

UNIVERSITE DE LIMOGES

FACULTE DE MEDECINE

\*\*\*\*\*

ANNEE 2012

THESE N°

LA PLACE DES RESEAUX DANS LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT  
ALCOOLO-DEPENDANT EN MEDECINE GENERALE : ENQUETE DE  
PRATIQUE AUPRES DU RESEAU D'ALCOOLOGIE D'USSEL

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

présentée et soutenue publiquement

le 07 novembre 2012

par

**Caroline Bakeland**

née le 29 avril 1980, à Limoges (87)

Examineurs de la thèse

M. le Professeur CLEMENT Jean Pierre .....Président  
M. le Professeur BUCHON Daniel .....Juge  
Mme le Professeur DUMOITIER Nathalie.....Juge  
M. le Docteur BELCOUR Jacques .....Directeur  
M. le Docteur NUBUKPO Philippe .....Membre invité

DOYEN DE LA FACULTE : Monsieur le Professeur Denis VALLEIX

ASSESEURS :  
Monsieur le Professeur Marc LASKAR  
Monsieur le Professeur Jean-Jacques MOREAU  
Monsieur le Professeur Pierre-Marie PREUX

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS :**

ABOYANS Victor	CARDIOLOGIE
<b>ACHARD</b> Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
<b>ADENIS</b> Jean-Paul (CS)	OPHTALMOLOGIE
<b>ALAIN</b> Sophie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
<b>ALDIGIER</b> Jean-Claude	NEPHROLOGIE
ARCHAMBEAUD Françoise (CS)	MEDECINE INTERNE
<b>ARNAUD</b> Jean-Paul	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
AUBARD Yves (CS)	GYNECOLOGIE- OBSTETRIQUE
<b>BEDANE</b> Christophe	DERMATOLOGIE- VENEREOLOGIE
<b>BERTIN</b> Philippe (CS)	THERAPEUTIQUE
<b>BESSEDE</b> Jean-Pierre (CS)	O.R.L.
<b>BONNAUD</b> François	PNEUMOLOGIE

BONNETBLANC Jean-Marie (CS)		DERMATOLOGIE - VENERELOGIE
BORDESSOULE Dominique (CS)		HEMATOLOGIE
<b>CHARISSOUX</b> Jean-Louis		CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
<b>CLAVERE</b> Pierre (CS)		RADIOTHERAPIE
<b>CLEMENT</b> Jean-Pierre (CS)		PSYCHIATRIE D'ADULTES
<b>COGNE</b> Michel (CS)		IMMUNOLOGIE
COLOMBEAU Pierre (SUR. 31.08.2014)		UROLOGIE
<b>CORNU</b> Elisabeth		CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
COURATIER Philippe (CS)		NEUROLOGIE
DANTOINE Thierry		GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT
<b>DARDE</b> Marie-Laure (CS)		PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
<b>DAVIET</b> Jean-Christophe		MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
DESCAZEAUD Aurélien		UROLOGIE
<b>DESSPORT</b> Jean-Claude		NUTRITION
DRUET-CABANAC Michel (CS)		MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL
<b>DUMAS</b> Jean-Philippe		UROLOGIE

<b>DUMONT</b> Daniel	(SUR. 31.08.2012)	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL
<b>ESSIG</b> Marie		NEPHROLOGIE
<b>FAUCHAIS</b> Anne-Laure		MEDECINE INTERNE
<b>FEISS</b> Pierre	(SUR. 31.08.2013)	ANESTHESIOLOGIE- REANIMATION
FEUILLARD Jean		HEMATOLOGIE
(CS)		
FOURCADE Laurent		CHIRURGIE INFANTILE
(CS)		
FUNALOT Benoît		BIOCHIMIE et BILOGIE MOLECULAIRE
GAINANT Alain		CHIRURGIE DIGESTIVE
(CS)		
GUIGONIS Vincent		PEDIATRIE
JACCARD Arnaud		HEMATOLOGIE
JAUBERTEAU-MARCHAN M. Odile		IMMUNOLOGIE
LABROUSSE François		ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
(CS)		
<b>LACROIX</b> Philippe		MEDECINE VASCULAIRE
LASKAR Marc		CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
(CS)		
LIENHARDT-ROUSSIE Anne		PEDIATRIE
(CS)		
LOUSTAUD-RATTI Véronique		HEPATOLOGIE
<b>MABIT</b> Christian		ANATOMIE
(CS)		
<b>MAGY</b> Laurent		NEUROLOGIE

<b>MARQUET</b> Pierre		PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
MATHONNET Muriel		CHIRURGIE DIGESTIVE
<b>MAUBON</b> Antoine		RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
(CS)		
MELLONI Boris		PNEUMOLOGIE
(CS)		
<b>MERLE</b> Louis		PHARMACOLOGIE CLINIQUE
(CS)		
<b>MONTEIL</b> Jacques		BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
(CS)		
<b>MOREAU</b> Jean-Jacques		NEUROCHIRURGIE
(CS)		
<b>MOULIES</b> Dominique	(SUR. 31.08.2013)	CHIRURGIE INFANTILE
MOUNAYER Charbel		RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
NATHAN-DENIZOT Nathalie		ANESTHESIOLOGIE- REANIMATION
(CS)		
<b>PARAF</b> François		MEDECINE LEGALE et DROIT de la SANTE
<b>PLOY</b> Marie-Cécile		BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
(CS)		
<b>PREUX</b> Pierre-Marie		EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
<b>ROBERT</b> Pierre-Yves		OPHTALMOLOGIE
<b>SALLE</b> Jean-Yves		MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
(CS)		
SAUTEREAU Denis		GASTRO-ENTEROLOGIE ;

(CS)		HEPATOLOGIE
<b>STURTZ</b> Franck		BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
(CS)		
TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre		ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES
<b>TREVES</b> Richard		RHUMATOLOGIE
TUBIANA-MATHIEU Nicole		CANCEROLOGIE
(CS)		
<b>VALLAT</b> Jean-Michel	(SUR. 31.08.2014)	NEUROLOGIE
VALLEIX Denis		ANATOMIE CHIRURGIE GENERALE
VERGNENEGRE Alain		EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
(CS)		
<b>VIDAL</b> Elisabeth		MEDECINE INTERNE
(CS)		
<b>VIGNON</b> Philippe		REANIMATION
<b>VIROT</b> Patrice		CARDIOLOGIE
(CS)		
WEINBRECK Pierre		MALADIES INFECTIEUSES
(CS)		
<b>YARDIN</b> Catherine		CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE
(CS)		

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS  
HOSPITALIERS**

AJZENBERG Daniel		PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
<b>ANTONINI</b> Marie-Thérèse		PHYSIOLOGIE

(CS)

BOURTHOUMIEU Sylvie

CYTOLOGIE et HISTOLOGIE

BOUTEILLE Bernard

PARASITOLOGIE ET  
MYCOLOGIE

**CHABLE** Hélène

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE  
MOLECULAIRE

DURAND-FONTANIER Sylvaine

ANATOMIE (CHIRURGIE  
DIGESTIVE)

**ESCLAIRE** Françoise

BIOLOGIE CELLULAIRE

FUZIER Régis

ANESTHESIOLOGIE-  
REANIMATION

**HANTZ** Sébastien

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

**LAROCHE** Marie-Laure

PHARMACOLOGIE CLINIQUE

LE GUYADER Alexandre

CHIRURGIE THORACIQUE ET  
CARDIO-VASCULAIRE

**MARIN** Benoît

EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE  
de la SANTE ET PREVENTION

**MOUNIER** Marcelle

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ;  
HYGIENE HOSPITALIERE

**PICARD** Nicolas

PHARMACOLOGIE  
FONDAMENTALE

QUELVEN-BERTIN Isabelle

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE  
NUCLEAIRE

**TERRO** Faraj

BIOLOGIE CELLULAIRE

VERGNE-SALLE Pascale

THERAPEUTIQUE

**VINCENT** François

PHYSIOLOGIE

### **PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE**

**CAIRE** François

NEUROCHIRURGIE

**P.R.A.G**

GAUTIER Sylvie

ANGLAIS

**PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS**

**BUCHON** Daniel

MEDECINE GENERALE

**BUISSON** Jean-Gabriel

MEDECINE GENERALE

DUMOITIER Nathalie

MEDECINE GENERALE

**MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS**

**MENARD** Dominique

MEDECINE GENERALE

**PREVOST** Martine

MEDECINE GENERALE



# REMERCIEMENTS

Je remercie le Pr CLEMENT Jean Pierre d'avoir accepté de présider le jury.

Je remercie le Pr BUCHON Daniel et le Professeur DUMOITIER Nathalie d'avoir accepté de juger mon travail.

Je remercie le Dr BELCOUR Jacques pour son aide précieuse à la réalisation de cette thèse.

Je remercie le Dr NUBUKPO Philippe d'avoir accepté mon invitation à participer au jury.

Merci à mes parents qui m'ont toujours soutenu dans ma vie et dans mes études,

Merci à mes frères yann, flo et nico ; anne, juna et cécilia, ma famille,

Merci à Mathieu pour sa motivation et son soutien,

Merci à Pierre pour ses précieux talents d'informaticien,

Merci à tous les amis, juju, antoine, coralie, alex, romain, jeanne, joseph, perrine, romane, jean-louis, claire, antoine et tous les autres qui m'ont encouragée et qui attendent de fêter ce moment depuis si longtemps.

Merci à toute l'équipe du réseau d'alcoologie d'Ussel pour son aide dans ce travail.

Merci à Luis G. qui m'a fait partager son intérêt pour l'alcoologie.

# SOMMAIRE

REMERCIEMENTS

SOMMAIRE

INTRODUCTION

PREMIERE PARTIE

1. LA MALADIE ALCOOLIQUE EN FRANCE
  - 1.1 Epidémiologie :
  - 1.2 Définition de la maladie alcoolique
2. LES RESEAUX EN ALCOOLOGIE
  - 2.1 Approche socio-historique
  - 2.2 Les réseaux en alcoologie et leur intérêt
  - 2.3 Limites et réalité
3. LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT ALCOOLO-DEPENDANT EN MEDECINE GENERALE
  - 3.1 Recommandations
  - 3.2 Le dépistage des consommations à risques
  - 3.3 Le traitement
  - 3.4 Echec et rechute, est-ce une fatalité ?

DEUXIEME PARTIE

1. METHODE
  - 1.1 Questions de recherche
  - 1.2 Méthode statistique
  - 1.3 Cibles
  - 1.4 Le questionnaire
  - 1.5 Le réseau d'alcoologie d'Ussel
  - 1.6 Déroulement de l'étude
2. RESULTATS
  - 2.1 Première partie concernant le médecin
  - 2.2 Deuxième partie sur la pratique des médecins dans la prise en charge du patient alcoolo-dépendant
  - 2.3 Le réseau d'alcoologie
3. DISCUSSION

- 3.1 Analyse générale
- 3.2 Biais de l'étude
- 3.3 Les points forts de l'étude
- 3.4 Discussion des résultats
- 4. OBSERVATIONS ET PERSPECTIVES
  - 4.1 Observations
  - 4.2 Perspectives

## CONCLUSION

## ANNEXES

- 1. ANNEXE 1 : PROTOCOLE DE SEVRAGE DU RESEAU DE HAUTE CORREZE
- 2. ANNEXE 2 : CORRESPONDANCE DES BENZODIAZEPINES (SOURCE RESEAU VILLE HOPITAL ALPES MARITIMES)
- 3. ANNEXE 3 : LE QUESTIONNAIRE DETA
- 4. ANNEXE 4 : LE QUESTIONNAIRE FACE
- 5. ANNEXE 5 : LE QUESTIONNAIRE AUDIT
- 6. ANNEXE 6 : LE QUESTIONNAIRE AUX MEDECINS GENERALISTES

## BIBLIOGRAPHIE

## TABLE DES MATIERES

## TABLE DES ILLUSTRATIONS

## SERMENT D'HIPPOCRATE

# INTRODUCTION

L'impact de la consommation excessive d'alcool sur la santé publique en France demeure élevé, en termes de mortalité, de morbidité et de dommages sociaux.

Le médecin généraliste, en tant que principal acteur de soins primaires occupe donc une place stratégique dans la prise en charge des patients en difficulté avec l'alcool.

Les représentations sociales, basées sur le progrès des connaissances scientifiques, ont considérablement évolué ces vingt dernières années, passant de « lutte contre l'alcoolisme » en tant que fléau social, à la prévention et à la prise en charge de la maladie alcoolique, affection individuelle en lien avec les pratiques sociales de consommations. Ainsi l'intégration du concept d'addictologie a été facilitée par le plan addictions 2007-2011.

La dépendance à l'alcool est une entité psychopathologique et comportementale se traduisant par la perte de la maîtrise de la consommation. Elle comprend un ensemble de symptômes cognitifs, comportementaux et physiologiques, indiquant que le sujet continue à utiliser l'alcool alors que des conséquences néfastes existent déjà.

Présent aussi bien aux stades précoces que tardifs de la trajectoire des patients en difficulté avec l'alcool, le médecin généraliste est un acteur de première ligne dans le système de santé.

Le dépistage des consommations à risques est primordial et l'implication du médecin généraliste est indispensable. Plusieurs études ont montré l'impact positif de ses interventions en matière de repérage et d'information.

Le sevrage thérapeutique doit être inclus dans un projet de suivi global adapté au patient. Cet accompagnement est d'abord le fait d'intervenants médicaux : le généraliste et des intervenants spécialisés, hospitaliers ou ambulatoires ; puis de la famille, de divers organismes (services sociaux, judiciaires, professionnels...), et de mouvements d'anciens malades.

Le but principal du traitement de ces patients est d'améliorer leur qualité de vie globale, c'est-à-dire leur santé physique et psychique, ainsi que leur vie sociale. La prise en charge ne consiste pas à appliquer des procédures standardisées, mais doit faire du patient l'acteur et non le sujet de son rétablissement.

