendants présentent un syndrome dépressif³.

- une majoration du risque suicidaire avec la présence d'une intoxication éthylique retrouvées dans 40% des suicides⁴.

- des conduites à risque multiples : rapports sexuels non protégés, agressions, accidents de la voie publique^{8,18}. Les consommateurs à risque étant deux fois plus souvent victimes d'accidents de la route. En effet, l'alcool est impliqué dans 14,3% des accidents routiers non mortels avec une hospitalisation, et 40% des accidents mortels⁴.

- des problèmes sociaux : violence, maltraitance, isolement, absentéisme, perte de productivité, accident du travail.

1.3 Enjeu économique des consommations à problème de l'alcool.

Comme expliqué ci-dessus, nombreux sont les décès étroitement liés à l'usage de ce produit, qui peut lors d'une consommation non contrôlée, favoriser l'apparition de différents troubles somatiques et psychiques.

Cependant tout le paradoxe de la société française est là.

L'alcool est un produit incontournable de notre culture, avec un chiffre d'affaires hors taxe de la filière française en 2013 avoisinant les 22 milliards d'euros, selon les comptes du ministère de l'agriculture, avec de plus 550 000 emplois en jeu¹⁹.

Le coût réel du problème alcool en France reste difficile à évaluer, que ce soit sur la prévention, mais aussi dans le soin ambulatoire et hospitalier.

Plusieurs patients sont suivis en ambulatoire dans différentes structures tels que les CSAPA, CAARUD pour lesquelles les dépenses sont estimées à 334 millions en 2013 selon la CNAMTS .

La prise en charge des patients en souffrance avec l'alcool a aussi un coût en médecine de ville, où l'estimation exacte est impossible à établir en dehors des patients pris en charge en ALD.

Concernant les hospitalisations, on recense en 2012 : 580 884 séjours liés à l'alcool ; ce qui correspond à une hausse de 11,3% par rapport à 2006.

Le coût des soins hospitaliers est estimé²⁰ :

- en service de médecine chirurgie obstétrique à 1,22 Milliard d'euros (sur 55,4 Milliard d'euros au total)

- en psychiatrie à 0,98 Milliards d'euros (sur 9,4 Milliard d'euros au total)

- en SSR à 0,44 Milliard d'euros (sur 7,9 Milliard d'euros au total).

A noter que la Bourgogne se classe comme une des régions où les hospitalisations pour intoxication aiguë et dépendance alcoolique sont les plus élevées²¹.

L'ensemble de ces données justifie, sur un plan de santé publique ainsi que médical, d'aborder la question de l'alcool le plus précocement possible auprès des patients.

1.4 La consommation non à risque en verre standard

Dans la pratique actuelle les seuils de consommation sont définis à partir du verre standard.

Un verre standard correspondant à un verre contenant 10 grammes d'alcool pur (quantité habituellement servi dans les bar)²².

Figure 2: Verres standards:



23

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) la consommation non à risque recommandée d'alcool est de : 21 verres standard hebdomadaire chez l'homme contre 14 verres chez la femme.

De plus, l'OMS dans le cadre d'un usage non à risque, conseille de ne pas consommer plus de 4 doses standard par occasion.

Il est aussi recommandé pour l'usager, de ne pas consommer 1 jour par semaine²⁴.

1.5 Les différents usages de l'alcool

L'alcool est un problème de santé publique, de par la quantité de boisson consommée mais aussi par la façon de le consommer².

Afin d'aborder au mieux le sujet en consultation, il est important de distinguer deux grandes façons de consommer : non à risque et à risque pour le sujet.

1.5.1 Consommation non à risque

Tout d'abord, nous pouvons citer le non-usage ou abstinence.

Il concerne 30 % de la population française (dont 15 % d'adultes) et est défini par l'absence de consommation. Il peut être :

- primaire (en l'absence d'usage initial)
- secondaire (suite à une période de mésusage)

L'usage simple correspond à une consommation à faible risque, avec une consommation inférieure aux seuils recommandés en France (cf. infra) censé ne pas favoriser l'apparition de troubles organiques.

1.5.2 Consommation à risque ou mésusage

Le mésusage réunit l'ensemble des conduites vis à vis du produit qui entraîne des conséquences négatives ou à risque d'en entraîner.

Il comporte donc l'usage à risque et les troubles liés à l'usage de l'alcool²⁵.

1.5.2.1 L'usage à risque

L'usage à risque est considéré comme asymptomatique mais pouvant entraîner des troubles à court, moyen ou long terme. Il catégorise le consommateur dit à risque.

Le risque est soit différé et cumulatif, via l'accumulation d'une consommation au-dessus des seuils définis par l'OMS, soit immédiat, dans le cadre par exemple, de la conduite automobile, de machine au travail, ou lors d'une consommation associée de stupéfiants.

1.5.2.2 L'usage nocif

L'usage nocif se définit par les dommages physiques ou psychiques induits par une consommation répétée ; en dehors des critères d'alcoolodépendance définis par la 10ème classification internationale des maladies.

Cet usage est associé aux consommateurs à problèmes.

1.5.2.3 L'usage avec dépendance

L'usage avec dépendance correspond à toute alcoolisation entraînant la perte de maîtrise de la consommation.

Cet usage n'est donc pas en rapport avec des seuils de consommation, ni des dommages induits par l'alcool, bien que souvent il est possible d'en identifier.

1.5.2.4 L'alcoolisation ponctuelle importante

Un autre mode de consommation est apparu dans les années 2000²⁶.

Appelé consommation épisodique massive (binge drinking, alcoolisation aiguë, alcoolisation ponctuelle importante API).

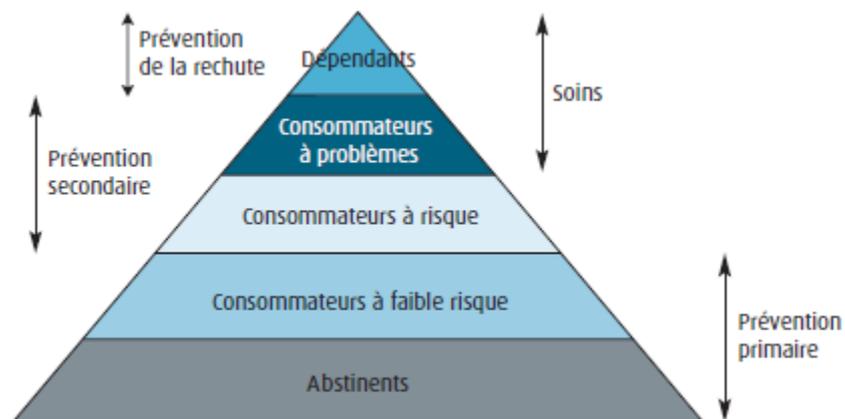
Elle correspond à une ingestion de 60g d'alcool pur soit 6 verres standards ou plus en moins de 2 heures^{27, 28}.

L'effet recherché est alors un effet de défoncé²⁹.

Cette pratique est plus courante chez les adolescents et jeunes adultes pour lesquels les alcools forts sont privilégiés.

Ces différents modes de consommation et leurs niveaux de risque sont rassemblés dans la pyramide de SKINNER²⁶ permettant ainsi de se représenter les actions thérapeutiques à mettre en place en consultation pour tout professionnel de santé :

Figure 3: Pyramide de Skinner:



1.6 Le médecin généraliste au cœur de la prévention

Dans le système de soins français, où l'on recherche une santé globale et humaniste, l'articulation entre toutes les spécialités médicales et paramédicales (infirmier, psychologue...) est essentielle pour une meilleure prise en charge des patients.

Tout professionnel de santé est concerné par la prévention et le repérage au cours des entretiens cliniques, et ceci, quelle que soit sa spécialité.

De nos jours, malgré une amélioration depuis l'apparition de la Couverture Maladie Universelle, l'accès aux soins apparaît comme inégalitaire³⁰, et ceci de façon significative. Le risque est alors d'avoir une prise en charge à deux vitesses, où certains patients en difficulté seraient en dehors du soin pour plusieurs raisons (économiques, manque de place auprès des praticiens...)

Il est tout de même noté une réduction importante des inégalités, quant à l'accès aux médecins généralistes³⁰.

On estime à 80,9% le pourcentage d'assurés du régime général âgés de 17 à 59 ans en relation avec leur médecin généraliste, et 91,6% pour les plus de 60 ans³¹.

C'est dans ce contexte, que plusieurs actions de santé publique mises en place, mettent le médecin généraliste au centre de la pratique médicale, tant dans le dépistage que dans le soin et l'orientation auprès des spécialistes.

En effet, parmi toutes ces actions, les plans cancer 2003-2007 et 2009-2013 donnent un rôle pivot aux médecins généralistes dans le dépistage, le soin, et la détection des addictions³² (comme pour l'alcool, cause de nombreuses atteintes néoplasiques...).