Face à cette problématique de santé publique telle que la maladie alcoolique, et les addictions en général, le besoin de coordination paraît donc indispensable.

Les organisations en « réseau » sont apparues récemment dans le paysage sanitaire français à la fin des années 90, suite à des dysfonctionnements du système de soin dans certains domaines (toxicomanie, HIV).

Le réseau constitue, à un moment donné, sur un territoire donné, la réponse organisée d'un ensemble de professionnels et ou de structures, à un ou des problèmes de santé précis, prenant en compte les besoins des individus et les possibilités de la communauté (Coordination Nationale des Réseaux).

Médecins, soignants, institutions de soins, se fixent des objectifs communs de prise en charge des personnes par rapport à un problème de santé précis.

Dans la prise en charge du patient alcoolo-dépendant, le médecin généraliste plus que jamais ne doit pas rester seul et le réseau d'alcoologie peut être une réponse aux obstacles rencontrés par les professionnels.

Tantôt présenté comme l'objet idéal, et tantôt rejeté systématiquement, le réseau et son efficacité restent très controversés.

Le réseau d'alcoologie d'Ussel, lors de sa création a cherché à se faire connaître auprès des différents acteurs mais surtout des médecins généralistes, dans le but de leur apporter un soutien dans la prise en charge de cette pathologie.

Quelles difficultés les médecins de Haute Corrèze rencontrent-ils dans leur exercice face à la maladie alcoolique ?

Comment est perçu le réseau d'alcoologie par les praticiens et quelle expérience retirent-ils de cette collaboration ?

# PREMIERE PARTIE

## 1. LA MALADIE ALCOOLIQUE EN FRANCE

### 1.1 Epidémiologie :

L'alcool tient une place particulière en France en raison de son importance économique, historique et culturelle. Mais sa consommation excessive est aussi l'un des problèmes majeurs de santé publique. L'alcool est en effet la deuxième cause de mortalité évitable en France, après le tabac. Chaque année, 30 000 décès lui seraient imputables. [1]

Depuis près d'un demi-siècle, on note cependant une tendance favorable avec une nette diminution de presque de moitié de la consommation d'alcool par habitant et portant essentiellement sur le vin, le reste des autres boissons étant à peu près stable [2]. Toutefois même si la quantité achetée et consommée est en baisse, le nombre d'ivresses au cours de l'année est resté stable ainsi que le nombre de personnes ayant potentiellement un usage problématique d'alcool.

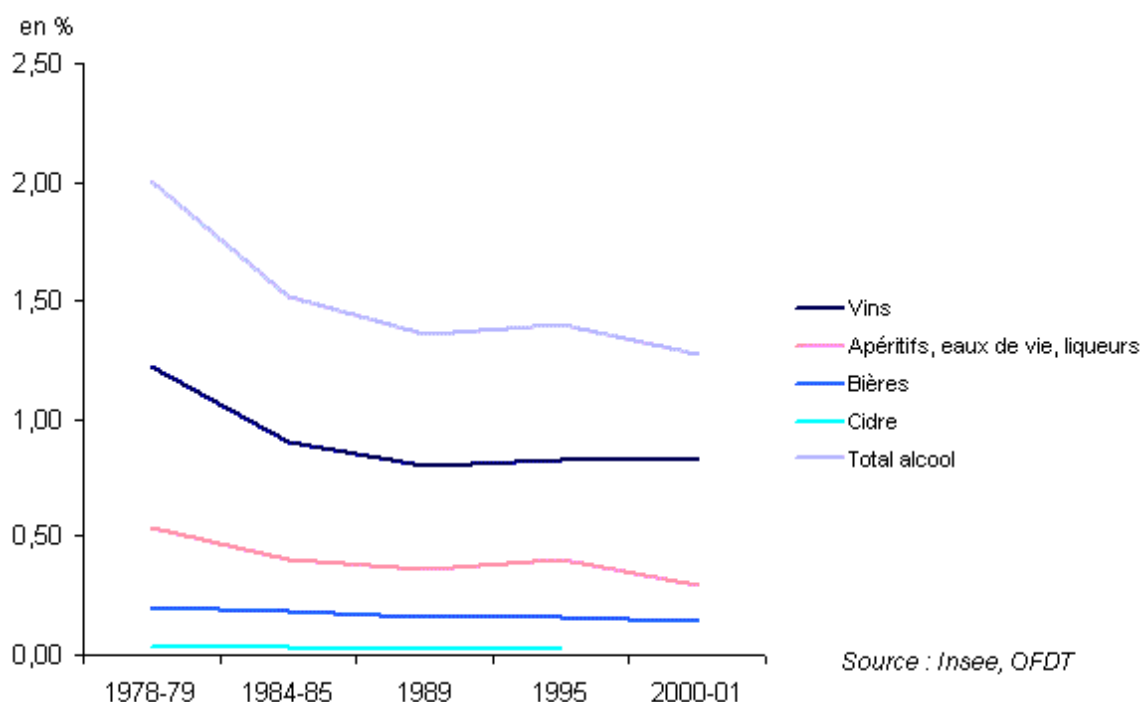


Figure 1 : Evolution de la part des dépenses en boissons alcoolisées dans les dépenses totales des ménages, France, 1978-2001

Même si la consommation d'alcool en France diminue depuis 40 ans d'après l'Insee, celle-ci reste très élevée et se place en tête des substances

psychoactives consommées par les français. En effet avec 13 millions de consommateurs réguliers, la France est en 2003 le sixième pays le plus consommateur d'alcool selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), majoritairement sous forme de vin (60 %).

- En 2005, on comptait environ 3,7 millions de consommateurs à risque (sur le plan de la santé, qu'ils soient dépendants ou non) de 18 à 75 ans.

- En 2010, parmi les 18-75 ans, 12 % des personnes interrogées déclarent avoir bu de l'alcool tous les jours au cours des douze derniers mois, 37 % au moins une fois par semaine (mais pas quotidiennement) et 38 % moins souvent. Par ailleurs, 13 % des personnes interrogées disent ne pas en avoir bu durant la dernière année.

- La consommation de boissons alcoolisées reste plus importante chez les hommes, ceux-ci étant en effet trois fois plus nombreux à consommer quotidiennement de l'alcool (18 % contre 6 % des femmes) et 64 % d'entre eux déclarant une consommation hebdomadaire, contre 35 % des femmes.

- L'alcoolisation, surtout lorsqu'elle est quotidienne, concerne plus souvent des personnes de 45 ans et au-delà. Plus l'âge s'élève, plus les écarts de prévalence entre les hommes et les femmes augmentent. [3]

Outre les disparités hommes-femmes, la consommation d'alcool est socialement différenciée en particulier chez les hommes. Plus faible chez les cadres supérieurs et les professions intermédiaires, elle est élevée chez les employés et les artisans. De nombreuses disparités géographiques en termes de mortalité associée sont particulièrement fortes avec des régions plus touchées : Bretagne, Nord-Pas-de-Calais, Picardie et Lorraine.

Chez les jeunes il semblerait que la tendance soit plus à des comportements d'ivresse qu'à des intoxications régulières. En effet, d'après deux enquêtes européennes de 2002 et 2003 : HBSC, pilotée par l'OMS, et l'enquête ESPAD ; la proportion de consommateurs réguliers chez les moins de seize ans serait moins importante en France qu'ailleurs, et l'augmentation de cette consommation avec l'âge se situe plus tardivement dans l'adolescence que dans la majorité des pays.

## 1.2 Définition de la maladie alcoolique

Les définitions de l'alcoolisme sont complexes en dehors de celle exprimée par Fouquet en 1951 : « la perte de la liberté de s'abstenir de l'alcool ».

Selon la définition de l'OMS « Les alcooliques sont des buveurs excessifs dont la dépendance à l'égard de l'alcool conduit à une consommation responsable d'un trouble mental ou physique décelable et affectant le comportement, les relations sociales et familiales et le statut économique du sujet ».

Un grand nombre de facteurs individuels, culturels, biologiques, sociaux et environnementaux convergent pour augmenter ou diminuer la probabilité qu'un individu particulier consomme une certaine quantité d'une substance psychoactive donnée.

Cette rencontre n'est pas seulement celle d'un individu avec une substance aux effets puissants sur la conscience. Si elle est le premier élément de l'addiction, le second est l'impossibilité à se dissocier de cette consommation. Pour qu'il y ait rencontre il faut qu'il y ait à la fois mal être et effet du produit sur le mal être.

### 1.2.1 Les origines

Il est tout d'abord important d'évoquer la place de l'alcool dans un contexte historique. Depuis toujours, les civilisations ont utilisé des produits capables de modifier l'esprit humain ; découvrir des terres inconnues de la conscience devant être un besoin fondamental de l'homme.

Le mot alcool est issu de la langue arabe ***al khol*** qui désignait à l'origine une poudre très fine à base d'antimoine utilisée comme un fard à paupières pour sa coloration noire. Le gaz produit à partir de celui-ci fut appelé « alcool », un terme qui devint synonyme d'esprit, au sens d'esprit du vin.

C'est au XVI<sup>e</sup> siècle que le mot ***al khol*** sera introduit dans son orthographe actuelle dans notre langue : ***alcool***, traduction de « ce qui est subtil ». D'où l'ambivalence entre le fard, le masque, le faux et le mystérieux, subtil, magique...

Depuis des millénaires, les boissons enivrantes sont considérées comme des produits magiques et divins. La Grèce et la Rome antique célèbrent le culte de Dionysos pour les grecs et Bacchus pour les romains...

En France jusqu'à la révolution industrielle la relation homme / alcool ne sera pratiquement jamais présentée comme un problème. La culture : (chanson, poésie, peinture, théâtre, littérature) valorise, glorifie, divinise les boissons fermentées et l'alcool. Pour Rabelais, Frère Jean des Entonneurs boit " de la dive bouteille" (divine bouteille).

« Mais qui boit de l'eau déperira sans joie »

*François Rabelais*

« Si Dieu voulait interdire de boire, aurai-t-il fait un vin si bon ? »

*Armand Jean du Plessis, cardinal de richelieu*



La fin du XVIIIe siècle avec la Révolution française marque une évolution des comportements sociaux.

Au XIXe siècle, les changements démographiques, économiques, et technologiques permettent une production industrialisée d'alcools forts pour une consommation sociologiquement vite stigmatisée (les ouvriers des faubourgs). L'ivresse et l'ivrognerie, qui est « la coutume de s'enivrer », sont des conséquences comportementales reconnaissables, et sont globalement perçues négativement dans les textes religieux et moraux, mais cette condamnation n'est pas médicale. [4]

C'est ainsi qu'au milieu de la faim et la misère sociale, il apparaît alors une opposition entre les boissons bénéfiques pour la santé dites « hygiéniques » issues de la fermentation (comme le vin ou la bière), et les boissons « toxiques » distillées (alcools forts).

L'alcoolisation va devenir régulière et remplacer les ivresses violentes de la période précédente. Ainsi en 1849, naît le concept d'alcoolisme chronique et la description des troubles causés par l'alcool, formulée par le docteur suédois Magnus Huss. L'alcoolisme perd ainsi sa connotation de vice pour rentrer dans le champ des maladies.

### 1.2.2 L'alcool, une substance addictive

Les définitions de l'addiction sont nombreuses et nous retiendrons celle apportée par le Dr Goodman en 1990 :

*C'est un « processus par lequel un comportement, pouvant permettre à la fois une production du plaisir et d'écartier ou atténuer une sensation de malaise interne, est employé d'une façon caractérisée par l'impossibilité répétée de contrôler ce comportement et sa poursuite en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives ».*

L'addiction est donc une conduite qui repose sur une envie répétée et irrépressible, malgré la motivation et les efforts du sujet pour s'y soustraire.

L'alcool est une substance psychoactive qui a une propension connue à produire une dépendance chez l'homme, qu'elle soit physique ou psychologique : c'est l'effet addictogène. La raison pour laquelle ces substances sont utilisées est essentiellement que les personnes en attendent un avantage, y compris dans leurs usages sociaux, que ce soit un moment de plaisir, pour calmer une douleur ou pour réduire un stress ou une angoisse, dans le but de se désinhiber. Mais leur usage répété implique également une nocivité potentielle, à court et à long terme.

Les addictions aux substances psycho-actives sont caractérisées par le comportement d'abus et de dépendance à la consommation de ces substances.

### 1.2.2.1 Les types de consommation

Rappelons tout d'abord quelques définitions citées par l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'évaluation en Santé) et la SFA (Société Française d'Alcoologie):

- *Non-usage (non-consommateur)*

Toute conduite à l'égard des boissons alcooliques et/ou alcoolisées caractérisée par une absence de consommation.

- *Usage (consommateur modéré)*

Toute conduite d'alcoolisation ne posant pas de problème pour autant que la consommation reste modérée, inférieure ou égale aux seuils définis par l'OMS et prise en dehors de toute situation à risque ou de risque individuel particulier.

#### **Les seuils de l'OMS :**

Les seuils définis par l'OMS sont les suivants :

- jamais plus de 4 verres par occasion pour l'usage ponctuel ;
- pas plus de 21 verres par semaine pour l'usage régulier chez l'homme (3 verres/jour en moyenne) ;
- pas plus de 14 verres par semaine pour l'usage régulier chez la femme (2 verres/jour en moyenne).
- pas d'alcool dans les circonstances suivantes :
  - pendant la grossesse
  - pendant l'enfance
  - quand on conduit un véhicule
  - quand on conduit une machine dangereuse
  - quand on exerce des responsabilités qui nécessitent de la vigilance
  - quand on prend certains médicaments dans certaines maladies aiguës ou chroniques (épilepsie, pancréatite, hépatite virale etc.)
  - quand on est un ancien malade alcoolo-dépendant

- *Mésusage*

Catégorie générique rassemblant toutes les conduites d'alcoolisation caractérisées par l'existence d'un ou plusieurs risques potentiels, ou par la survenue de dommages induits, alcoolo-dépendance incluse.