1.7 L'outil de Repérage Précoce et Intervention Brève en prévention chez les généralistes.

Toujours dans la logique de diminuer le mésusage de drogue, et donc la consommation à risque d'alcool, l'Organisation Mondiale de la Santé a mis en place un programme entre 1998 et 2004 basé sur un Repérage Précoce des mésusages et une Intervention Brève auprès des patients en difficultés (RPIB).

Cet outil, sur le plan national, a par la suite été adapté par l'ANPAA (via le programme "Boire moins c'est mieux") et l'IPPSA, afin de le diffuser plus aisément auprès des médecins généralistes²⁶.

Le principe de ce programme consiste à informer les sujets repérés sur les risques auxquels ils s'exposent, et de leur proposer d'essayer de maîtriser leur consommation³³.

Le RPIB au vu des études semble réalisable en France en soins primaires.^{34,35} Il est composé de 6 étapes²⁸ :

- Evaluation de la consommation via interrogatoire et ou questionnaire (FACE, DETA- CAGE, AUDIT-C ...)

- Information sur le verre alcool

- Echange sur le risque alcool

- Explications concernant les avantages d'une réduction

- Propositions de méthode de réduction

- Propositions d'objectifs et laisser le choix

L'intervention brève plus particulièrement, doit s'adapter aux étapes de changements de Prochaska et Diclemente³⁶ et s'inspire de l'entretien motivationnel. Cette intervention brève se cadre sur plusieurs étapes réunies dans le terme **FRAMES**³⁷:

Feed Back (restitution de l'information sur la fréquence et la quantité d'alcool consommée du patient)

Responsability (la responsabilité du changement de comportement appartient exclusivement au patient)

Advice (un conseil précis sur la réduction de la consommation est donné au patient)

Menu (un menu de différentes options sur la quantité le délai, le rythme des consommations est proposé)

Empathie (le thérapeute doit faire preuve d'empathie, pas de condescendance, pas de jugement de valeur)

Self efficacy (le thérapeute valorise les efforts et le sentiment d'efficacité personnelle du patient)

1.8 Le généraliste au cœur de la prévention certes mais en difficulté face au sujet alcool

Comme expliqué ci-dessus, le médecin généraliste, acteur de soins primaires, a un rôle de prévention et de repérage des addictions.

La prise en charge des addictions est tout, sauf une chose simple, et cela se vérifie pour le produit ALCOOL.

En effet, plusieurs études mettent en évidence une perception négative des médecins quant à la prise en charge des patients en difficultés face à l'alcool.

Certains ne se sentent pas assez formés sur le sujet et sur la façon de mener les entretiens avec tout l'enjeu relationnel avec le patient.

Certains médecins auraient des réticences à aborder le sujet avec les patients³⁸.

Plusieurs praticiens décrivaient aussi de la crainte et de la difficulté à s'immiscer dans la vie des gens en abordant ce sujet³⁹.

La crainte principale pour le médecin généraliste étant la stigmatisation du patient en abordant le sujet alcool⁴⁰, avec toute la symbolique que cela entraîne dans notre société pour le malade, d'être en difficulté avec l'alcool.

1.9 Justification de cette étude

Au cours de mes différents stages, dont un en cabinet de médecine générale, je me suis rendu compte qu'il était tout, sauf facile, de mener une consultation.

Les entretiens les plus difficiles restent à mes yeux les consultations abordant le sujet des addictions.

Comme certaines études le décrivent, il n'est pas aisé de s'immiscer dans la vie des patients, et la consommation d'alcool d'un patient est, lorsqu'elle est abordée, très vite banalisée.

Cependant, lorsque le patient consulte pour une prise en charge de ses difficultés vis-à-vis de ce produit, l'entretien n'en devient pas plus facile, par manque de ressources, de structures, de formations, de temps sur une consultation.

De plus, le médecin peut faire face à un sentiment d'échec récurrent.

Dans une société où l'ambulatoire est amené à prendre de plus en plus de place dans la gestion des problèmes de santé publique, il nous a paru intéressant, d'avoir le ressenti d'une partie des médecins généralistes exerçant dans plusieurs communes de Côte d'Or, sur la prise en charge des patients en difficultés avec l'alcool et leur capacité à aborder le sujet.

La problématique principale qu'il nous a paru intéressant de mettre en avant, était de savoir si au moment d'aborder le sujet Alcool, les généralistes avaient la sensation d'indigner leur patient, et si cela pouvait être en lien avec le fait de leur renvoyer une image de patient "alcoolique", avec tout l'impact que ce terme symbolique pourrait avoir sur le patient dans notre société.

2 METHODE

2.1 Organisation de l'étude

2.1.1 Type d'étude

Notre étude est une étude observationnelle, menée de février à avril 2017 auprès des médecins généralistes exerçant dans les 7 communes membres du réseau CLSM (cf. annexe 1: communes en orange).

L'ensemble de ces communes se situe en périphérie de Dijon en Bourgogne-Franche-Comté dans le département de la Côte d'Or.

Les praticiens étaient sollicités via un questionnaire, afin de recueillir leurs ressentis et leurs attentes, quant à la prise en charge des patients et de leur proches en difficulté avec l'alcool.

2.1.2 Questionnaire utilisé

Le questionnaire utilisé et adressé aux médecins généralistes, est inspiré d'un questionnaire mis en place par le Réseau PARAD (association des Patients en difficulté avec l'Alcool à Risques, Abuseurs et Dépendants) qui l'avait adressé à l'ensemble des omnipraticiens du Puy-de-Dôme de mai à octobre 2011.

L'utilisation de ce questionnaire a été permis par le Dr Blanquet ayant conduit l'étude en 2011 et exerçant au CHU de Clermont-Ferrand.

Le questionnaire est composé de 7 questions permettant de caractériser la population de médecin sollicité.

Une 8^{ème} question ouverte, a pour but de connaître les motifs les plus fréquents amenant le praticien à aborder le sujet alcool.

S'en suit une question comportant 15 items pouvant expliquer les difficultés que les médecins ont à mettre en place un repérage précoce et une intervention brève.

Les médecins sollicités devaient alors indiquer leurs degrés d'adhésion à ces propositions (tout à fait d'accord ; assez d'accord ; un peu d'accord ; pas du tout d'accord ou sans avis).

Une 10^{ème} question se présente sur le même principe que la précédente, et aborde 11 items pouvant faciliter la pratique des médecins.

Enfin, une ultime question ouverte sollicite les médecins sur leurs attentes plus personnelles, quant à la prise en charge des patients en souffrance avec l'Alcool.

2.1.3 Organisation de l'étude

En tout 59 médecins généralistes ont reçu une enveloppe contenant:

- une lettre d'accompagnement, expliquant l'étude
- le questionnaire, composé de 5 pages (annexe 2)
- une fiche contact, où les médecins exprimaient leur désir ou non d'être tenus au courant des initiatives pouvant découler de ce travail
- une enveloppe pré-timbrée, permettant de retourner l'ensemble.

Les questionnaires ont été adressés par courrier le 2 février 2017 aux cabinets de l'ensemble des médecins généralistes.

Les professionnels de santé ont été relancés par téléphone à compter du 20 mars 2017.

Suite à cette relance, les médecins le souhaitant se sont vu retourner un nouveau questionnaire par courrier ou par mail.

La réception des questionnaires a été clôturée le 30 avril 2017.

Après réception des questionnaires, la fiche contact a été retirée, et les données traitées par ordre d'arrivée, de façon anonyme.

3 RESULTATS

3.1 Population étudiée

Parmi les 59 médecins sollicités au début de l'étude, 27 ont répondu avant la relance.

Un questionnaire n'a pas été exploité (le médecin spécifiant la cessation de son activité libérale et sa reconversion professionnelle).

Suite à une relance et divers échanges téléphoniques avec les médecins joignables, 14 retours ont été enregistrés, portant le total de questionnaires exploitables à 40 (sur 59 médecins sollicités).

5 médecins ont expliqué ne plus répondre aux sollicitations pour les études par manque de temps.

3.1.1 Sexe, âge et durée d'installation

Sur les 59 médecins ayant reçu les questionnaires, 40 ont participé à l'étude, soit un taux de réponse de 67%.

24 praticiens sont des hommes (60%) et 16 des femmes (40%).

La moyenne d'âge est de 49 ans (écart type 11,5) et celle de la durée d'installation en cabinet libéral est de 17,2 ans (écart type 12,9).

67,5% des praticiens travaillent en cabinet de groupe.

3.1.2 Formation des médecins

En terme de formation sur la prise en charge des patients en souffrance avec l'alcool :

17,5% soit 7 médecins estiment n'avoir reçu aucune heure de formation

32,5% ont reçu moins de 4h (n=13),

35% entre 4 et 10h (n=14),

5% entre 11 et 40h (n=2),

5% plus de 40h (n=2).

La plupart des médecins ayant répondu sont membres d'un groupe de pairs, ou sont abonnés à une revue scientifique (72,5%; n=29).

3.1.3 Pourcentage de patientèle présentant un mésusage

La totalité des médecins estimait la proportion de leur patientèle présentant un mésusage d'alcool comme représentant moins de 30% de leur patientèle totale. Pour 55% d'entre eux la proportion de patient était inférieure à 10%.

L'ensemble des caractéristiques des médecins sollicités sont répertoriés dans le tableau 1:

Tableau 1: Caractéristiques des médecins généralistes

Caractéristiques qualitatives des médecins généralistes	Modalités	Nombre (Pourcentage)
Sexe	Homme	24 (60 %)
	Femme	16 (40 %)
Type d'installation	Seul	13 (32,5 %)
	En groupe	27 (64,5 %)
Appartenance à un groupe de pair	Non	11 (27,5 %)
	Oui	29 (72,5 %)
Pourcentage de la patientèle présentant un mésusage d'alcool	< 10%	22 (55 %)
	≥ 10% et < 20%	13 (32,5 %)
	≥ 20% et < 30%	5 (12,5 %)
Heures de formations reçues sur les problèmes liés à l'alcool	Aucune	7 (17,5 %)
	Moins de 4 heures	13 (32,5 %)
	De 4 à 10 heures	14 (35 %)
	De 11 à 40 heures	2 (5 %)
	Plus de 40 heures	2 (5 %)
	Ne savent pas	2 (5 %)

3.2 Motifs amenant les médecins à parler du problème Alcool avec leurs patients.

Les raisons les plus courantes amenant les médecins à aborder le sujet alcool avec leurs patients sont nombreuses, mais certaines reviennent plus fréquemment.

Pour plus de la moitié d'entre eux, la découverte d'un bilan sanguin perturbé permet d'amorcer l'échange (57,5%).

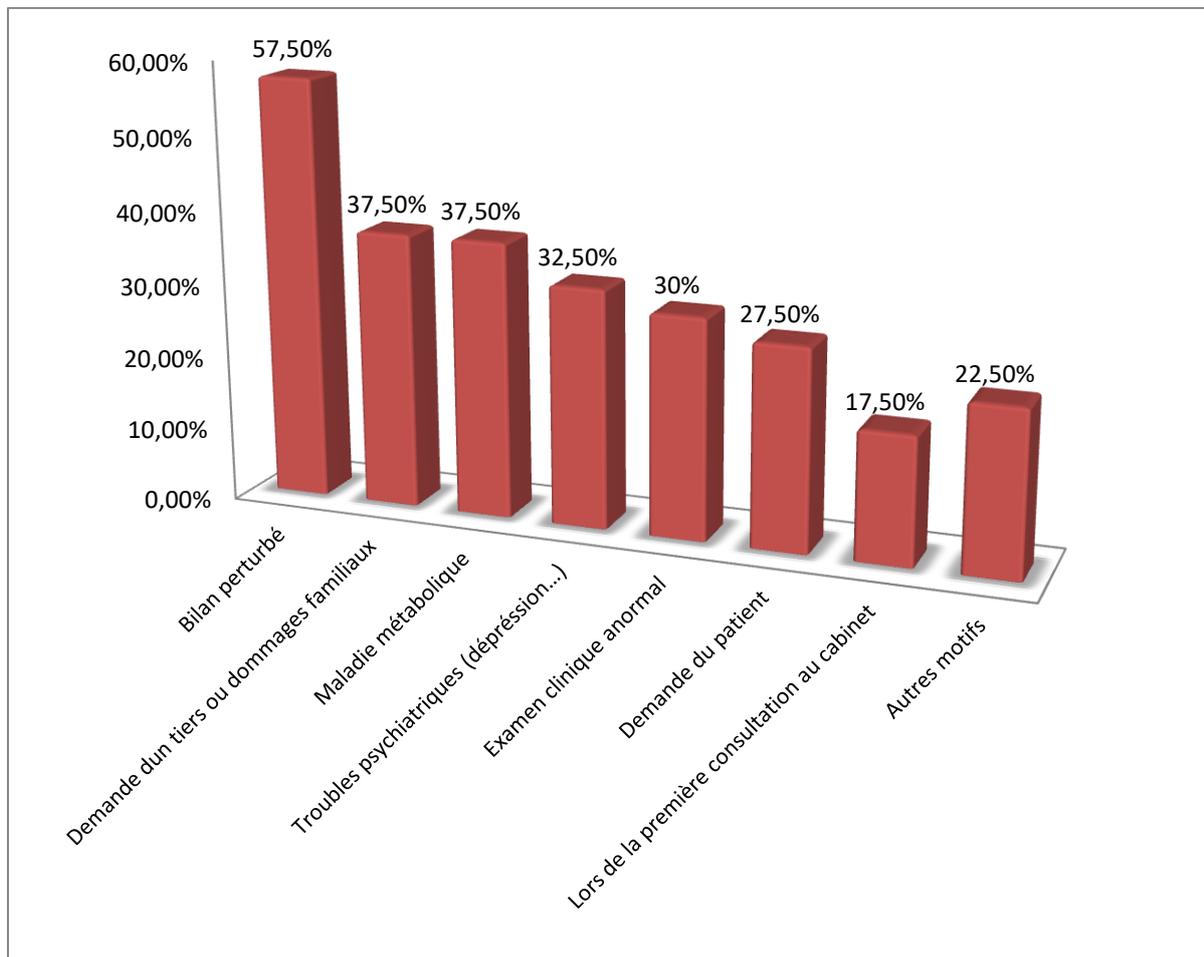
Suivi, pour 37,5% des médecins, de la découverte chez les patients de différentes maladies métaboliques ou autres (diabète, cirrhose, stéatose, cancer...) pouvant être favorisées par un mésusage éthylique.

La sollicitation du médecin par un tiers, proche du patient, ou bien la survenue de problèmes familiaux (conjugopathie, séparation, violence...) reviennent aussi pour 37,5% des praticiens.

Enfin, l'interrogatoire systématique lors de la première consultation, est le dernier item amenant le médecin à aborder la consommation d'alcool avec le patient (17.5%).

La catégorie "Autres" comprend de nombreuses situations revenant de façon isolée dans cette question ouverte, tel que le suivi de pathologies nécessitant un arrêt de travail prolongé de plusieurs mois, les insomnies, les problèmes judiciaires...

Figure 4: Motifs entraînant les praticiens à aborder le sujet Alcool avec leurs patients:



3.3 Raisons pouvant rendre difficile la mise en place du RPIB Alcool en médecine générale.

Parmi l'ensemble des raisons, ô combien nombreuses et propres à chacun, pouvant freiner le dialogue autour du mésusage éthylique d'un patient, 15 propositions sont répertoriées dans le questionnaire.

Les médecins généralistes devaient exprimer leur degré d'accord ou bien leur désaccord avec les dites propositions.

En rapport avec notre objectif principal, on remarque que 80% des médecins sont en accord avec le fait qu'un patient pourrait s'indigner de questions sur l'alcool (proposition m). On note aussi que 70% sont d'accord avec la proposition f) " Les médecins ne se sentent pas à l'aise pour poser des questions sur l'alcool, car dire à quelqu'un qu'il a un problème avec l'alcool risquerait d'être entendu comme s'il était alcoolique".

Les propositions qui ont été le plus mises en avant par les médecins généralistes sont la n et la o avec respectivement 97.5% et 87.5% d'accord. La première (n), relatant le fait que le système de santé ne prévoit pas de paiement pour le temps passé à faire de la prévention, et la deuxième (o), la sensation que les politiques n'aident pas les médecins qui veulent faire de la prévention.

A noter, que l'hypothèse selon laquelle les patients ne suivront pas les conseils de leur médecins et ne modifieront pas leur comportement, peut être un frein à la prise en charge pour 75% des praticiens.

Le fait qu'il est difficile pour les médecins libéraux de repérer les consommateurs excessifs, soit par manque de matériel (proposition h 82.5% d'accord), soit par manque de connaissances (proposition g 77.5%) est retenu dans les propositions principales pouvant expliquer les difficultés à aborder le sujet alcool.

Les items où l'on retrouve le moins d'accords, sont le a) "L'alcool n'est pas un problème important en médecine de premiers recours" et le k) "Les médecins eux-mêmes ont un regard positif sur l'alcool" (25%).

Dans le même ordre d'idées, pouvant signifier l'envie d'être actif en matière de prévention, l'item d) "Les médecins pensent que la prévention devrait être de la responsabilité des patients et non de la leur" retrouve seulement 35% d'accord.

Tableau 2: Pourcentage de médecins généralistes en accord avec les raisons pouvant être un obstacle à la pratique du RPIB Alcool.