- *Usage à risque (consommateur à risque)*

Toute conduite d'alcoolisation où la consommation supérieure aux seuils définis par l'OMS et non encore associée à un quelconque dommage d'ordre médical, psychique ou social (dépendance incluse), mais susceptible d'en induire à court, moyen et/ou long terme.

- *Usage nocif*

Elle est caractérisée par :

- 1) l'existence d'au moins un dommage d'ordre médical, psychique ou social induit par l'alcool, quels que soient la fréquence et le niveau de consommation
- 2) l'absence de dépendance à l'alcool

- *Usage avec dépendance (consommateur dépendant)*

Toute conduite d'alcoolisation caractérisée par la perte de la maîtrise de la consommation. Aucune référence n'est faite à un seuil ou une fréquence de consommation, ou à l'existence de dommages induits qui néanmoins se retrouvent souvent associés.

Il existe donc une différence importante entre l'usage nocif et la dépendance : l'alcoolo-dépendant n'est plus maître de la situation alors que le buveur excessif, à condition d'être conscient, peut en théorie encore agir sur son mode de vie par sa seule volonté.

### 1.2.2.2 La notion de dépendance

Le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM IV) en 1994 décrit l'alcoolo-dépendance par l'ensemble des manifestations suivantes :

- **Psychiques** : désir compulsif de boire de l'alcool, qui rend le sujet incapable de maîtriser sa consommation.

- **Comportementales** : recherche de la consommation d'alcool, qui prend le pas sur la plupart des activités du sujet ; phénomènes d'évitement (le sujet consomme de l'alcool, souvent dès le matin, dans l'intention de prévenir ou de supprimer les symptômes du sevrage) ; fixation progressive des modalités de consommation d'alcool dictée par la nécessité de maintenir une alcoolémie suffisante ; augmentation de la tolérance amenant le sujet dépendant à consommer des quantités croissantes d'alcool pour obtenir le même effet.

• **Le syndrome de sevrage** : il se manifeste par une moiteur des paumes, des tremblements et une anxiété. Il survient le matin au réveil (ou 6 à 12 heures après la dernière prise d'alcool) et n'est calmé que par la prise d'un ou deux verres. Il n'est pas constant.

La dépendance se caractérise par un mode d'utilisation inapproprié d'une substance, entraînant une détresse ou un dysfonctionnement cliniquement significatif, comme en témoignent au moins trois manifestations (sur les sept suivantes) survenant sur la même période de 12 mois :

### **Les critères DSM IV de dépendance :**

1. Tolérance (besoin de quantités majorées d'alcool pour entraîner une intoxication ou obtenir l'effet désiré ; ou effet nettement diminué en cas d'usage continu de la même quantité d'alcool)
2. Sevrage (ou l'alcool est pris dans le but de soulager ou d'éviter les symptômes de sevrage)
3. Alcool souvent pris en quantité supérieure ou sur un laps de temps plus long que le patient ne l'aurait envisagé.
4. Désir permanent ou efforts infructueux pour réduire ou contrôler l'utilisation d'alcool
5. Temps considérable passé à se procurer de l'alcool, le consommer ou récupérer de ses effets
6. Des activités professionnelles, sociales, occupationnelles ou de loisir sont abandonnées ou réduites du fait de l'alcool
7. Poursuite de l'utilisation de l'alcool malgré la connaissance d'un problème physique ou psychologique

Le risque de dépendance peut être résumé par une métaphore énoncée par Claude OLIEVENSTEIN à propos de la toxicomanie. "La toxicomanie c'est la rencontre entre un individu, un environnement et un produit". De façon plus détaillée (Reynaud M. 1982) on peut évaluer le risque de dépendance à un produit comme la résultante de l'interaction entre trois facteurs : la vulnérabilité, les caractéristiques liées au produit et l'exposition. [5]

### 1.2.3 Les facteurs individuels de vulnérabilité

#### 1.2.3.1 Les événements de vie

L'adolescence parfois chaotique, l'abus sexuel, la maltraitance, le deuil, le divorce, les difficultés professionnelles, les conflits relationnels ; autant de situations qui peuvent être difficiles à gérer et peuvent donc fragiliser l'individu

à un moment donné de son existence. Ces conditions peuvent rendre plus vulnérable la personne face à un produit comme l'alcool.

### 1.2.3.2 Les facteurs psychiatriques

On décrit l'alcoolisme secondaire lorsque celui-ci est apparu après le début d'un trouble mental, principalement :

- les troubles bipolaires et les troubles phobiques, mais aussi les troubles des conduites, du sommeil, du comportement alimentaire...
- les troubles de la personnalité (psychopathie, border line)
- les schizophrénies
- les névroses
- certains tempéraments (recherche de sensation, de nouveautés, faible évitement du danger...) et traits de personnalité (faible estime de soi, timidité, autodépréciation...)

D'après des études réalisées aux Etats-Unis, plus de 50% des personnes ayant un trouble mental souffrent également de dépendance, contre 6% pour la population générale ; la probabilité de manifester une dépendance est donc 4,5 fois plus élevée chez les personnes atteintes de trouble mental que chez les personnes qui en sont dépourvues [6]. De même la prévalence de la dépendance alcoolique est de 22% chez les individus atteints de trouble mental, comparé à 14% dans la population générale, soit une probabilité de 2,3 fois plus élevée.

### 1.2.3.3 Les facteurs neurobiologiques

La dépendance correspond à une perturbation de l'activité cérébrale par l'utilisation de substances psychoactives. Celles-ci modifient les émotions, les sensations et les motivations.

L'apparition de la dépendance peut être considérée comme faisant partie des processus d'apprentissage, dans la mesure où des modifications durables du comportement résultent des interactions entre les substances psychoactives et leur environnement.

- Elles activent le système de récompense, ce qui est fortement renforçateur et entraîne une répétition du comportement
- Elles conduisent à une adaptation du sujet

En ce qui concerne l'alcool, les systèmes dopaminergiques, opioïdes, sérotoninergiques et l'axe corticotrope semblent réguler de concert la prise d'alcool, l'appétence et la perte de contrôle de la consommation. L'alcool augmente la libération de dopamine dans le noyau accumbens, ce qui serait un

facteur important de renforcement. La sensibilité aux substances psychoactives des circuits dopaminergiques diffère d'un individu à l'autre, et encore une fois, l'apparition d'une dépendance résulte d'une interaction de plusieurs facteurs. [7]

#### 1.2.3.4 Les facteurs génétiques

Les facteurs sociaux et individuels ont une place importante dans la survenue d'une consommation et le développement d'une addiction, mais tous les individus ne sont pas égaux et il existe une susceptibilité génétique face à la dépendance.

Depuis une trentaine d'années de nombreuses études portant sur des jumeaux, la famille, et des enfants adoptés, ont démontré l'influence de la génétique dans le développement de la dépendance à l'alcool. Cependant l'identification des facteurs de susceptibilité dans les populations humaines est difficile en raison de l'hétérogénéité de la maladie et la possibilité que de nombreux gènes puissent être mis en cause dans la maladie. Ces études ont tenté de mettre en évidence des gènes spécifiques. Il s'agit plutôt de facteurs de prédisposition, de fragilité génétique, comme ils en existent pour de nombreuses autres pathologies (HTA, insuffisance coronaire, diabète, dépression...).

Le déterminisme des troubles addictifs est très vraisemblablement polygénique et toujours en interaction avec les facteurs environnementaux.

#### 1.2.3.5 Les facteurs environnementaux

Tout d'abord, rappelons que les pratiques addictives s'inscrivent souvent dans un malaise plus grand, lui aussi surdéterminé socialement. Les pratiques addictives sont donc également une des manières les plus significatives actuellement d'exprimer ce malaise social. En effet, certaines situations représentent un risque tel le chômage, la précarité, l'éclatement familial, les antécédents d'addictions dans l'entourage, mais aussi l'influence des pairs, les normes et attitudes culturelles...

Comme nous l'avons vu l'aspect culturel de l'alcool et de ses effets positifs tels que l'ivresse est ancien, et fortement implanté au niveau sociétal, comparé à une émergence assez récente de la découverte des effets néfastes de l'alcoolisme, puis de la création de l'alcoologie. L'alcool est représenté comme un lien dans un cadre festif et synonyme de force, et paradoxalement comme nocif et représentant le vice. Cette ambivalence est une difficulté pour aborder cette pathologie avec les personnes atteintes. La complexité de cette maladie, qui réduit les patients à l'état « d'esclaves », la difficulté pour aborder ces patients qui ne se considèrent pas comme des malades, les complications

physiques, psychologiques et sociales sont le reflet de ce que doit être sa prise en charge : diversifiée par une approche multidisciplinaire et un suivi régulier. Ainsi la création des réseaux face à cette pathologie semblait elle nécessaire pour apporter une prise en charge globale du patient.

## 2. LES RESEAUX EN ALCOOLOGIE

### 2.1 Approche socio-historique

#### 2.1.1 Origine des réseaux de soins

La lutte contre la tuberculose en 1900 fut la première expérience française en matière de réseau, car cette maladie représentait un énorme problème de santé publique. Devant la mortalité et le risque de contamination importante, un véritable plan de prise en charge globale, un réseau, se met en place dont le pivot est le dispensaire. Il se caractérise par :

- un diagnostic précoce, une prise en charge gratuite, le placement des sujets contagieux pour isolement et traitement dans les sanatoriums pour les moins graves et dans les hôpitaux publics, avec des lits spécialisés, pour les cas désespérés

- la prophylaxie effectuée par une infirmière visiteuse à domicile chargée de l'éducation sanitaire de l'entourage et du public

- une surveillance épidémiologique assurée par le dispensaire (fichier médical)

Un peu plus tard en 1945, on a vu apparaître dans le paysage sanitaire français les premiers « *réseaux sanitaires spécialisés* » gérés par les DDASS (Direction départementale des Affaires sanitaires et sociales), dont le but est de lutter contre les fléaux sociaux tels que l'alcool, les drogues, les maladies mentales, le dépistage des cancers, les maladies vénériennes...

Les réseaux jusque-là n'avaient émergé que pour faire face à des urgences de santé publique. Mais l'apparition du sida au début des années 80 vient changer les choses. En effet la rapide diffusion de cette maladie a mis en évidence les lacunes du système de soins et la nécessité de faire de la prévention.

Les réseaux ont alors évolué de manières différentes en réseaux de santé et réseaux de soins. Les premiers se situaient dans les zones défavorisées pour les gens en situation difficile ; la prise en charge d'un sidéen doit mobiliser divers acteurs des milieux médicaux et sociaux. Cette prise en charge pluridisciplinaire se trouvait entravée par un système rigide et cloisonné. De nombreux réseaux spontanés reposant sur le bénévolat sont ainsi nés dans les

années 80. Les seconds sont les « *réseaux de soins coordonnés* » qui sont davantage des organismes de sécurité sociale, d'assureurs ou d'hôpitaux, visant à réduire le coût des soins.

Par la suite dans les années 90, l'Etat a multiplié les réformes pour encourager le fonctionnement en réseau, notamment dans les domaines du sida (1991), des soins de proximité (1993), de la toxicomanie avec les « *réseaux ville-hôpital* » (1994), de l'hépatite C (1995) et de l'alcool (1996), pour répondre aux insuffisances du système de soin.

Les ordonnances d'Avril 1996 officialisent les réseaux et donnent pour ce faire un certain nombre d'outils indispensables à la gestion en réseau : dossier médical partagé, informatisation, système d'information...

Enfin, la loi du 4 mars 2002 va abroger les réseaux de soins du Code de la Santé Publique pour proposer une définition désormais unifiée des « *réseaux de santé* ».

Une brochure de juin 2006 de la Haute Autorité de Santé (HAS) précise cette définition, présentant les réseaux de santé comme « une démarche d'amélioration de la qualité » (Haute Autorité de Santé, 2006). Elle insiste sur l'évaluation et l'amélioration des pratiques autour d'un programme de soins adaptés à chaque patient (protocole).

La loi N°2002-303 du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé fait suite aux états généraux de la santé et à l'évolution de notre système de santé. Elle actualise les droits des patients en termes de démocratie sanitaire et de droits à la santé d'une part et en termes de respect de l'autonomie, de la dignité des patients, comprenant participation, information et consentement d'autre part. Elle fixe aussi les futures orientations du système de santé en vue de sa modernisation, en favorisant de nouveaux modes d'offre de soins plus adaptés aux besoins de la population en particulier avec les réseaux de santé.

## 2.1.2 Les réseaux d'alcoologie et d'addictologie

### 2.1.2.1 Avant les années 50

Au XIXème siècle avec la révolution industrielle, les populations rurales déracinées des campagnes, le prolétariat, devenues main d'œuvre des usines et vivant très misérablement, nouent une relation différente avec l'alcool devenu moins rare et moins cher (distillé industriellement).

C'est à ce moment que l'on commence à prendre conscience de la pathologie alcoolique avec la naissance des premiers travaux, pris sous un angle neuropsychiatrique. Cette émergence se concrétise par la suite avec la création



de mouvements de lutte tels que « l'Association française contre l'abus des boissons alcooliques » crée le 12 mars 1872, le plus ancien organisme de prévention de l'alcoolisme, connu aujourd'hui sous le nom d'Association Nationale de Prévention de l'Alcoolisme et des Addictions (ANPAA).

Ainsi, des chercheurs vont lancer une action d'éducation sanitaire ambitieuse. Il s'agit véritablement de changer les mentalités, d'écarter les préjugés à l'égard de l'alcool.