Propositions	Pourcentage de médecins en accord (fréquence sur 40)
n) Le système de santé ne prévoit pas de paiement pour le temps passé à faire de la prévention	97,5% (39)
o) En général les politiques de santé n'aident pas les médecins qui veulent faire de la prévention	87,5% (35)
h) Les médecins n'ont pas de critères fiables pour repérer des consommateurs excessifs n'ayant pas de signes évidents d'une consommation excessive	82,5% (33)
m) Les médecins croient que les patients pourraient s'indigner de questions sur leur consommation d'alcool	80% (32)
g) Les médecins ne savent pas repérer les consommateurs excessifs n'ayant pas de signes évidents d'une consommation excessive	77,5% (31)
j) Les médecins pensent que les patients ne suivront pas leurs conseils et ne modifieront pas leur comportement	75% (30)
l) Les médecins eux-mêmes peuvent avoir un problème avec l'alcool	72,5% (29)
i) Les médecins n'ont pas à leur disposition de matériel fiable permettant de donner des conseils	70% (28)
f) Les médecins ne se sentent pas à l'aise pour poser des questions sur l'alcool, car dire à quelqu'un qu'il a un problème avec l'alcool risquerait d'être entendu comme s'il était alcoolique	70% (28)
e) Les médecins de premier recours ne sont pas organisés pour donner des conseils de prévention	62,5% (25)
b) Les médecins sont déjà assez préoccupés par les autres problèmes présentés par les patients	50% (20)
c) Les médecins ont une certaine représentation de la maladie, ils ne pensent pas à la prévention	50% (20)
d) Les médecins pensent que la prévention devrait être de la responsabilité de leurs patients, non de la leur	35% (14)
a) L'alcool n'est pas un problème important en médecine de premier recours	25% (10)
k) Les médecins eux même ont un regard positif sur l'alcool	25% (10)

3.4 Raisons pouvant favoriser la pratique du RPIB chez les patients souffrant de l'alcool.

Concernant l'ensemble des propositions existantes sur ce qui peut favoriser la pratique du RPIB des médecins généralistes, 11 raisons sont répertoriées dans la question 10.

On retrouve un taux d'accord de 92,5 % quant au fait que, si les patients étaient demandeurs de conseils sur la consommation d'alcool, cela favoriserait l'intervention sur un possible mésusage.

Revient avec un pourcentage équivalent d'accord (92.5%) une attente quant à la rémunération et l'amélioration des conditions de travail.

L'existence de questionnaires simples et rapides, est considérée comme une aide précieuse à l'intervention en alcoologie pour 87.5% des cas.

L'existence de programme à la formation sur l'intervention précoce, et l'existence d'outils pouvant donner des conseils, retrouve 85% d'accord.

Le fait que les patients soient disposés à payer pour avoir des conseils sur l'alcool, est l'item pour lequel le taux est le plus faible avec seulement 60% d'accord.

Tableau 3: Pourcentage de médecins généralistes en accord avec les propositions pouvant favoriser la pratique du RPIB Alcool.

Propositions	Pourcentage de médecins en accord (fréquence sur 40)
b) Si les patients étaient demandeurs de conseils sur leur consommation d'alcool	92,5% (37)
k) Si la rémunération et les conditions de travail étaient améliorées	92,5% (37)
a) Si les campagnes d'éducation sanitaire rendaient la population plus concernée par les problèmes d'alcool	87,5% (35)
d) Si des questionnaires de dépistage simples et rapides étaient disponibles	87,5% (35)
f) Si il était prouvé qu'une intervention précoce sur les problèmes d'alcool soit efficace	87,5% (35)
e) Si du matériel pour donner des conseils d'un usage simple et rapide était disponible	85% (34)
g) Si il existait des programmes de formation à une intervention précoce	85% (34)
h) Si la formation à l'intervention précoce sur les problèmes d'alcool était reconnue dans la formation continue	82,5% (33)
j) Si des services spécialisés étaient disponibles pour recevoir des patients	82,5% (33)
i) Si l'intervention précoce auprès des patients ayant des problèmes avec l'alcool faisait l'objet d'une référence médicale	77,5% (31)
c) Si des patients étaient prêts à payer pour avoir des conseils sur l'alcool	60% (24)

3.5 La question sur la consommation Alcool : l'image de l'Alcoolique, le médecin et le patient

L'objectif principal de cette étude est de savoir si, d'une part lorsque les médecins abordent le sujet alcool, ils craignent d'indigner leur patient et d'autre part, si cela pourrait avoir un lien sur le fait que dire à un patient qu'il a un problème avec l'alcool risque de renvoyer une image d'alcoolique.

Dans la question 9 du questionnaire concernant les obstacles possible à la pratique du RPIB les deux items :

- m) Les médecins croient que les patients pourraient s'indigner de questions sur leur consommation d'alcool

et

- f) Les médecins ne se sentent pas à l'aise pour poser des questions sur l'alcool, car dire à quelqu'un qu'il a un problème avec l'alcool risquerait d'être entendu comme s'il était alcoolique

reviennent comme des freins possible pour 80 et 70% des médecins généralistes répondants.

Une analyse statistique permettant de tester une possible relation linéaire entre ces deux variables ordinales (via l'utilisation d'un coefficient de Spearman) retrouve une association significative (p value =0.01) avec une force d'association moyenne $Rho=0.4225$ (<0.5).

On peut donc estimer que les praticiens ont répondu aux deux questions de la même façon suivant une idée commune.

Cela pouvant permettre d'extrapoler sur le fait que parmi les obstacles à la pratique du RPIB, le risque d'indigner un patient lorsqu'on lui pose une question sur sa consommation éthylique, aux yeux des médecins, peut être lié avec le fait que dire à quelqu'un qu'il a un problème avec l'alcool peut lui renvoyer une image "d'alcoolique".

3.6 Les besoins des médecins généralistes au niveau du CLSM pour faciliter leur pratique.

La dernière question permettait aux généralistes sollicités d'exprimer de façon libre leurs besoins et leurs attentes, pouvant permettre de faciliter leurs pratiques quant à la prise en charge des patients souffrant de l'alcool.

Plusieurs questionnaires revenaient vierges de réponse à cette question. Seulement 19 répondent.

Les attentes et demandes sont variées, certains souhaitant:

- un récapitulatif des différents centres et praticiens référents en alcool sur le secteur géographique
- des documents d'informations, de conseils à fournir aux patients
- bénéficier de temps avec une rémunération en rapport
- avoir accès à une formation
- un travail multidisciplinaire avec généralistes, psychiatres, psychologues, infirmières, assistantes sociale...

4 DISCUSSION

4.1 Résultats principaux

Notre étude a été menée dans un contexte où la prise en charge des patients souffrant de l'alcool devient un enjeu majeur de santé publique, avec une forte attente ces dernières années sur l'outil RPIB en médecine de soin primaire.

Le questionnaire envoyé dans le cadre de notre travail aux différents médecins généralistes de ce réseau Côte d'Orien en février 2017, aborde les possibles facteurs pouvant freiner ou faciliter le RPIB.

Or, lors des journées de la Société Française d'Alcoologie 2017 tenues au mois de mars (après l'envoi de nos questionnaires), il ressort qu'au vu des différentes études menées durant 30 ans, le Repérage Précoce et l'Intervention Brève pour les patients présentant un mésusage éthylique est remis en cause par certains praticiens^{41,42}.

Toutes les réponses, si on s'en réfère à notre questionnaire, concernent le RPIB.

Cependant, nous pouvons malgré tout tirer partie de nombreuses d'entre elles, dans le but de faire un état des lieux sur les difficultés et les attentes des médecins généralistes du réseau dans ce domaine.

Un de notre objectif principal était de savoir s'il est compliqué pour les généralistes de poser des questions sur le sujet Alcool à leurs patients par peur de les indigner, et si cela peut être en relation avec le fait que poser une question sur la consommation d'alcool, peut faire entendre que le patient a un problème avec l'alcool, et par la même occasion de lui renvoyer une image d'alcoolique (image très lourde de sens dans notre société).

A travers notre enquête, les réponses sur les obstacles possibles concernant le problème alcool au cabinet, montrent que la crainte d'indigner le patient en abordant la question de la consommation d'alcool est présente aux yeux des médecins (80% d'accord). Mais, on note aussi pour 70% d'entre eux, qu'il existe un malaise autour de la question alcool car montrer un

possible problème avec l'alcool au patient, peut risquer d'être entendu comme s'il était alcoolique.

Dans notre étude, il ressort entre ces deux items l'existence d'une corrélation linéaire significative $p=0.01$ avec une force moyenne (probablement due au petit échantillon de médecins sollicités). Ce qui met en évidence que les omnipraticiens interrogés répondaient aux deux propositions avec une sensibilité similaire, une même logique.

Ce résultat montre que les médecins craignent d'indigner leurs patients en les questionnant sur leur consommation d'alcool et que cela peut être lié avec le fait de leur faire entendre l'existence d'un problème avec l'alcool et par conséquent, de leur renvoyer une image "d'alcoolique".

Notre étude nous confronte à une difficulté majeure de la médecine, où le professionnel de santé aborde en consultation les problèmes, les sujets tabous ; se confrontant aux multiples représentations propres à chacun. Ceci, est en effet un frein majeur à la mise en place de prévention et de discussion autour des difficultés liées à l'alcool. Car, c'est bien à cause de ses représentations que le patient peut craindre le fait d'aborder ses difficultés et donc être demandeur ou non d'une aide. La crainte d'en parler et donc d'en faire un sujet tabou, ralentit la mise en place d'un soutien et d'une prise en charge (si nécessaire et souhaitées par le patient). Il est donc primordial pour le médecin de rendre la discussion accessible et libre au sein du cabinet. La consultation doit être considérée par le patient comme un lieu d'échange, sans jugement et où les représentations, symboles, croyances de chacun, doivent interférer le moins possible.

A travers notre travail nous avons pu nous rendre compte via une question ouverte, des circonstances où les médecins traitants peuvent aborder la consommation d'alcool avec leurs patients. Il en ressort que les situations les plus confortables permettant d'échanger autour du sujet Alcool sont, la découverte d'un bilan biologique perturbé pour plus de la moitié des médecins, ou bien la survenue de dommages somatiques, psychiatriques voir familiaux...

Cela nous renvoie à la complexité de cette addiction; car le médecin est confronté le plus souvent après 20, voire 30 ans de relation patient / produit.

Ce retard diagnostique rend extrêmement compliqué et limite les interventions thérapeutiques futures. On arrive souvent lorsqu'il est trop tard.

Le second point pouvant nous interpellier concernant les retours sur cette question est le fait que la première consultation, le premier contact avec un patient permet d'aborder le sujet le plus souvent que pour 17.5% des médecins de notre étude.

Cependant, cette première consultation paraît être un aparté privilégié avec le patient, comme indiqué dans un travail issu d'une revue systématique de la littérature et de méta analyses⁴³.

Ce premier entretien médical, est un moment où les freins du généraliste (s'ils existent) peuvent être levés. Le médecin peut alors justifier une volonté de mettre à jour le dossier médical, permettant de renforcer sa légitimité sur le sujet alors que l'on est loin du motif initial de consultation, comme expliqué dans une enquête qualitative auprès des médecins Bourguignons en 2011⁴⁴.

Concernant les possibles freins à la pratique du RPIB Alcool chez les médecins généralistes et donc pouvant limiter leur activité dans la prise en charge des patients, on se rend compte que les données et champs à aborder sont larges.

Il est intéressant de noter que malgré toutes les difficultés rencontrées en consultation, la prévention sur l'alcool est tout de même quelque chose touchant les médecins du réseau CLSM.

En effet 3/4 des questionnaires indiquaient un désaccord sur le fait que l'alcool n'était pas un problème important en médecine de premier recours. De plus seulement 35% pensaient que la prévention devait être de la responsabilité des patients et non de la leur. Cela montre une volonté des médecins du réseau de s'investir dans la prévention. Ces résultats bien que recensés à plus petite échelle sont en accord avec d'autres études où l'on retrouvait jusqu'à 95 voire 97% de médecins qui déclaraient intégrer la prévention comme une part de leur activité qui leur est propre.^{45, 46}

On se rend compte via notre étude, que les propositions revenant le plus fréquemment sur les freins à la réalisation de prévention Alcool au cabinet sont en rapport avec le temps, la rémunération et le système de soins.

Au vu des questionnaires reçus, les médecins ne paraissent pas se sentir soutenus par les politiques de santé (87.5% d'accord) et souhaitent que le système de santé prenne en compte ce temps passé à faire de la prévention au sein de leur activité libérale. Ce ressenti se retrouve aussi dans les propositions pouvant faciliter l'activité, où l'attente s'articule pour 92.5% d'entre eux autour d'une amélioration des conditions de travail et des rémunérations lors des actes de préventions.

Ce problème du rapport prévention et rémunération en cabinet de médecine générale est retrouvé de façon récurrente dans de nombreuses études.^{44,46,47} Cependant, ce problème relevé par les praticiens ne peut pas être cantonné uniquement à un problème pécuniaire mais est bien lié de façon indéfectible à une problématique de Temps.

En effet, on se rend compte au cours de ce travail, que la recherche de Temps est une préoccupation perpétuelle des généralistes. Tout d'abord via une explication claire de 5 praticiens expliquant ne plus répondre aux questionnaires par manque de temps. Mais aussi via les réponses de l'ultime question sur ce qui pourrait améliorer les pratiques au cabinet (cf. annexe 3) : "Du temps!" "Disposer de plus de temps" "Avoir plus de temps et être mieux formé". Ce retour de notre enquête est en adéquation avec d'autres études où le problème était aussi abordé.^{44,45,46}

Le temps était, est, et restera probablement une inquiétude pour ces praticiens formés à répondre le plus souvent à une, voire plusieurs demandes urgentes ou semi urgentes d'un patient sur 15 à 20 minutes.

Or pour les médecins généralistes souhaitant faire de la prévention, il paraît clair qu'un travail de qualité ne peut se réaliser dans l'urgence. Cela deviendrait alors un piège pour la mise en place d'une alliance thérapeutique efficace entre le patient en difficulté et le praticien.⁴⁸ L'enjeu reste le maintien d'un lien thérapeutique entre le patient et le thérapeute une fois qu'il existe, et tout faire pour éviter une sortie du réseau de soin.⁴⁹

Il est certain qu'un patient présentant un mésusage quel qu'il soit de par sa complexité, ses demandes, ses mises en échec, demande au médecin un temps important ; temps qui n'est pas toujours disponible dans l'urgence.

C'est pour cela que le médecin généraliste comme pivot dans le cadre de la prévention des mésusages tient tout son sens. Car en plus de la confiance de son patient⁵⁰, il a aussi

l'avantage de la proximité ; il est le professionnel de santé capable de se rendre compte des conditions de vie du patient, de son entourage familial, de ses conditions de travail.⁵¹

Le temps en effet, il n'est peut-être pas disponible sur certains moments de consultation, en dehors des situations d'urgences extrêmes et de mise en danger du malade, mais à défaut de Temps le généraliste a la Durée et la possibilité de prévoir une nouvelle consultation pour aborder le problème alcool avec son patient.^{51,52}

4.2 Limites et forces de cette étude

Notre étude comporte de nombreuses limites.

Tout d'abord sur la population sélectionnée. En effet, l'échantillon de médecins généralistes sollicité (59 médecins) diminue la force de certaines données comme la corrélation linéaire entre l'item f et m de la question 9. De plus, cet échantillon ne permet pas de se rendre compte des ressentis et besoins des généralistes au niveau départemental. Il aurait été intéressant d'étendre l'envoi des questionnaires à l'ensemble des médecins généralistes du département, voire de la région Bourgogne Franche-Comté afin d'être représentatif à plus grande échelle des besoins dans la prise en charge des patients en souffrance avec l'alcool.

D'autres biais sont imputables à l'utilisation d'un questionnaire où les réponses sont basées sur le déclaratif des médecins (biais de déclaration) . Il existe aussi de par la forme de notre questionnaire, un biais de mesure avec l'utilisation pour les questions 9 et 10 des termes: "Tout à fait d'accord", "d'accord", "un peu d'accord", "pas du tout d'accord" et "je ne sais pas".

Un autre biais pouvant être décrit concerne la forme du questionnaire pouvant créer un effet de halo. En effet, le fait que les questions 9 et 10 soient posées sous la même forme avec un défilé des différents items peut entraîner une volonté de répondre de manière semblable aux propositions qui s'enchaînent.

Notre étude cependant comporte plusieurs forces.

Se voulant à petite échelle en ciblant les généralistes exerçant dans quelques communes membres d'un réseau travaillant sur la santé mentale, on retrouve un taux de participation important avec plus de 67% de médecins répondeurs (40 sur 59 sollicités).

Ce taux de participation montre un réel intérêt des médecins pour la prise en charge des patients en souffrance avec l'alcool.

Le questionnaire envoyé avait pour but de faire un état des lieux des ressentis et attentes des médecins et non d'évaluer leurs pratique ; leur permettant ainsi de pouvoir s'exprimer librement sur leurs difficultés rencontrées et leurs attentes.

Cette enquête auprès des généralistes a permis aussi de montrer, dans la logique du taux de participation, un réel intérêt pour la prise en charge des patients présentant un mésusage

éthylisme, avec 24 médecins signifiant leur intérêt pour la démarche de cette étude et 14 souhaitant participer à de futurs échanges par mail ou réunions...

Une demande quant à l'accès à une formation pour plusieurs médecins est aussi exprimée dans les réponses.