Notamment, deux idées antagonistes doivent être combattues : les propriétés hygiéniques des boissons alcooliques d'une part, le postulat selon lequel l'alcoolisme est une tare, un vice, d'autre part.

L'âge d'or des associations anti-alcooliques se situe au début du XXe siècle. En 1903, elles sont déjà 23 en France, aux origines diverses : On peut mentionner la Croix d'or (1910), Vie libre (1952), Joie et santé, Santé de la famille des chemins de fer français (1892) et Union des cheminots abstinents... Il existe également un mouvement venu des États-Unis, les Alcooliques anonymes.

#### 2.1.2.2 Evolution dans les années 50 : l'anti antialcoolisme de l'Etat

- loi du 15 avril 1954 sur le traitement des alcooliques dangereux pour autrui, qui s'intéresse à l'alcoolique en tant que malade

- institution en novembre 1954 du Haut Comité d'étude et d'information sur l'alcoolisme (HCEIA).

A travers cette mesure législative, l'alcoolisme devient un problème sanitaire qui justifie la mise en place de toute une procédure de prise en charge des malades alcooliques.

On assiste alors à la naissance de l'alcoologie notamment avec le docteur Fouquet et son exposé, intitulé *Éloge de l'alcoolisme et naissance de l'alcoologie* en 1966. Ce concept a conduit à la création en 1978 de la Société française d'alcoologie, sous la présidence de celui-ci.

#### 2.1.2.3 La nouvelle implication de l'état

Durant les années 1970 et 1980, en raison notamment de l'existence des dispositifs spécialisés, les établissements de santé se sont peu investis sur le sujet des dépendances et les personnels hospitaliers se sont peu formés à une approche des conduites addictives, centrant leurs activités sur la prise en charge des complications somatiques ou psychiatriques de ces conduites.

C'est la naissance des centres d'hygiène alimentaire (CHA), qui deviendront en 1983 les centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie (CHAA) et du dispositif d'État de lutte contre l'alcoolisme. Ils sont définis comme des structures

d'accueil, de soins, de prévention et de recherche assurant le suivi ambulatoire de toute personne confrontée à un problème d'alcoolisation et qui deviennent ainsi de véritables lieux d'intervention thérapeutique.[8]

Au début des années 1990, l'amélioration de la prise en charge hospitalière des personnes toxicomanes ou alcooliques a été considérée comme un des axes prioritaires de la politique de soins. En effet il existe une forte corrélation entre les divers types de consommation : alcool, tabac, drogues et médicaments psychotropes et la prise en charge doit donc être globale.

L'article 6 de l'ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996, relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins codifié à l'article L. 162-31-1 du Code de la Sécurité Sociale précise le développement de formes nouvelles d'organisation des soins :

- les filières de soins, organisées à partir des médecins généralistes, chargées du suivi médical et de l'accès des patients au système de soins
- les réseaux de soins expérimentaux permettant la prise en charge globale de patients atteints de pathologies lourdes ou chroniques

Parallèlement, l'addictologie a été reconnue comme une discipline universitaire à part entière avec création du DESC (Diplôme d'Études Spécialisée Complémentaire) d'Addictologie. Jusqu'à récemment, l'enseignement de l'alcoologie variait beaucoup, selon les facultés et la volonté des autorités, d'inclure ou non ce thème dans le cursus de formation. En 2000, un arrêté ministériel a modifié et précisé le programme d'enseignement du deuxième cycle des études médicales et le thème « *addictions et conduites dopantes* » fait son apparition. De même, dans le programme du diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine générale, dans le chapitre « *les situations courantes* », un thème est consacré aux conduites addictives.

L'accent a été mis sur le développement des possibilités d'hospitalisations, sur les liens avec le dispositif spécialisé et sur l'engagement d'un processus de formation du personnel hospitalier. C'est dans ce cadre qu'ont été financées des équipes de liaison et de soins. En 1999, 169 équipes d'alcoologie de liaison en France et 69 équipes de liaison et des soins aux toxicomanes étaient recensées.

- loi Evin : Loi 91-32 du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme limite fortement le droit de faire de la publicité pour les boissons alcoolisées.

- La loi – dite « contre les exclusions » du 29 juillet 1998, renforce le statut juridique des CHAA devenus Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie (CCAA) en leur donnant une base légale et un financement stable par le régime d'assurance maladie. Elle insiste sur le rôle curatif de ces centres.

- Le plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances, adopté par le Gouvernement le 16 juin 1999, insiste sur la nécessité d'organiser une politique générale de prise en charge des consommations abusives.

- Le plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008, qui tient compte des caractéristiques propres à chaque produit et accorde une place majeure à la prévention.

- Le plan de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011 a pour objectif de participer à la réduction des risques pour les usagers de la drogue depuis 2002.

- La loi HPST du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

## 2.2 Les réseaux en alcoologie et leur intérêt

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

Le réseau, c'est donc l'interaction d'un ensemble de personnes, qui élaborent et construisent ensemble un processus de relations, régi et structuré par des règles explicites et implicites au service d'un projet. [9]

C'est la multiplicité des acteurs impliqués et des rôles dévolus au réseau qui semble en faire toute sa complexité car il nécessite l'interaction de personnes ayant des professions différentes pour former un projet unique et cohérent.

### 2.2.1 Les objectifs des réseaux

Les réseaux interviennent essentiellement à deux niveaux :

- les patients et leur prise en charge
- les professionnels et leurs pratiques

Leurs principaux objectifs sont la coordination, la formation et la prévention. En effet, le but des réseaux est de permettre l'organisation permanente des soins et leur évaluation en optimisant la prise en charge ambulatoire et les relations entre les intervenants.

En ce qui concerne l'alcool et les addictions, les missions de ce dispositif comprennent l'intervention auprès de toute personne présentant une consommation à risque, au niveau de la prévention, du soin, de l'accompagnement social, des autres intervenants sanitaires et sociaux, et en lien avec eux.

Une autre mission, aussi essentielle, est de prévenir la consommation à risque en informant, en sensibilisant, en formant tous les publics concernés que ce soit dans un cadre professionnel, scolaire, ou public ( journées portes ouvertes, forums ...).

Les réseaux interviennent également au niveau des professionnels pour la formation et la mise à jour de leur connaissance. Ils peuvent les conseiller et les épauler face à la complexité de la prise en charge du patient.

### 2.2.1.1 Le rôle médical

Les réseaux regroupent : psychiatres, neurologues, hépatogastroentérologues, médecins généralistes, urgentistes ... Il est primordial que les différents spécialistes communiquent entre eux pour une prise en charge optimale des patients. Leur rôle est :

- le dépistage des sujets alcooliques, non seulement alcoolo-dépendants, mais aussi consommateurs excessifs
- le diagnostic et le traitement des maladies directement liées à l'alcool : cirrhose, pancréatite chronique, cancers digestifs...
- le traitement et le suivi des malades atteints de cirrhose, pancréatite chronique
  - la surveillance du maintien de l'abstinence d'alcool
  - le dépistage des autres affections liées à la consommation d'alcool

### 2.2.1.2 Le rôle psychologique

Peu d'études scientifiques ont évalué l'efficacité du soutien psychologique dans le traitement de l'alcoolo-dépendance, probablement du fait des difficultés méthodologiques. Cependant, il existe un accord professionnel fort pour considérer que le soutien psychologique est le fondement même de la prise en charge de toute personne en difficulté avec l'alcool. [10]

Ce rôle peut être assuré par du personnel médical ou paramédical et nécessite du temps et de l'implication de la part du thérapeute.

Les objectifs sont :

- D'aider le sujet à initier puis à maintenir un sevrage total en alcool,

- D'améliorer non seulement l'état physique mais aussi mental,
- D'améliorer la qualité de vie du patient souvent altérée par des alcoolisations abusives,
- De restaurer un statut familial, social et professionnel

Cette prise en charge psychologique nécessite une relation de confiance entre le patient et le ou les soignants avec une motivation totale du patient pour instaurer un suivi thérapeutique de qualité à long terme.

Pour optimiser cet accompagnement, de nombreux outils sont mis à dispositions et leur association est le plus souvent nécessaire. Il s'agit :

- d'un soutien psychologique qui peut être pratiqué par tout thérapeute, généraliste, spécialiste, psychiatre ou psychologue. Il repose sur une relation, d'aide, d'écoute, de réassurance et veille à renforcer la motivation du patient et le maintien de l'abstinence.

- d'un soutien familial et l'aide sociale
- de la psychanalyse (peu classique mais parfois indiquée)
- des thérapies de groupes qui permettent un échange d'expériences et de réflexions
- des psychothérapies cognitivo-comportementales
- des groupes de paroles
- des moyens médicamenteux

### 2.2.1.3 Le rôle social

En effet l'alcool provoque souvent sur le long terme une désinsertion sociale et professionnelle. Le sujet alcoolo-dépendant se laisse aller petit à petit et ne peut plus faire face à la vie de tous les jours, il se coupe de sa famille et de son entourage. De plus, rappelons-nous, que les malades alcooliques sont souvent des patients avec des poly-addictions, ce qui accentue le risque de marginalisation. Les conséquences peuvent être nombreuses : exclusion, perte d'emploi, endettement, violences, incarcérations, isolement ...

Le rôle des travailleurs sociaux, intégrés aux équipes de soins ou en ambulatoire, est ici capital. Il va être d'assurer la réinsertion du patient ou la prévention de sa désinsertion par la médiation administrative, la recherche de centres de cure et postcure, la recherche de logement, de formation, d'emploi. Il participe également à l'élaboration de projets visant le rétablissement du lien social et la réactivation des facultés cognitives du patient.

Cette situation de précarité sociale, facteur majeur de rechutes précoces, incite parfois au recours à des structures médico-sociales spécifiques (foyers de réinsertion, hôpitaux de jour spécialisés, soutien social permanent). [11]

Le travailleur social peut être également sollicité chez des patients en situation difficile mais qui n'ont pas encore sombré dans la précarité, ou par la famille.

Chez les patients qui ne sont pas en rupture sociale et qui restent autonome, une intervention sociale n'est bien sûr pas toujours nécessaire.

#### 2.2.1.4 Le rôle de prévention

Comme nous l'avons vu, les réseaux de soins ont des objectifs essentiellement curatifs avec une prise en charge psycho-sociale ; mais il existe également un rôle de prévention et d'éducation pour la santé.

Les acteurs intervenant dans le champ de la prévention en addictologie sont diversifiés ; il s'agit essentiellement des intervenants des différents dispositifs : au niveau des CCAA, des centres départementaux de prévention de l'alcoolisme (CDPA), des équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA), associations thématiques...

Les actions de prévention peuvent s'inscrire dans différents milieux : milieu de l'éducation, du travail, des activités sportives et de loisirs, milieu pénitentiaire, sécurité routière, périnatalité et peuvent concerner à la fois les individus, leur famille, ou des groupe de pairs.

Elle peut également se faire lors d'une consultation dans le cadre d'une alcoolisation routière ou d'une consultation pour bilan.

Mais ce champ d'action du réseau ne doit pas se limiter aux seules personnes concernées par l'alcool.

Ils agissent également en aidant les professionnels à repérer les consommateurs à risques et à les orienter si nécessaire. En effet ce dépistage est très important et le médecin généraliste est au premier plan. Il est plus facile pour les personnes non alcoolo-dépendantes de réduire ou d'arrêter leur consommation grâce à une assistance et des efforts appropriés que pour les personnes déjà dépendantes. Grâce au repérage précoce et aux interventions brèves, ils ont l'opportunité d'informer ces patients des risques liés à leur consommation. C'est tout l'intérêt des programmes de dépistage et d'interventions brèves. [12]

## 2.2.2 Organisation : les différentes structures

### 2.2.2.1 Les Centres de Cure Ambulatoire en Alcoologie (CCAA), anciennement CHAA

Ce sont des structures de soins, d'accueil et de prévention. Leur vocation médicosociale est très large et s'adresse à des patients à tous les stades d'alcoolisation : buveurs occasionnels, buveurs excessifs, alcoolo-dépendants. Ils offrent un accompagnement médical, relationnel et social.

Le patient vient de sa propre initiative ou il peut être adressé par un intermédiaire : médecin généraliste, médecin du travail, praticien hospitalier, service de la DDASS...

Ils se composent d'un personnel varié : médecins, infirmières, travailleurs sociaux, psychologues... bien entendu la taille et la composition de l'équipe diffère suivant les structures. Cela permet de prendre en charge le patient dans sa globalité et non pas que sur le versant médical.

Les prestations fournies dans les CHAA sont gratuites. Leur financement incombe à l'État conformément aux dispositions de l'article L 355-1 du code de la santé publique.

Ce type de centre, suite au décret du 14 mai 2007 regroupant toutes les addictions en une structure unique, est intégré dans une structure appelée CSAPA.

### 2.2.2.2 Les Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)

Ils ont été créés par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Ils sont financés par l'assurance maladie.

Ils regroupent donc les CCAA et les CSST (Centre spécialisé de soins aux toxicomanes) en les rassemblant sous un statut juridique commun. Il ne s'agit pas d'une fusion administrative obligatoire de ces établissements. Ainsi, pour tenir compte de l'organisation actuelle du dispositif, jusqu'ici structurée autour de l'alcool d'un côté et des drogues illicites de l'autre, les CSAPA peuvent conserver une spécialisation. Mais quel que soit la spécialisation, il se doit de prendre en charge l'ensemble des consommations du patient.

Les CSAPA s'adressent aux personnes en difficulté avec leur consommation de substances psychoactives (licites ou non, y compris tabac et médicaments détournés de leur usage). Leur mission s'étend également aux autres types d'addictions sans substance (aux jeux d'argent, internet...). [13]

Leur mode de fonctionnement est similaire aux CCAA et ils assurent une prise en charge médico-psychosociale de ces patients.