De plus, de nombreux médecins souhaitent renforcer le lien et pouvoir travailler en collaboration avec les différentes structures médico-psychologique et sociales.

L'ensemble de ces données est encourageant pour l'avenir et s'inscrit dans la logique de différents travaux, dont une enquête réalisée en 2015 par l'Observatoire Régional de la Santé de Bourgogne auprès de différents professionnels de la santé.⁵³ Il en ressortait une volonté de poursuivre la collaboration et la coordination entre les professionnels médicaux, sociaux et spécialisés en Addictologie.

5 CONCLUSION

Les dommages liés à l'alcool et la souffrance auxquels font face les patients présentant un mésusage, est un problème majeur de santé publique. Le repérage et la prise en charge de cette addiction est plus que complexe du fait d'un retard quant au diagnostic associé à une prise en charge, souvent vouée à l'échec aux yeux de plusieurs médecins. Cette étude réalisée auprès de généralistes exerçant dans les communes membres du Conseil Local de Santé Mentale Franco Basaglia a rencontré une participation encourageante avec plus de 67% de réponses ; montrant une volonté des médecins sollicités de s'investir dans le repérage et la prise en charge du mésusage éthylique.

Cette étude révèle une difficulté pour les généralistes à aborder la consommation d'alcool de leur patient possiblement par peur de les indigner et de leur renvoyer différentes images lourdes de sens dans notre société (tel que l'image de l'Alcoolique). Mais on repère aussi un problème récurrent autour du facteur Temps limitant les généralistes dans une prise en charge optimale des addictions au cabinet.

Cependant, les résultats de ce travail sont encourageants car bien que la prise en charge des patients en souffrance avec l'alcool paraisse difficile en soin primaire, nombreux sont les médecins demandeurs d'une formation.

De plus, de nombreux praticiens font part de leur désir de travailler dans l'avenir, en collaboration avec les différents professionnels médicaux et paramédicaux ainsi que les structures ambulatoires ou hospitalières pour faire face au problème Alcool.

Le Président du jury,



Pr. J-N BEIS

Vu et permis d'imprimer

Dijon, le 10-10-2017
Le Doyen



Pr. P. HOET

6 BIBLIOGRAPHIE

- 1) Institut national de la santé et de la recherche médicale (France). Alcool : dommages sociaux, abus et dépendance. Paris : Inserm, 2003

- 2) Organisation Mondiale de la Santé. [En ligne]. Consommation d'alcool Aide-mémoire N°349; Jan 2015. [Consulté le 26/08/2017] Disponible : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/fr/>

- 3) Chavagnat JJ, Levy-Chavagnat D. Conséquences de l'alcoolisation chronique. Actualités pharmaceutiques. Fév 2015; 543: 22-5

- 4) Limosin F. Mésusages d'alcool: les signaux d'alarme de l'épidémiologie. L'encéphale. 2014; 40: 129-35

- 5) De Lentaingne de logivere X, Gignon M, Amsallem C, Jarde O, Manaouil C. Aspect médico légaux de l'ivresse éthylique aiguë. La presse médicale. Juin 2015; 44: 610-7

- 6) OFDT, Drogues et addictions, données essentielles, Saint-Denis, OFDT, 2013, 399 pages.

- 7) Dano C, Le Geay F, Brière M. Diagnostic et prise en charge des troubles de l'usage d'alcool: données récentes. L'encéphale. 2014; 40: 276-85

- 8) Beck F, Richard JB, La consommation d'alcool en France. La presse médicale. Oct 2014; 43(10): 1067-78

9) Cottencin O, Guardia D, Karila L, Rolland B. Alcoologie Clinique. La presse médicale. Déc 2012; 41: 1248-58

10) Richard JB. Tendances de long terme des consommations de tabac et d'alcool en France, au prisme du genre et des inégalités sociales. Bull Epidemiol Hebd. 2016; (7-8): 126-33

11) Richard JB, Palle C, Guignard R, Nguyen-Thanh V, Beck F, Arwidson P. La consommation d'alcool en France en 2014. Évolutions. Avr 2015; 32: 1-6

12) Beck F, Richard JB. Épidémiologie de l'alcoolisation. EMC - Endocrinologie-Nutrition Jan 2013; 10(1): 1-9

13) Beck F, Guignard R, Richard JB. Usages de drogues et pratiques addictives en France. Analyse du baromètre santé INPES. La Documentation française; 2014 :256 pages.

14) Batel P. Évaluer: histoire de la maladie, inventaire des dommages et des prises en charge précédentes. Le concours médical. Jan 2013; 135(1): 36-9

15) Dematteis M, Perney P. Complications somatiques de l'alcool. Alcoologie et Addictologie. 2014; 36(3): 189-205

16) Huas D, Rueff B. Alcool et médecine générale. Éditions GM Santé /CNGE .2010

17) Institut national de la santé et de la recherche médicale. (INSERM). Alcool, effets sur la santé (Expertise collective) Paris, Inserm, 2001, 358 pages.

- 18) Jahan M, Dorard G, Romo L. Le rôle de la honte dans la compréhension des alcoolisations ponctuelles importantes. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*. 2015
- 19) Cour des comptes. Les politiques de lutte contre les consommations nocives d'alcool. Juin 2016
- 20) Paille F, Reynaud M. L'alcool, une des toutes premières causes d'hospitalisation en France. *Bull Epidemiol Hebd*. 2015; (24-25): 440-9.
- 21) Surveillance sanitaire en Bourgogne et Franche comté Point n°2015/28. Le point épidémiologique du 9 juillet 2015: 1-5
- 22) Les mésusages d'alcool en dehors de la dépendance. Recommandations de la société française d'alcoologie. *Alcoologie et Addictologie*. 2003; 25(4S): 3S-5S
- 23) LORALCO. Fiche pratique. Repérage précoce et intervention brève: 1-6
- 24) Paille F. Évaluation pratique de la consommation d'alcool: classifications et définitions des conduites d'alcoolisation. *Gastroenterol Clin Biol*. 2002; 26: B141- B148
- 25) Société française d'alcoologie. Mésusage de l'alcool dépistage, diagnostic et traitement recommandations de bonne pratique. *Alcoologie et Addictologie*. 2015; 37(1): 5-84
- 26) Michaud P, Dewost AV, Fouilland P. «Boire moins c'est mieux» : comment intégrer le repérage précoce et l'intervention brève auprès des consommateurs à risque dans la pratique des médecins? *Presse Med*. 2006; 35: 831-9

27) Batel P. Évolutions des modes d'alcoolisation. Revue du Praticien. 2011; 61: 1364-8

28) Haute Autorité de Santé. Outil d'aide au repérage précoce et intervention brève: alcool, cannabis, tabac chez l'adulte. Rapport d'élaboration. HAS; Nov 2014

29) Herring R, Berridge V, Thom B, Bellido-Blasco JB. Binge Drinking: an Exploration of a Confused Concept. Journal of Epidemiology and Community Health; 2008; 62 (6) : 476-9

30) Jusot F. Les inégalités de recours aux soins: bilan et évolution. Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique. 2013; 61(S3): 163-9

31) Blanquet M, Peyrol F, Morel F, Morge A, Maradeix B, Gerbaud L, et al. Médecine générale. Prévalence du mésusage de l'alcool et attitudes des médecins libéraux. Alcoologie et Addictologie. 2015 ;37 (2): 105- 13

32) Beck F. Guignard R. Obradovic I. Gautier A. Karila L. Le développement du repérage des pratiques addictives en médecine générale en France. Revue d'épidémiologie et de Santé publique. 2011; 59: 285-94

33) Castera P, Kinouani S, Joseph JP. Repérage précoce et intervention brève. Succès et limites. Alcoologie et Addictologie. 2015; 37(1): 85-91

34) Castera P, Maurat F, Fleury B, Demeaux JL. Peut on repérer en routine les mésusages d'alcool? Médecine. 2007; 3 (7): 330-3

- 35) Casset JC, Bérenger P, Bosson JL, Lacroix A. Évaluation à 1 an de l'intervention brève pratiquée par des médecins généralistes chez des patients ayant un mésusage d'alcool. *Revue du praticien Médecine générale*. 2008;(suppl.): 25-31
- 36) Prochaska JO, Diclemente CC, Norcross JC. In Search of how people change. Applications to addictive behaviors. *Am Psychol*. 1992; 47(9): 1102-14
- 37) Bien T, Miller WR, Tonigan JS. Brief interventions for alcohol problems: a review. *Addiction*, 1993. 88(3): 315-36
- 38) Michaud P, Fouilland P. Alcool, Tabac, Drogue le public fait confiance aux médecins *Rev Prat Med Gen* 2004; 17: 605-8
- 39) Gallois P, Vallée JP, Le Noc Y. Les mésusages de l'alcool: repérage et intervention brève en médecine générale. *Stratégies des données pour décider en médecine générale. Médecine*. Sept 2006; 302- 6
- 40) Couzigou P, Vergniol J, Kowo M, Terrebonne E, Foucher J, Castera L et al. Intervention brève en alcoologie. *Médecine des addictions / alcoologie. Presse Med*. 2009; 38: 1126-33
- 41) Kaner E et al. Effectiveness of brief interventions in primary care populations. *Cochrane review, conference communication*. 2016
- 42) McCambridge J, Saitz R. Rethinking brief interventions for alcohol in general practice, *BMJ*. 2017