### 2.2.2.3 Les comités départementaux de prévention en alcoologie et addictologie (CDPAA)

Ces structures ont plus un rôle de prévention que de soins. Cette mission s'exerce en tout public et en tous lieux : formations, établissements scolaires, entreprises...

Ils sont à 80% gérés par l'Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie (ANPAA).

### 2.2.2.4 Les services hospitaliers

Ceux-ci comprennent :

- Les consultations d'alcoologie, qui peuvent se rencontrer dans diverses unités telles que les services de médecine générale, de gastroentérologie, de neurologie, d'urgences...

- Les unités d'alcoologies, sont des sections spécialisées qui se trouvent le plus souvent dans les services de médecine ou de psychiatrie et disposent d'une équipe pluridisciplinaire formée à l'addictologie. Elles permettent, grâce à des hospitalisations la mise en place de sevrage ou le traitement des complications liés à la consommation.

Elles permettent d'adapter et d'organiser la sortie vers des lieux de vie, en articulation avec les autres partenaires du dispositif médico-social, ou l'orientation vers une autre structure : centre de cures en hospitalisation, suivi en ambulatoire en CCAA, médecin généraliste...

- Des équipes de liaison en alcoologie, qui sont constituées de professionnels formés à l'alcoologie. Elles interviennent :

- auprès des patients aux urgences et pendant l'hospitalisation
- auprès des soignants non spécialisés pour former et conseiller sur les différentes questions de prise en charge, d'orientation...
- pour développer des liens avec les différents acteurs intra et extra hospitaliers afin d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients et leur suivi.

### 2.2.2.5 Les centres de cure et de postcure

Les centres de cure sont des lieux avec hébergement spécialisés dans le traitement de la dépendance à l'alcool qui accueillent des patients pour effectuer un sevrage. La durée de séjour peut être de 3 jours à 3 semaines.



L'admission en centre de cure se fait sur prescription médicale. Les frais sont couverts par l'assurance maladie.

Ils sont centrés sur le sevrage physique mais traitent aussi les problèmes de dépendance dans sa globalité. Si le patient éprouve des difficultés à rester abstinant à la fin du séjour, celui-ci peut être suivi par une hospitalisation dans un centre de postcure.

Les centres de postcure sont réservés aux personnes ayant suivi un sevrage et n'ayant plus besoin d'un suivi médical constant. Il existe deux types de centre de postcure :

- les centres de consolidation, proposant un séjour de courte durée (1 à 2 mois)
- les centres de réhabilitation proposant un séjour pouvant aller jusqu'à 6 mois, davantage réservés aux patients avec une alcoolisation déjà ancienne et ayant besoin de se réinsérer socialement, et le cas échéant, professionnellement

A noter également les CSSR (Centres de Soins de Suite et de Réadaptation) qui regroupent les centres de cure et les centres de postcure. Il met l'accent sur la réadaptation sociale par la vie en communauté. Il existe également des établissements de postcure privés.

#### 2.2.2.6 La prise en charge en médecine libérale

En médecine générale l'intervention du praticien se fonde sur la demande du patient ou de son entourage : la souffrance, le mal-être sont à l'origine de la démarche de soin. Mais ce n'est pas toujours le cas, la démarche de soin peut revêtir un aspect préventif et concerner un trouble potentiel voire un risque pour l'avenir de la santé ou du bien-être du patient.

Ainsi le médecin généraliste est souvent le premier interlocuteur du malade alcoolique et la relation médecin-malade devient le pivot de la prise en charge. En effet la position du médecin généraliste offre des aspects particulièrement adaptés à cette pathologie.

D'un accès facile que ce soit dans son cabinet situé dans le voisinage ou à domicile à la moindre nécessité, le médecin généraliste est au plus proche de la population. Il peut voir ses patients évoluer dans leur cadre de vie familial, professionnel et social. Cette proximité lui permet de comprendre bien des difficultés rencontrées par ceux qui font appel à lui. Le malade alcoolique a du mal à formuler une demande de soin, et plus encore à faire une démarche dans ce sens, c'est probablement le médecin de son quartier qu'il est amené à rencontrer, même si le motif de la consultation ne concerne pas directement sa dépendance alcoolique.

Amené à aborder toutes les pathologies dans un premier temps, le médecin généraliste, médecin de premier recours, peut être sollicité pour tous les troubles liés à l'alcoolisation : traumatismes, troubles digestifs, désordres métaboliques, hypertension artérielle, insomnie, anxiété, dépression, problèmes familiaux. La dépendance alcoolique derrière son polymorphisme a du mal à être reconnue comme une psychopathologie, et les malades sont réticents à consulter le psychiatre. Le médecin généraliste, par la connaissance de son patient, par son écoute, peut faire émerger chez le malade, la prise de conscience de sa dépendance à l'alcool.

Enfin c'est dans le temps que la dépendance alcoolique se développe, elle s'installe souvent à l'insu de tous et de l'intéressé lui-même bien avant que ses complications n'apparaissent. Le médecin généraliste va suivre, parfois de façon très ponctuelle, ces patients qui ne consultent qu'en cas de grande difficulté ou dans l'urgence. Faire le diagnostic de la dépendance alcoolique peut demander du temps et la prise de conscience de son état, par le malade lui-même, également. Parler des difficultés générées par la prise d'alcool et parvenir au-delà du déni est la première phase du soin en alcoologie.

Une fois le diagnostic établi, le praticien pourra prescrire les bilans complémentaires nécessaires, et faire prendre conscience du besoin de traitement, en accord avec le patient.

Le médecin généraliste également peut gérer le sevrage du patient en ambulatoire. Celui-ci nécessite par la suite un accompagnement et une surveillance du patient. Le médecin traitant pourra travailler en partenariat avec un alcoologue ou un psychiatre pour le suivi du patient ne serait-ce qu'à cause de la fréquence des réalcoolisations.

#### 2.2.2.7 Les mouvements associatifs

Les mouvements d'anciens buveurs sont nombreux tels que les alcooliques anonymes, vie libre, la fédération nationale des amis de la santé, alcool assistance...

Leur objectif principal est d'aider les malades à rester abstinents, en se basant sur l'expérience vécue et l'entraide. Ils proposent des psychothérapies de groupe, offrent aux personnes en difficulté un lieu de rencontre, la possibilité de s'informer, de communiquer, de pratiquer des activités, de s'insérer dans un groupe et parfois même de s'investir par la suite dans la lutte contre l'alcoolisme.

### 2.2.3 Les outils mis en place :

La formation est un des outils privilégié des réseaux, pour permettre la mise à jour des connaissances et le soutien des intervenants. Il s'agit de l'organisation de la formation continue des membres du réseau, de réunions...

Des outils de communication en réseau: les rencontres et actions sur le terrain, mise en place d'annuaire, de fascicules d'information, création d'une bibliothèque, site internet, réalisation de protocoles... [14]

Des outils de coordination tels que les rencontres pluridisciplinaires, la mise au point de dossiers médicaux communs avec création d'une base de données, sont également mis en œuvre.

Et enfin des outils de garantie éthique, nécessaire devant la multiplicité des intervenants dans un réseau : la charte sur laquelle repose l'adhésion des professionnels définit systématiquement les options éthiques, les droits et les devoirs des membres. La confidentialité est respectée, les orientations sont claires, le tout avec l'accord du patient.

## 2.3 Limites et réalité

### 2.3.1 Les inconvénients des réseaux

Les freins peuvent être liés spécifiquement à la pratique professionnelle : habitude de travail individuel (libéraux), peur d'une dépossession ou d'une surcharge, manque de formation ou de disponibilité, méconnaissance des modalités du travail en réseau, changement fréquent d'intervenants (travailleurs sociaux), peur d'un manque de reconnaissance...

Les limites peuvent également être dues au travail en coordination : dans la rencontre entre pratiques professionnelles, il peut y avoir confrontation sur la manière dont chacun réagit à la complexité des situations, de par les différences culturelles et comportementales de chacun. C'est ce qui en fait la richesse. Toutefois, le fait d'avoir un but commun, l'amélioration de l'état de santé du patient, nécessite de passer outre ces différences et d'obtenir un consensus, obtenu avec un minimum de cohérence et de communication.

Enfin, la littérature fait état de nombreuses difficultés à la mise en œuvre des réseaux de santé d'ordre structurelles : lourdeur bureaucratique et cloisonnement des services, contraintes juridiques et morales, différences de rémunération entre producteurs de soins... [15]

Par ailleurs, sur le plan financier, l'actualité politique récente des réseaux de santé laisse entrevoir une certaine méfiance des pouvoirs publics. D'après l'Union Nationale des Réseaux (UNR), alors que la Dotation Régionale de

Développement des Réseaux (DRDR) a connu une croissance régulière et conséquente depuis sa création en 2002, une réduction drastique de 20 % de la DRDR 2006 a été décidée.

Ainsi malgré ses acquis, le montant de l'enveloppe dédiée aux réseaux de santé a subi au cours des 2 dernières années des diminutions des crédits. Cela se traduit dans certaines régions par la fermeture de réseaux ou la réduction sévère de leur activité, et d'autres sont menacés à très court terme.

### 2.3.2 Quelle réalité aujourd'hui ?

Paradoxalement, les réseaux de santé n'ont cessé de se développer en France. Mais la réalité à ce jour est obscure du fait de la grande diversité des réseaux de santé et de leur faible visibilité, de l'absence de modèle auquel se référer, et du foisonnement de représentations associées aux réseaux de santé.

En 2012, il existe en France 730 réseaux de santé, touchant des domaines complexes, difficiles à coordonner et où les exigences deviennent de plus en plus importantes : gérontologie, soins palliatifs, pathologies chroniques, oncologie, périnatalité et précarité, alcoologie... Plus de 50.000 médecins participent à l'action de ces réseaux. [16]

Les réseaux de santé connaissent des situations régionales contrastées par leur nombre, leur couverture géographique, leur organisation. Leur intérêt auprès des médecins généralistes comporte des nuances d'une région à l'autre. Les objectifs des réseaux de santé semblent connus de leurs adhérents, puisqu'environ 73 % d'entre eux estiment bien identifier les missions de ces structures. Environ 72 % des généralistes adhérents indiquent que les réseaux leur permettent d'améliorer leur connaissance des problèmes de santé des patients. Sur le plan de la coordination des soins, une proportion importante estime que ces dispositifs renforcent la collaboration avec le milieu hospitalier (environ 62 %), le secteur médico-social (idem), les spécialistes libéraux (56 %). [17]

Les réseaux de santé ont un ancrage fort dans le domaine de la santé mais aussi dans le secteur médico-social. Leur principale mission est la coordination des acteurs de santé avec un positionnement central du patient. Mais leur réalité est assez contrastée, entre les réseaux thématiques régionaux, de cancérologie ou de périnatalogie par exemple, et les réseaux de santé de proximité.

Les premiers, caractérisés par une institutionnalisation de la prise en charge, peuvent bénéficier d'un cadre réglementaire et de missions déléguées.

Les seconds, issus d'initiatives locales, relèvent souvent de démarches expérimentales, avec une organisation humaine et financière modeste.

L'enjeu aujourd'hui est de donner une lisibilité à cette organisation qui doit être définie par les professionnels de santé eux-mêmes.

### 3. LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT ALCOOLO-DEPENDANT EN MEDECINE GENERALE

Rappelons tout d'abord que la prise en charge d'une dépendance n'est bien souvent jamais limitée à un seul produit, et dans le cas de notre travail centré sur l'alcool, il ne faut pas oublier que nous avons souvent affaire à des poly consommations. Les recommandations de l'HAS soulignent une prise en charge des poly addictions dans leur ensemble, mais aussi les spécificités chez le patient alcoolo-dépendant.

#### 3.1 Recommandations

- 1999 : 1<sup>ère</sup> conférence de consensus avec l'ANAES sur le sevrage de l'alcoolo-dépendant.

- 2001 : 2<sup>ème</sup> conférence de consensus sur le maintien du sevrage chez l'alcoolo-dépendant : « le sevrage doit être une prise en charge avant tout médicale, mais elle doit surtout anticiper l'avenir et ne pas occulter dès cette période l'importance d'un accompagnement psychologique de la part de l'institution (médecins et soignants), des mouvements d'entraide et d'un accompagnement social. Elle doit nécessairement, dès le sevrage, prendre en compte les co-dépendances (tabagisme, opiacés, cocaïne) et les comorbidités ». [18]

- 2002 : recommandations pour la pratique clinique : les conduites d'alcoolisations au cours de la grossesse.

- 2003 : recommandations pour la pratique clinique : les mésusages de l'alcool en dehors de la dépendance.

- Les recommandations de l'HAS de 2007 insistent sur la nécessité de développer la prévention et le repérage des consommations à risques avant toute chose, pour pouvoir par la suite intégrer le malade dans un parcours de soin : « L'objectif est que la prise en compte des poly consommations soit identique à tout autre facteur de risque pouvant entraîner des dommages aussi bien somatiques que psychiques ou sociaux. Tout repérage intègre de fait une dimension de prévention et éventuellement de soins. Il s'inscrit dans une politique globale de réduction des risques, d'allongement de l'espérance de vie et d'amélioration de la qualité de vie ». [19]

L'évaluation de la sévérité, des dommages et de la motivation du patient permet ensuite d'aboutir à sa prise en charge. Pour cela l'HAS préconise la recherche des facteurs de risque et l'encouragement du patient au travers d'entretiens motivationnels. Un entretien standardisé tel que l'*Addiction Severity Index* (ASI) peut être utilisé pour systématiser le recueil des informations dans les situations complexes.

Enfin la prise en charge thérapeutique doit privilégier tant que possible l'ensemble des consommations. Elle consiste en un traitement médicamenteux associé à un suivi médico-psychosocial. Elle favorise l'intégration aux réseaux et insiste sur le développement de la formation des professionnels à la prise en charge des poly-consommations.

## 3.2 Le dépistage des consommations à risques

Comme nous l'avons vu précédemment, les données épidémiologiques récentes confirment la fréquence importante des troubles addictifs, notamment alcooliques. Le dépistage précoce des patients ayant un usage à risque ou nocif est une priorité en terme de santé publique. Un abord précoce permet une prise en charge plus facile à un moment où les complications somatiques ne sont pas au premier plan.

### 3.2.1 Le repérage précoce

L'enjeu du repérage précoce du mésusage c'est la prévention secondaire.

- L'objectif est de diminuer les risques attachés à la consommation excessive d'alcool, notamment d'un passage au stade d'alcool-dépendance, mais surtout de l'émergence ou de l'aggravation d'un trouble secondaire à la consommation d'alcool.

- 10% à 50% des « buveurs à risque » modifient leur consommation après une intervention brève.

Ainsi plusieurs éléments peuvent mettre le frein à une telle approche, aussi bien du côté des patients que des médecins eux même.

### 3.2.2 Pour quels patients ?

Comme nous l'avons vu plus haut, l'OMS a défini plusieurs paliers de consommation qui peuvent être schématisé selon la pyramide de Skinner :  
[20]

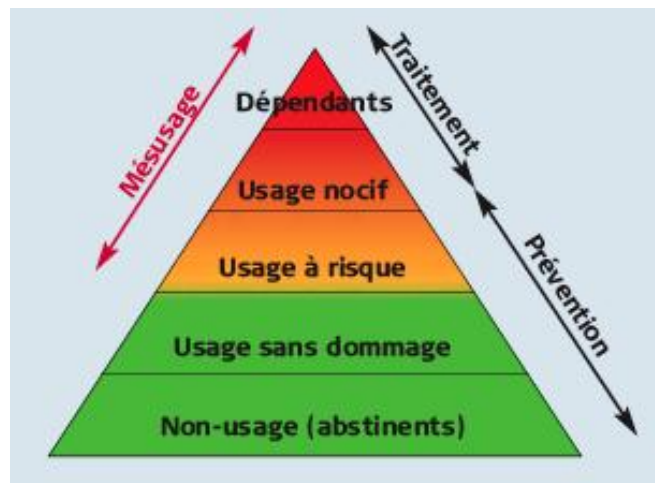


Figure 2 : Pyramide de Skinner

L'enjeu est de repérer les mésusages de l'alcool, c'est-à-dire le patient qui, par sa consommation qu'elle soit régulière ou occasionnelle, se met en danger sans être alcoolo-dépendant.

Les cibles sont donc les usages à risques et les usages nocifs sans dépendance.

### 3.2.3 Par qui ?

En théorie, une approche réellement préventive nécessiterait, comme pour d'autres pathologies, l'implication des médecins généralistes et la mise en œuvre d'une campagne de repérage systématique de tous les patients adultes.

En effet ces derniers sont les mieux placés pour dépister les mésusages de l'alcool et ses complications. Ils sont les plus accessibles de par leur proximité géographique et de par la relation de confiance qui les lie à leur patient souvent depuis des années.

Il est établi que 70% de la population française consulte une fois dans l'année le médecin généraliste.

De plus les études ont montré que les patients ont confiance en leur médecin traitant et qu'ils trouveraient légitime que celui-ci leur parle de leur consommation d'alcool. [21]

Le cabinet du médecin semble donc un lieu privilégié pour le repérage des patients ayant un problème avec l'alcool.

Mais ceci n'est pas toujours faisable en pratique : les médecins généralistes manquent de temps, doutent de leur légitimité, ont des savoirs et des savoir-faire peu actualisés sur l'alcool et les dommages associés. Ils craignent de donner au patient le sentiment de juger son comportement et de le stigmatiser, sont gênés pour aborder une question qu'ils considèrent comme appartenant à l'intimité et qui les renvoie à leur propre rapport à l'alcool,

s'agacent de l'absence de valorisation des actes préventifs, et croient volontiers qu'une intervention auprès des «buveurs» est vouée à l'échec. [22]

### 3.2.4 Comment ?

Il existe différents outils pour le repérage :

- Le diagnostic clinique, où l'interrogatoire (accidents, troubles relationnels, sociaux...) et l'examen va permettre de retrouver certains symptômes. Malheureusement ceux-ci sont souvent tardifs et peu spécifiques.

- Les marqueurs biologiques : VGM, gamma GT, CDT. Ce sont des indicateurs mais ils n'ont pas de valeur diagnostique. Ils ne sont donc pas spécifiques, et sont modifiés tardivement ou lors de fortes consommations.

- Les questionnaires de dépistage : (annexes 3, 4 et 5)

- AUDIT (**A**lcohol **U**se **D**isorders **I**dentification **T**est)
- FACE (**F**ast **A**lcohol **C**onsumption **E**valuation)
- CAGE / DETA (**D**iminuer **E**ntourage **T**rop **A**lcool)

Ils sont à la base des interventions brèves.

Celles-ci s'adressent aux buveurs excessifs et visent en priorité une réduction de leur consommation d'alcool. Les questions doivent être claires et suffisamment brèves pour être facilement reproductibles dans les conditions d'exercice habituel de la médecine. Une attitude fondée sur l'empathie, l'absence de jugement et sur le respect de la responsabilité du patient vis-à-vis de son comportement est recommandée au praticien. [23]

De nombreuses études ont démontré l'efficacité des interventions brèves dans la réduction de la consommation des consommateurs ayant une conduite d'alcoolisation à risque ou nocive. [24], [25], [26]. L'AUDIT et le FACE sont les deux questionnaires généralement présentés aux médecins généralistes lors des formations RPIB (Repérage Précoce Interventions Brèves) actuelles. Pour autant, le praticien reste libre du choix de l'outil à utiliser parmi tous les questionnaires existants.

Les étapes d'une intervention brève peuvent être résumées comme suit ; elles sont généralement synthétisées par l'acronyme FRAMES, de leurs auteurs :

- restituer les résultats du test de repérage au patient (ou Feed-back)
- responsabiliser (le changement de comportement appartient au patient, non au thérapeute)
- donner un conseil de modération (ou Advice)
- évoquer avec le patient les modifications possibles de sa consommation d'alcool (ou Menu)



- user de bienveillance, ne pas juger (ou Empathy)
- laisser le patient acteur de son changement et l'encourager dans ce sens (ou Self-efficacy)

Le repérage permet de découvrir une personne alcoolo-dépendante et d'intervenir précocement. Des conseils sur la réduction de la consommation d'alcool chez un buveur excessif doivent prendre la forme d'une intervention brève. L'objectif est d'induire des changements de comportements au moyen de conseils simples et répétés.

Lorsqu'il existe des dommages physique, psychique, juridique, et/ou socioprofessionnel, associés à des signes de dépendance, ou à une perte de la maîtrise de la consommation, le patient nécessite alors une aide médicale au sevrage alcoolique. Le traitement a pour but d'améliorer la qualité de vie des patients. Prise en charge lourde, nécessairement pluridisciplinaire, elle est souvent émaillée de rechutes et de ruptures de soins. Elle s'inscrit sur le long terme.

### 3.3 Le traitement

Comme nous l'avons vu dans les recommandations éditées par la Haute Autorité de Santé (HAS) en lien avec la Société Française d'Alcoologie, le médecin généraliste est très impliqué dans les deux principaux volets de la prise en charge de l'alcoolo dépendance, que sont le sevrage et le maintien de l'abstinence.

#### 3.3.1 Le sevrage

Le sevrage c'est l'arrêt de la consommation d'alcool, qu'il soit accidentel, à l'initiative du sujet ou qu'il s'inscrive dans une perspective thérapeutique chez l'alcoolo-dépendant. [10]

L'objectif d'un sevrage thérapeutique est l'entrée dans un processus d'abstention complète et durable d'alcool. Celui-ci s'impose à chaque fois qu'il y a dépendance. Le sevrage, aussi souvent que possible, doit être programmé et doit s'inscrire dans un projet thérapeutique dont les objectifs doivent être précisés avec le patient. La demande peut également venir de l'entourage (famille, travail, instances juridiques...), ou encore se faire dans l'urgence lors de complications somatiques, psychiatriques ou sociales. [27]

##### 3.3.1.1 Lieux de soins

Le sevrage peut se réaliser en ambulatoire ou dans une structure d'hospitalisation, dit sevrage institutionnel. Le sevrage ambulatoire doit être à privilégier car il permet la poursuite de l'activité professionnelle, le maintien

des relations familiales et sociales, une participation du malade mais aussi de son entourage et une meilleure acceptation, car n'obligeant pas à assumer socialement le statut de malade alcoolique. Il doit cependant s'effectuer suivant des protocoles établis, datés et signés par le médecin (surveillance, délirium tremens, agitation...). (annexe 1)

Le sevrage institutionnel ne concerne que 10 à 30% des sevrages. Ses seules indications restent : la dépendance physique sévère, les antécédents de delirium tremens, ou de crise convulsive généralisée, les problèmes somatiques, psychiatriques ou socio-environnementaux patents, et les poly-addictions associées.

### 3.3.1.2 Prise en charge psycho-sociale

- information, soutien et réconfort
- établissement d'une relation thérapeutique avec le patient qui se poursuivra au-delà du sevrage
- accompagnement social
- arrêt de travail si besoin

### 3.3.1.3 Traitements médicamenteux

#### **Les psychotropes**

Les benzodiazépines constituent un traitement pharmacologique de choix car ils réduisent l'incidence de 10 % à moins de 2 % de l'intensité des syndromes de sevrage, des crises comitiales et de la survenue d'un délirium tremens. Les autres psychotropes (neuroleptiques, carbamates et barbituriques) ont un rapport bénéfice/risque inférieur (intensité et prévention des symptômes, toxicité hépatique, dépression respiratoire...) et ne devraient pas être utilisées en monothérapie mais uniquement en complément des benzodiazépines. Les benzodiazépines sont en général bien tolérées ; leur inconvénient principal étant lié à leur potentiel addictogène.

En pratique trois schémas sont possibles : (annexe 2)

- Prescription de doses réparties sur les 24 heures (par exemple diazépam, [Valium®] 10 mg par 6 heures puis diminution progressive et arrêt en 4 à 7 jours).
- Prescription personnalisée guidée par une échelle d'évaluation selon la sévérité des symptômes (Oxazépam [Seresta®] 50 : 3 à 6 comprimés par jour).
- Utilisation d'une dose de charge d'une benzodiazépine à demi-vie longue (par exemple Clorazépatate [Tranxène®]). [10]

## Traitements associés

L'hydratation abondante environ 2 à 3 litres / jour per os si possible.

La vitaminothérapie : thiamine (vitamine B1) à raison de 500 milligrammes par jour et la pyridoxine (vitamine B6) qui ne doit pas être prolongée (risques de neuropathies).

### 3.3.1.4 Le suivi

Il peut être effectué par le médecin traitant et en coordination avec une structure spécialisée si le sevrage s'est effectué dans une de celle-ci. Il doit être rapproché et le médecin, avec l'accord du patient, peut travailler en partenariat avec différents acteurs pour la suite du projet : alcoologue, psychiatre, infirmière, travailleur social, associations d'entraide...

Enfin, l'élaboration de ce projet de soin est aussi le moment de faire le point avec le patient sur sa santé. Outre une évaluation clinique, un bilan para-clinique complet sera demandé pour évaluer le retentissement organique de son addiction en fonction de la clinique :

- NFS, VS, Plaquettes, TP, TCA, GGT, CDT, bilan hépatique, urée, créatininémie, ionogramme sanguin, protidémie, glycémie, amylasémie, lipasémie, TSHUS

- Electrocardiogramme
- Radiographie de thorax
- Echographie hépatique
- Consultation ORL, stomatologique, ophtalmologique...

C'est également l'occasion de rechercher l'existence d'autres consommations associées afin de réduire les risques et éventuellement de débiter une prise en charge. Cependant, cette démarche peut s'avérer souvent longue et complexe devant la sévérité des symptômes et la fréquence de troubles psychiatriques sous-jacents. Une hospitalisation dans une unité spécialisée peut s'imposer le plus souvent. Les recommandations sont :

- Alcool et tabac : le sevrage simultané est préconisé

- Alcool et benzodiazépines : cette consommation simultanée est susceptible de provoquer des troubles de la personnalité graves. Les benzodiazépines sont maintenues pendant le sevrage éthylique, en hospitalier, et le second sevrage est envisagé par la suite

- Alcool et opiacés ou cocaïne : nécessite une hospitalisation

En pratique, il est généralement inévitable de privilégier le traitement d'une dépendance par rapport à l'autre.

### 3.3.2 Accompagnement et maintien de l'abstinence

Nous l'avons vu la prise en charge globale est organisée sur le long terme en un projet thérapeutique qui implique différents intervenants : médecins, psychologue, psychothérapeute, infirmiers, travailleurs sociaux, ou encore associations d'entraide participent à cette prise en charge qui en fonction de l'intervenant va consister en du conseil, du soutien, de la connaissance de soi, de l'accompagnement ou du soin. Cette seconde phase de maintien de l'abstinence doit s'adapter au risque élevé et prolongé des rechutes. L'implication réciproque du soignant et du soigné doit être optimale. Le réseau de soin semble donc le modèle idéal pour une action concertée et organisée.

#### 3.3.2.1 La prise en charge médicale

##### **Somatique**

Le médecin doit avoir un rôle de soutien et de guide tout au long de cette maladie chronique, mais il doit aussi traiter les conséquences somatiques de cette addiction.