43) Pouchain D. Qui travaille plus boit plus. Médecine. Fév 2016: 59-60

44) Langin D. Risque alcool en consultation de médecine générale: représentations et frein à son dépistage. Thèse d'exercice: Médecine: Dijon: 2011

45) Gautier A, Fournier C, Beck F. Pratiques et opinions des médecins généralistes en matière de prévention. ADSP. Déc 2011; 77: 6-10

46) Fournier C, Buttet P, Le-Lay E. Prévention éducation pour la santé et éducation thérapeutique en médecine générale In Gautier A (sous la dir.) Baromètre santé Médecins généralistes 2009. Éditions

47) Groppi M, Geiger S, Lafortune J. Parler d'alcool avec son patient en médecine générale Simple ou Gênant? Médecine. Fév 2011: 83-6

48) Lecallier D. Changement de comportement: invite à la fois individuelle et collective. Le concours médical. Jan 2013; 135 (1): 32-5

49) Simioni N, Rolland B. Nouveautés dans la prise en charge médicale du mésusage d'alcool. HEPATO-GASTRO et Oncologie digestive. Juin 2016; 23 (6): 506-14

50) Demortiere G. Passe d'entrée: le repérage précoce et l'intervention brève (RPIB). Parcours de soins trouble de l'alcoolisation chez l'adulte. Le concours médical. Jan 2013; 135 (1): 25-31

51) Saint-Guily J. Prise en charge de l'alcoolisme. Le rôle du médecin généraliste. ADSP actualités et dossier et santé publique. Sept 1998; 24: 53-4

52) Gallois P, Vallée JP, Le Noc Y. Pour la Société Française de Documentation et de Recherche en médecine générale. La consultation du généraliste: que de questions! Médecine. Juin 2010 : 248-50

53) Observatoire régional de la santé bourgogne. Alcool et troubles cognitifs en bourgogne entretiens exploratoires. Mars 2015.

ANNEXES

Annexe 1: le CLSM

LA SANTE MENTALE ET LE BIEN-ETRE PSYCHIQUE SONT L'AFFAIRE DE TOUS !

Le CLSM est une plateforme de concertation et de coordination entre les élus locaux d'un territoire, le service de psychiatrie publique, et des acteurs du champ de la santé mentale au sens large (professionnels du social, du médico-social, des forces de l'ordre, de l'éducation, des associations d'usagers, de pairs ou d'aidants...).

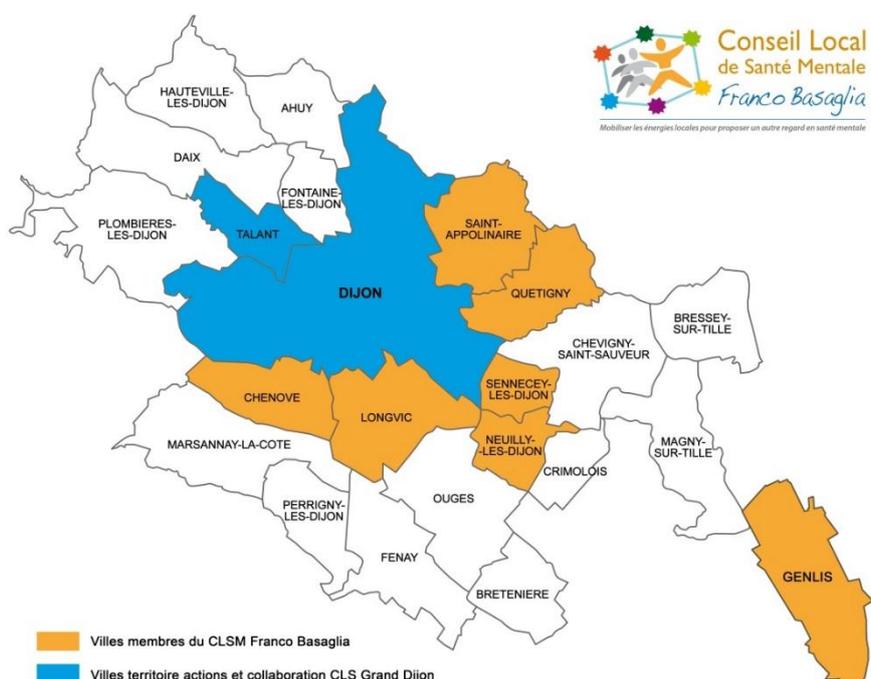
PRESENTATION

L'objectif de cette association est d'instaurer et d'animer une politique locale en santé mentale qui réponde aux besoins sociaux, de santé et de santé mentale de la population :

- Améliorer la prévention et l'accès aux soins des personnes ayant des troubles psychiques,
- Agir sur les conséquences sociales des troubles psychiques, notamment en termes d'insertion professionnelle, d'habitat, de la scolarisation, etc.
- Lutter contre la stigmatisation et améliorer l'accès aux droits fondamentaux.

FONCTIONNEMENT ET PARTENAIRES

Né de la coopération historique de la municipalité et des équipes du Centre Médico Psychologique de Longvic, le CLSM a été créé par plusieurs communes de Côte d'Or – Chenôve, Genlis, Longvic, Neully-Les Dijon, Quetigny, Saint-Apollinaire, Sennecey-Les Dijon depuis 2016. A ce niveau intercommunal, l'observation et l'analyse des besoins permettent de fournir des réponses pertinentes pour les citoyens, comme pour les partenaires.



2016 est une année charnière, le CLSM débute une collaboration renforcée avec le Grand Dijon dans le cadre du Contrat Local de Santé et proposera en ce sens plusieurs actions adaptées aux parcours de soins et de vie de la population de l'agglomération.

Le pilotage du CLSM est assuré par les représentants des collectivités, les acteurs sanitaires du territoire, les partenaires, les représentants des familles et des usagers. L'association est présidée par Catherine GOZZI, élue et adjointe au Maire Chargée des solidarités de la Ville de Quetigny et co-pilotée par le Dr Gérard Milleret, psychiatre et responsable médical au Centre Hospitalier La Chartreuse.

L'association est soutenue par le Centre Hospitalier La Chartreuse, et l'Agence Régionale de Santé de Bourgogne Franche-Comté pour le développement d'une politique de santé mentale territorialisée.



Après un diagnostic territorial mené en 2015, le CLSM a organisé son action sur la base de plusieurs groupes de travail et va désormais concentrer dans la durée son engagement sur les problématiques identifiées par les partenaires, les villes, et les établissements à savoir :

- **Renforcer l'accès aux soins de la population**, via l'information, la prévention, la déstigmatisation des personnes souffrant de troubles psychiques et des professionnels qui les accompagnent (exemples : soirées d'information « grand public » dans les villes, projet de prévention), la coordination anticipée des partenaires dans la résolution des situations dites « complexes » ou encore en soutenant les soins sur le territoire,
- **Développer les actions vers l'autonomie et la pleine citoyenneté** des personnes souffrant de troubles psychiques. L'accès et le maintien en logement en sont une priorité.
- **Poursuivre le développement, pour les partenaires, d'un espace de concertation, et de collaboration** vers une culture commune en santé mentale (comme l'identification des besoins en formation des professionnels)

Contact : Aurélie Bannier CLSM FRANCOBASAGLIA - 22 avenue du Château - 21800 QUETIGNY
03 80 48 41 15 clsm.francobasaglia@gmail.com

Annexe 2 : Questionnaire

Enquête auprès de plusieurs médecins généralistes de Côte d'Or exerçant dans les Communes membres du Conseil Local de Santé Mentale.

« Quels sont leurs ressentis et leurs attentes dans la prise en charge des patients en souffrance avec l'alcool ».

QUESTIONNAIRE

1) Vous êtes: un homme une femme

2) Âge: _____ ans

3) Depuis combien d'années exercez- vous en cabinet ? _____ ans

4) Êtes-vous installés : seul en groupe

5) Faites vous partis d'un groupe de pairs ou êtes vous abonné à une revue scientifique?

oui non

6) Selon vous les patients présentant un mésusage d'alcool représente quel pourcentage de votre patientèle?