Les affections somatiques directement liées à la toxicité de l'alcool :

- les atteintes hépatiques en particulier les cirrhoses (85 % des cirrhoses sont d'origine alcoolique)
- les pancréatites chroniques (60 à 85 %), pancréatites aiguës (35 %) [28]
- les affections virales (hépatites notamment)
- les pathologies cancéreuses
- les troubles métaboliques, où l'alcool intervient comme facteur déclenchant ou d'aggravation et pouvant modifier l'efficacité du traitement
- les troubles digestifs qu'ils soient de type fonctionnels ou organique (dyspepsie, gastrite, colopathie fonctionnelle, reflux gastro-oesophagien, hémorragies digestives...)
- la pathologie aiguë liée à l'alcool : ivresse aiguë, accidents, traumatismes...

##### **Les affections psychiatriques**

L'association de la maladie alcoolique avec des troubles psychiatriques est très fréquente. Ceux-ci sont soit primaires ou secondaires comme les troubles anxieux ou dépressifs, qui sont les plus courants. Mais dans d'autres cas un mésusage du produit peut être le révélateur d'une pathologie plus lourde (maladie bipolaire, troubles de la personnalité, psychose...).

## La place du traitement médicamenteux

La période qui suit le sevrage représente un autre temps, certainement le plus important. Il est alors proposé au patient un soutien médicamenteux d'aide au maintien de l'abstinence. Dans un premier temps, on s'est adressé à des thérapies aversives ou dissuasives, comme l'Espéral® utilisant l'effet antabuse, qui est de moins en moins prescrit et n'est plus réservé aujourd'hui qu'à des cas particuliers. Ce n'est que très récemment, dans les 15 dernières années, que sont apparues des molécules ciblant très directement l'appétence (ou *craving*) pour les boissons alcoolisées grâce à la meilleure compréhension des mécanismes de l'alcool-dépendance psychologique, notamment au niveau cérébral.

- L'acamprosate (AOTAL®) est un dérivé synthétique de l'homotaurine, qui présente une analogie de structure avec l'acide gamma-butirique (GABA). L'activité du GABA, principal neuromodulateur sédatif, est modifiée chez les patients alcooliques. Il impliquerait la stimulation des récepteurs GABA, une action sur la membrane cellulaire et sur les récepteurs opioïdes. La durée du traitement varie de six mois à un an. La posologie est de quatre comprimés par jour pour un patient de moins de 60 kg, six comprimés par jour au-delà en deux ou trois prises par jour.

- La naltrexone (REVIA®) est un antagoniste opioïde, qui diminuerait le plaisir associé à la prise d'alcool, en bloquant l'effet des endorphines produites lors de sa consommation. La durée du traitement recommandée par l'AMM est de 3 mois à la posologie de 1 comprimé par jour. [29]

Une méta-analyse Cochrane publiée en 2011 a évalué l'efficacité et la tolérance de l'acamprosate versus placebo, et la naltrexone chez des patients alcool-dépendants. Vingt-quatre essais cliniques randomisés, contrôlés, et réalisés en double aveugle ont été inclus dans cette analyse. On constate que lorsqu'il est associé à une prise en charge psychosociale, l'acamprosate réduit le risque de rechute après sevrage et augmente la durée d'abstinence. Trois essais ont comparé l'acamprosate et la naltrexone et n'indiquait pas une supériorité de l'un ou l'autre médicament, sur le retour à une consommation d'alcool, et de la durée d'abstinence cumulée. [30]

### 3.3.2.2 La place du baclofène

Le Baclofène est promu depuis près de 5 ans, après la découverte de ses vertus par le Dr Ameisen au moyen d'une large médiatisation.

Le baclofène est une ancienne molécule commercialisé depuis 1974 sous le nom de Lioréal®. C'est un analogue structural du GABA, agoniste du récepteur GABA-B. Il possède une action antispastique et une action antinociceptive, ainsi qu'un effet anxiolytique. (source Vidal 2011)

Les nombreuses études ne permettaient pas jusqu'à présent d'avoir des données efficaces (faible populations, durée trop courtes, posologies mal définies...). Or une étude récente a montré des données d'efficacité (abstinence ou réduction de la consommation compulsive) chez certains patients [31]. Au départ 181 patients inclus ont participé à cette étude rétrospective. Le Baclofène était administré quotidiennement à forte dose ( $129 \pm 71$  mg). L'évaluation n'a été possible que pour 132 patients. Après une année de ce traitement avec le Baclofène, 80% d'entre eux étaient devenus soit abstinents (78), soit consommateurs «modérés» (28). Les effets secondaires le plus souvent observés: fatigue, somnolence, insomnies, vertiges et troubles digestifs. [32]

Les estimations les plus prudentes font état de 20 000 à 30 000 malades alcooliques prenant quotidiennement (et a priori à vie) diverses doses de ce médicament.

L'ANSM a publié à deux reprises des recommandations de bonnes pratiques, en juin 2009 puis en février 2011 des mises en garde concernant la prescription hors AMM du baclofène. Mais aujourd'hui, celle-ci assouplit sa position sur l'usage du médicament hors AMM : « Par conséquent, le traitement par baclofène ne peut être envisagé qu'au cas par cas, prescrit et surveillé par des praticiens expérimentés dans la prise en charge de l'alcoolodépendance avec une adaptation posologique individuelle et une surveillance rapprochée de la réponse thérapeutique et de la survenue des effets indésirables ». [33]

Au mois d'avril 2012, l'ANSM a autorisé le lancement d'un essai clinique contrôlé en ambulatoire, randomisé, chez des patients présentant une consommation d'alcool à haut risque qui seront suivis pendant au minimum un an.

### 3.3.2.3 La place des psychothérapies

#### **Le soutien psychologique**

Il s'agit d'une psychothérapie s'appuyant sur une écoute empathique, sans jugement mais avec un engagement du soignant dans la relation. Tout soignant quelle que soit sa place peut assurer cette relation d'aide à condition qu'il puisse rencontrer régulièrement le patient. Il s'agit de valoriser le patient dans son action dans le but de renforcer l'abstinence.

#### **L'entretien motivationnel**

L'entretien motivationnel est une façon d'être avec nos patients, particulièrement utile en médecine générale lorsqu'on veut aborder un

changement de comportement influençant la santé (tabac, alcool, exercice physique, alimentation, prise de médicaments...). Il se base sur l'hypothèse que la plupart des patients qui arrivent en consultation ne sont pas nécessairement dans une démarche de modification de leur comportement. [34]

Ses principes sont :

- Faire preuve d'empathie : C'est une écoute tournée vers l'autre, qui évite l'expression de jugements ou d'opinion de la part du soignant.

- Développer les divergences : l'entretien se veut alors directif dans les situations problématiques où justement le changement de comportement est souhaitable.

- « Rouler avec la résistance » : le thérapeute aura souvent affaire avec la résistance du patient à laquelle il ne faudra pas s'opposer de manière insistante et forte. Il s'agit plutôt d'inviter le patient à la réflexion sur les désagréments que lui occasionne son comportement, et sur les avantages éventuels de le changer pour qu'il trouve en lui la force de se prendre en main, c'est le principe de la balance décisionnelle.

- Renforcer le sentiment d'efficacité personnelle : le but est de valoriser le patient pour redonner au malade l'estime de soi et surmonter les obstacles. [35]

Ainsi le déni ou de la mauvaise volonté, classiquement interprété comme tel par les soignants, est reconnu comme un état psychique normal et adapté face à une situation de choix difficile mais pouvant immobiliser le sujet dans un conflit intrapsychique.

Il doit être conduit par des personnes formées à l'entretien motivationnel (travailleurs sociaux, éducateurs, infirmières, diététiciennes, médecins...). Son efficacité par rapport à d'autres thérapeutiques reste à démontrer mais il semblerait qu'il soit plus efficace sur des patients résistants. [36]

### **La psychothérapie cognitivo-comportementale**

Ces thérapies visent à l'acquisition de nouveaux modèles de comportement permettant au patient d'affronter de façon pratique les envies de boire ou les situations à risques. Elles se pratiquent en individuel ou en groupe.

### **La psychanalyse**

L'alcool-dépendance n'est pas une indication classique de thérapie analytique. Elle suggère d'aborder avec le malade, au contraire des attitudes habituelles, la relation à l'alcool, et de centrer au départ la thérapie sur le comportement d'alcoolisation lui-même et non sur les causes de ce comportement. [37]

## **Les thérapies de groupe**

Elles permettent aux patients de retrouver une identité à travers les échanges avec d'autres. Cela renforce la déculpabilisation et facilite l'acceptation du statut de malade. Ces groupes permettent la médiation lorsque la parole est difficile et ouvrent parfois un travail de valorisation de l'image de soi par des activités diverses. Ce traitement peut inclure de la psychothérapie de groupe ainsi que d'autres types comme les réunions de soutien.

## **Les thérapies familiales**

Le but est de démêler la relation entre la consommation de substance et les troubles conjugaux au sein de la famille.

### **3.3.2.4 Le rôle des mouvements d'entraides**

Nombreux en France, d'origine et de taille variée, leur objectif principal est d'aider les buveurs dépendants à devenir et rester abstinents, et leurs familles à comprendre le problème. Ils sont des alliés naturels et souvent indispensables pour les soignants et pour le malade dans l'accompagnement tout au long de sa maladie. Ils permettent au patient de rompre l'isolement, de partager son expérience, d'échanger des conseils... Leurs points forts sont leur accessibilité, l'importance de l'appui social, et leur gratuité.

Ces associations sont très nombreuses et de philosophies diverses, offrant ainsi un large choix suivant les inclinaisons de chacun : les Alcooliques Anonymes, Vie Libre, Fédération Nationale des Amis de la Santé, Alcool Assistance...

### **3.3.2.5 La prise en charge sociale**

Celle-ci est souvent effectuée par les travailleurs sociaux et parfois conjointement avec le médecin généraliste car les patients alcoolo-dépendants se trouvent souvent désinsérés socialement voire marginalisés.

Les problèmes rencontrés sont :

- Les défauts de couverture sociale
- Les difficultés de logement
- Les dettes
- Les ressources
- Les difficultés professionnelles

Il n'est pas nécessaire de rappeler le lien entre conduite sous l'emprise de l'alcool et accidents de la circulation. En effet bien souvent ces patients sont



concernés et n'ont donc plus de permis, ce qui entrave un peu plus leur recherche de travail, les démarches administratives...

A noter qu'il existe une prise en charge ALD pour troubles addictifs graves.

### 3.4 Echec et rechute, est-ce une fatalité ?

On considère en général que la rechute fait partie de l'évolution normale du traitement et que plusieurs traitements, parfois sur des années, seront nécessaires pour obtenir une rémission complète. Le soutien de la part des proches est important pour contribuer à aider la personne alcoolo-dépendante à s'en sortir.

#### 3.4.1 Conduite à tenir en cas de ré-alcoolisation

Il ne faut pas désespérer face à une reprise de consommation, qui peut être ponctuelle et ne signifie pas nécessairement une rechute, elle devra toutefois faire l'objet d'une consultation, si possible très rapidement. Une reprise d'alcool, si angoissante soit-elle, n'est pas un drame en soi, elle traduit la difficulté que constitue le fait de se soigner d'une dépendance, et le temps que cela peut prendre. Il faut donc essayer de nuancer le problème voire de le minimiser, car le patient ressent alors souvent de profonds sentiments de culpabilité et de honte. La rechute lui apparaît alors inéluctable après la reprise de l'alcoolisation.

Il faut aborder le sujet des éventuelles ré-alcoolisations pour inviter le patient et les personnes qui l'accompagnent à en découvrir les origines et les motifs. Elles doivent également constituer une occasion d'évoquer les difficultés pour maintenir l'abstinence.

Lorsqu'il y a reprise de la consommation, les personnes directement touchées risquent de se replier honteusement sur elles-mêmes et de ne pas oser demander de l'aide, la rechute étant considérée comme une défaillance. Il arrive aussi que la personne touchée augmente encore sa consommation pour se soulager des sentiments négatifs qui l'habitent.

#### 3.4.2 Epuisement de l'entourage

La personne qui est tombée dans la dépendance a souvent « fait le vide » autour d'elle, se renfermant petit à petit dans l'alcool. L'entourage, dans l'incapacité d'apporter une aide, éprouve alors un sentiment de souffrance et d'impuissance. A ce moment, l'aide de professionnels, tels que les services spécialisés dans les problèmes d'alcool ou le médecin généraliste, peut être très bénéfique. Le rôle des groupes d'entraide prend également tout son sens.

Lors de la consultation, il faudra répondre aux inquiétudes de l'entourage, et donner des informations sur la maladie alcoolique, les alternatives thérapeutiques sans banaliser ni dramatiser, et la manière de se comporter. Si la souffrance de l'entourage est forte, un suivi psychologique doit lui être proposé.

### 3.4.3 Découragement des soignants

La fréquence élevée de ce retour vers un comportement pathologique après sevrage confère à cette maladie une évolution quasi cyclique et décourage aussi souvent les patients que les soignants censés les aider.

En effet, il peut exister un réel épuisement des intervenants face à des patients en grande difficulté avec l'alcool, présentant une dépendance sévère et/ou ancienne, des rechutes itératives, des échecs, l'absence d'évolution de la pathologie dans le temps...

# DEUXIEME PARTIE

## 1. METHODE

### 1.1 Questions de recherche

Quelle est la place des réseaux dans la prise en charge des patients alcoolo-dépendant en médecine générale ?

Pour répondre à cette question, nous avons souhaité réaliser une enquête de pratique en partenariat avec le réseau d'alcoologie d'Ussel, pour connaître la pratique des médecins généralistes de Haute Corrèze concernant la maladie alcoolique et les expériences vécues avec le réseau.

D'après les différents acteurs du réseau, celui-ci est largement sous utilisé alors qu'il devrait apporter un soutien pour les médecins généralistes. Ceci semble donc paradoxal car la prise en charge de la maladie alcoolique est longue et pluridisciplinaire.

L'objet de ce travail est d'étudier également si les médecins rencontrent des difficultés avec ces patients et leur implication dans la maladie alcoolique.