< 10% ≥ 10% et < 20% ≥ 20% et < 30%

≥ 30% et < 40% ≥ 40% et < 50% ≥ 50%

On entend par mésusage les types de consommations qui entraînent des conséquences négatives et ceux qui sont à risque d'en entraîner (usage à risque, usage nocif, dépendance)

7) Au total, après vos études universitaires, combien d'heures de formation sur l'alcool et sur les problèmes liés à l'alcool avez vous reçu?

aucune moins de 4 heures 4 -10 heures

11 – 40 heures plus de 40 heures je ne sais pas

8) Quelles sont les situations les plus courantes qui vous incitent à parler du problème de l'alcool?

9) Plusieurs enquêtes relaient des difficultés pour les médecins généralistes à mettre en place un repérage précoce et une intervention brève (RPIB) auprès de leur patient concernant leur consommation d'alcool. Plusieurs raisons ont été avancées pour l'expliquer; ces différentes raisons retenues ont été répertoriées dans ce tableau.

Indiquez à quel point vous êtes d'accord avec ces propositions en entourant vos réponses choisies.

RAISONS	Tout à fait d'accord	Assez d'accord	Un peu d'accord	Pas du tout d'accord	Je ne sais pas
a. L'alcool n'est pas un problème important en médecine de premier recours	1	2	3	4	5
b. Les médecins sont déjà assez préoccupés par les autres problèmes présentés par les patients	1	2	3	4	5
c. Les médecins ont une certaine représentation de la maladie. Ils ne pensent pas à la prévention	1	2	3	4	5
d. Les médecins pensent que la prévention devrait être de la responsabilité de leurs patients, non de la leur	1	2	3	4	5
e. Les médecins de premier recours ne sont pas organisés pour donner des conseils de prévention	1	2	3	4	5
f. Les médecins ne se sentent pas à l'aise pour poser des questions sur l'alcool, car dire à quelqu'un qu'il a un problème avec l'alcool risquerait d'être entendu comme s'il était alcoolique	1	2	3	4	5
g. Les médecins ne savent pas repérer les consommateurs excessifs n'ayant pas de signes évidents d'une consommation excessive	1	2	3	4	5
h. Les médecins n'ont pas de critères fiables pour repérer des consommateurs excessifs n'ayant pas de signes évidents d'une consommation excessive	1	2	3	4	5
i. Les médecins n'ont pas à leur disposition de matériel fiable permettant de donner des conseils	1	2	3	4	5

RAISONS	Tout à fait d'accord	Assez d'accord	Un peu d'accord	Pas du tout d'accord	Je ne sais pas
j. Les médecins pensent que les patients ne suivront pas leurs conseils et ne modifieront pas leur comportement	1	2	3	4	5
k. Les médecins eux-mêmes ont un regard positif sur l'alcool	1	2	3	4	5
l. Les médecins eux-mêmes peuvent avoir des problèmes avec l'alcool.	1	2	3	4	5
m. Les médecins croient que les patients pourraient s'indigner de questions sur leur consommation d'alcool.	1	2	3	4	5
n. Le système de santé ne prévoit pas de paiement pour le temps passé à faire de la prévention.	1	2	3	4	5
o. En général, les politiques de santé n'aident pas les médecins qui veulent faire de la prévention.	1	2	3	4	5

10) Plusieurs propositions ont été faites dans différents pays afin de faciliter la réalisation de RPIB par les médecins généralistes.

Indiquez à quel point ses propositions vous aideraient personnellement dans votre pratique en entourant vos réponses choisies.

PROPOSITIONS	Tout à fait d'accord	Assez d'accord	Un peu d'accord	Pas du tout d'accord	Je ne sais pas
a. Si les campagnes d'éducation sanitaire rendaient la population plus concernée par les problèmes d'alcool	1	2	3	4	5
b. Si les patients étaient demandeurs de conseils sur leur consommation d'alcool	1	2	3	4	5
c. Si les patients étaient prêts à payer pour avoir des conseils sur l'alcool	1	2	3	4	5
d. Si des questionnaires de dépistage, simples et rapides, étaient disponibles	1	2	3	4	5
e. Si du matériel pour donner des conseils, d'un usage simple et rapide, était disponible	1	2	3	4	5
f. S'il était prouvé qu'une intervention précoce sur les problèmes d'alcool soit efficace	1	2	3	4	5
g. S'il existait des programmes de formation à une intervention précoce	1	2	3	4	5
h. Si la formation à l'intervention précoce sur les problèmes d'alcool était reconnue dans la formation continue	1	2	3	4	5
i. Si l'intervention précoce auprès des patients ayant des problèmes avec l'alcool faisait l'objet d'une référence médicale	1	2	3	4	5
j. Si des services spécialisés étaient disponibles pour recevoir des patients	1	2	3	4	5
k. Si la rémunération et les conditions de travail étaient améliorées	1	2	3	4	5

11) Quelles seraient vos attentes pour faciliter la prise en charge des patients présentant un mésusage d'alcool dans votre pratique quotidienne?

Merci d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire.

Annexe 3: Ensemble des propositions des médecins généralistes pouvant améliorer leur pratique.

- limiter la consultation à une doléance pour éviter que ce soit chronophage
- un récapitulatif des différents centres et intervenant en alcoologie
- formation sur le RPIB et techniques existantes pour aborder le sujet en consultation; mise en place de travail pluridisciplinaire
- mise en place de structure médico psycho sociale rapide d'accès
- bénéficier de temps pour la prise en charge
- une formation serait la bienvenue nous donnant des pistes pour repérer les patients ayant besoin d'une intervention de notre part
- être formé
- du temps! une rémunération
- une consultation spécialisée et psychosociale plus facile d'accès
- en accord avec les propositions précédentes renforcer le lien entre les médecins généralistes et les équipes mobiles du CMP.
- mise à disposition d'outils de suivi et de prévention, de flyer, livret, source fiable non subventionnée par les laboratoires
- information des patients
- reconnaissance de la rémunération du temps de travail médical et sensibilisation des patients à la prévention car actuellement une consultation veut absolument dire une ordonnance pour la plupart
- formation dédiée au dépistage plus prise en charge , savoir aborder le problème avec les patients, formation à l'écoute et à la motivation
- 1ère consultation alcool payée 2 C
- formation sur les nouveaux médicaments (BACLOFENE...)

-support de conseil

-disposer de plus de temps , continuer le travail avec les CMP, ne pas limiter la prévention alcool aux seuls problèmes de sécurité routière au point de vue des politiques

-pouvoir solliciter un référent ou une structure de proximité

-disposer de plus de temps, être mieux formé

-avoir accès aux médecins spécialisés ou structure adaptée rapidement; le médecin généraliste est celui à qui on demande tout pour le prix d'une consultation , les addictions ne sont pas attractives pour le généraliste

TITRE DE LA THESE:

Enquête sur le ressenti et les attentes des médecins généralistes du Conseil Local de Santé Mentale Franco Basaglia dans la prise en charge des patients en souffrance avec l'alcool .

AUTEUR:

Jocelyn COLLARD

RESUME:

Introduction : En France le problème Alcool est un enjeu majeur de santé publique, du fait de l'ensemble des dommages qu'il entraîne pour les patients présentant une consommation inadaptée. De ce fait, l'ensemble des professionnels de santé sont concernés et de nombreux plans nationaux mettent les médecins généralistes au centre de la prise en charge. Cependant, de nombreuses études montrent une difficulté pour les généralistes à aborder le sujet Alcool. Il nous a paru intéressant de faire un état des lieux concernant le ressenti et les besoins d'un groupe de médecins généralistes exerçant dans plusieurs communes membres d'un réseau de soin axé sur les pathologies mentales.

Méthode : 59 médecins généralistes ont été sollicités par l'intermédiaire d'un questionnaire afin de mettre en évidence ce qui pouvait freiner la prise en charge des patients en souffrance avec l'alcool mais aussi, ce qui pouvait la favoriser.

Résultats : Plus de 67% des médecins ont répondu à ce questionnaire. A travers une question sur les possibles freins à la pratique de l'alcoologie au cabinet ; il ressort que pour un grand nombre de médecins, le fait de poser une question sur l'alcool entraîne une peur d'indigner leur patient, avec une corrélation linéaire sur le fait qu'une question sur l'alcool met les médecins mal à l'aise, car dire à un patient qu'il a un problème avec l'alcool risque de lui renvoyer une image d'alcoolique.

Conclusion : Les pratiques médicales autour de l'alcool ont vécu un chamboulement suite à la parution d'études mettant en doute l'efficacité du RPIB alcool. Notre étude bien que sollicitant un petit nombre de médecins généralistes et donc ne pouvant être représentative à grande échelle est porteuse d'espoir. En effet, de nombreux médecins à travers cette enquête ont fait part d'un intérêt pour la prévention Alcool, ainsi que pour une formation quant à la prise en charge de patients présentant un mésusage éthylique. De plus, face au problème Alcool, les médecins sollicités font part de leur volonté de travailler en équipe et de consolider les liens entre les différents acteurs médicaux, paramédicaux et sociaux.