Le réseau d'alcoologie a-t-il été utile aux médecins généralistes en leur apportant une aide ?

Quelles sont les éléments frénateurs empêchant leur implication dans celui-ci ?

Le fait d'être membre d'un réseau modifie-t-elle la prise en charge de la maladie alcoolique ?

### 1.2 Méthode statistique

L'exploitation des résultats a été réalisée sur tableur Excel® 2007 et analysée grâce à ce même logiciel.

### 1.3 Cibles

Les cibles de l'étude sont les médecins généralistes installés en secteur libéral en Haute Corrèze, élargis à deux départements environnants, car proches géographiquement du réseau d'alcoologie d'Ussel. L'échantillon comprend donc 37 médecins en Haute Corrèze, 1 en Creuse, et 3 dans le Puy de Dôme.

La liste et les adresses des médecins ont été fournis par le Docteur Ballay, médecin coordonnateur du réseau, qui a contacté et rencontré personnellement chacun d'eux lors de la création du réseau en 2005.

## 1.4 Le questionnaire

Nous avons élaboré un questionnaire en fonction de la revue de littérature réalisée précédemment. (annexe 6)

Le questionnaire est réalisé sur une feuille de papier simple recto verso afin de limiter les questions et de favoriser le nombre de réponses.

Il comporte 20 questions fermées avec parfois des choix multiples, et une sous question ouverte.

Il est composé d'une première partie concernant le médecin, la démographie et l'organisation, et s'interroge sur ses habitudes de prise en charge des patients alcoolo-dépendant.

La seconde partie s'attache à étudier son expérience et ses rapports avec le réseau d'alcoologie d'Ussel. Il cherche à identifier également les facteurs pouvant les impliquer davantage dans le réseau.

## 1.5 Le réseau d'alcoologie d'Ussel

### 1.5.1 Présentation du réseau

Le réseau d'alcoologie d'Ussel a été créé en 2005. Il est situé à Ussel dans une maison particulière qui comprend 5 bureaux, une salle de réunion et une bibliothèque.

Le site Web est hébergé sur le portail Santé limousin. Il est mis à jour régulièrement et a vu ses fréquentations augmenter en 2011.

La cellule de coordination est constituée de :

- un médecin coordonnateur
- une psychologue
- deux infirmières
- une secrétaire
- un travailleur social, une sophrologue et une socio-esthéticienne.

Elle travaille en partenariat avec les médecins, l'hôpital, les associations néphalistes, l'A.N.P.A.A. 19...

A la fin de l'année 2011, le réseau prenait en charge 80 personnes, dont 11 patients hors secteur (n'habitant pas sur l'arrondissement d'Ussel). 15 patients

abstinents sont encore suivis à leur demande (durée de l'abstinence variant entre 6 mois et plus de 3 ans).

### 1.5.2 Fonctionnement du réseau

Il comporte un secrétariat qui permet de répondre aux appels des médecins, des patients et des familles. Il gère les emplois du temps du personnel médicosocial en fonction de l'urgence de la situation. Les patients rencontrent le médecin coordonateur et lors d'un deuxième rendez-vous, à quelques jours d'intervalle, l'infirmière et la psychologue. Cette démarche, comprenant deux rendez-vous, permet d'évaluer dans un premier temps la motivation du patient. Dans un second temps, une concertation au sein de la cellule de coordination est organisée pour lui offrir une proposition de suivi, en fonction de ses attentes.

Par la suite, des entretiens sont effectués par les infirmières et la psychologue dans les locaux du réseau ou en dehors : domicile, hôpital...Des réunions de concertations sont effectuées de façon régulière autour des dossiers patients.

Les adhésions en 2011 sont diverses et majoritairement représentées par les associations. Celles des médecins généralistes restent difficile à obtenir et représente 20% des adhésions.

Les origines des demandes sont très variées : hôpital, médecins, associations, RAVS (Réseau d'Accompagnement à la Vie Sociale), le patient lui-même, entourage...

Malgré leur manque d'adhésion, on observe néanmoins une meilleure implication des médecins généralistes qui adressent le plus de patients (17% des demandes), suivi des assistantes sociales (15%) et de l'hôpital (10,6%).

On remarque également que depuis sa création, les origines des demandes n'ont cessé de se diversifier, probablement le fruit du travail d'information et de présentation du réseau.

Le suivi du patient nécessite une action coordonnée. Pour cela des rencontres entre les partenaires et la cellule de coordination sont organisées régulièrement pour faire le point et en fonction des besoins du patient.

Enfin des formations sont proposées régulièrement aux adhérents, aux médecins et au personnel de la cellule de coordination, afin de mettre à jour les connaissances.

## 1.6 Dérroulement de l'étude

Les questionnaires ont été envoyés aux médecins au début du mois d'avril 2012. Ils ont été expédiés par courrier postal aux différents médecins accompagnés d'une lettre d'introduction (annexe lettre) expliquant le but de l'étude.

Une enveloppe timbrée pour le retour était également fournie.

Nous avons reçu les premières réponses au bout de 3 jours et nous avons décidé d'effectuer une relance téléphonique au bout d'un mois, auprès des médecins manquants.

Nous avons reçu au total 29 réponses sur les 41 questionnaires envoyés.

## 2. RESULTATS

41 questionnaires ont été envoyés, 37 en Haute Corrèze, 3 dans le Puy de Dôme et 1 en Creuse. A l'arrêt de l'étude le 14 mai nous avons reçu 29 réponses, dont une vierge, le médecin ayant cessé son activité libérale, ce qui représente un taux de réponse de 70,7%.

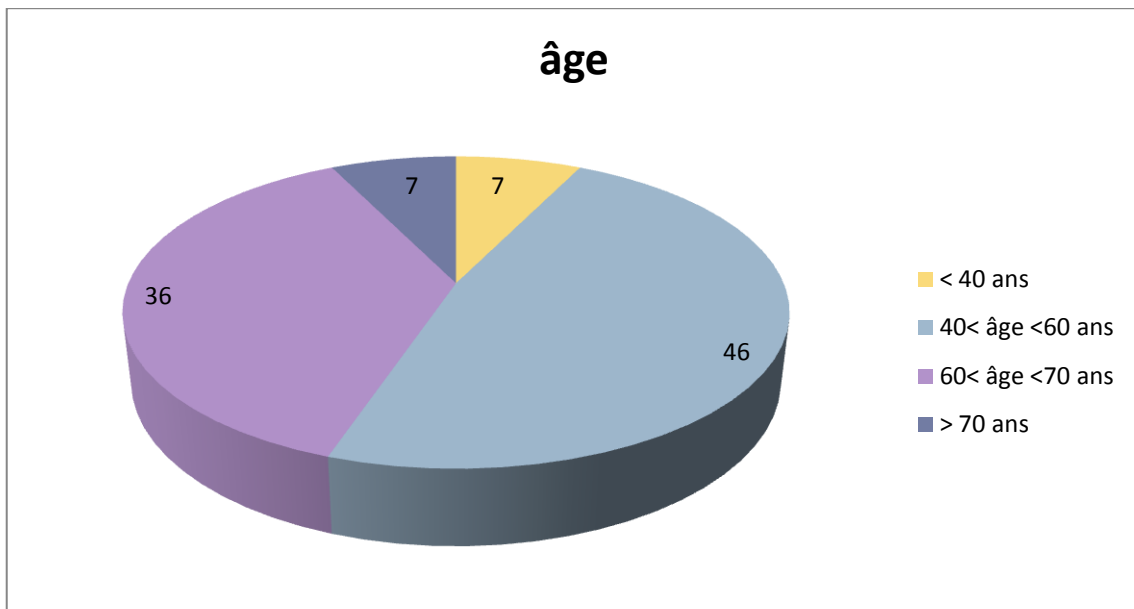
Lors de la relance téléphonique début mai, un médecin m'a informée qu'il n'avait aucun problème avec les patients alcoolo-dépendant et par conséquent n'avait besoin de personne ; et un second m'a affirmée qu'il ne s'en occupait pas, ne trouvant pas la maladie et ces patients intéressants.

Au final 28 questionnaires ont été exploités.

### 2.1 Première partie concernant le médecin

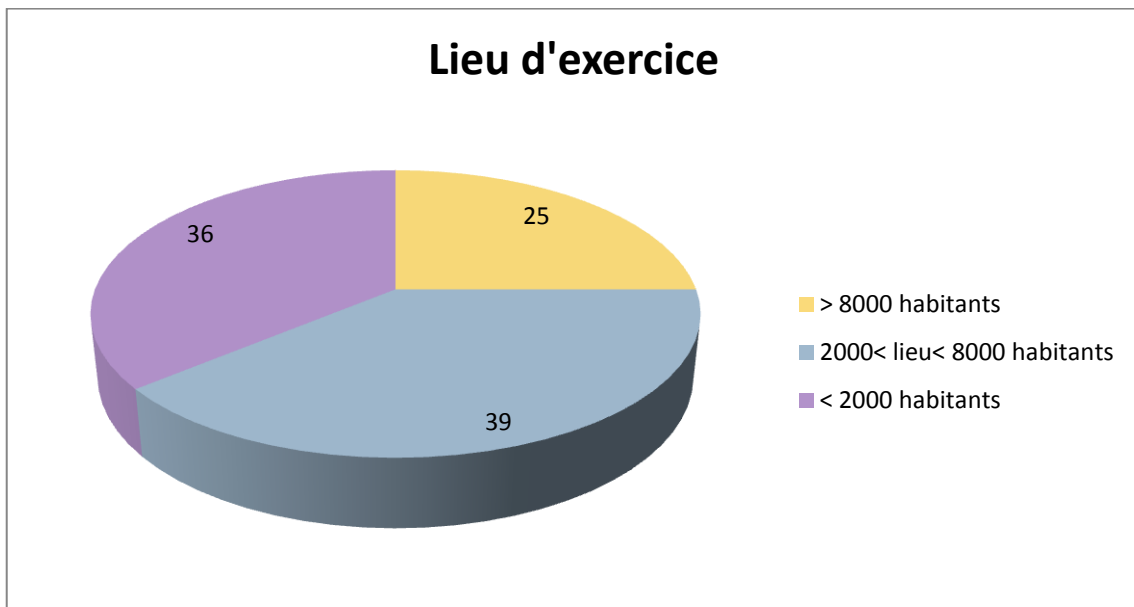
Concernant le sexe, sur les 28 médecins répondants, 18% sont des femmes et 82% sont des hommes. La part représentée par les femmes est donc inférieure à celle représentée en Corrèze, à savoir 26%. [38]

Les résultats examinant l'âge et le lieu d'exercice sont repris dans les diagrammes ci-dessous :



*Figure 3 : Age des médecins*

La moyenne d'âge est majoritairement située entre 40 et 60 ans ce qui correspond à la moyenne d'âge des médecins en Corrèze qui est de 52 ans.



*Figure 4 : Lieu d'exercice*

Le plus grand nombre de médecin exerce donc dans un milieu que l'on peut qualifier de semi-rural entre 2000 et 8000 habitants, avec 39%.

La proportion de médecin exerçant seul est majoritaire et au nombre de 61% contre 39% en groupe.

## 2.2 Deuxième partie sur la pratique des médecins dans la prise en charge du patient alcoololo-dépendant

Le but de cette partie du questionnaire est de mettre en évidence les habitudes des médecins et leur implication dans le dépistage et le suivi de la maladie alcoolique.

### 2.2.1 En ce qui concerne l'alcool, pratiquez-vous des actes de prévention, de dépistage, des interventions brèves ?

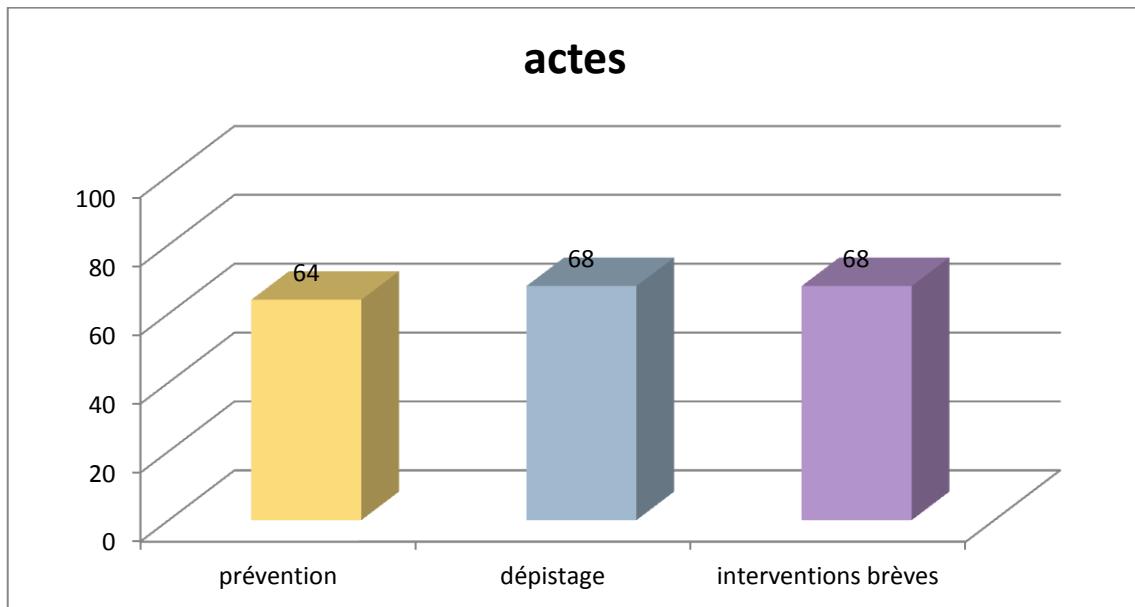


Figure 5 : Pourcentage des actes réalisés par les médecins

Environ deux tiers des médecins effectuent des actes de prévention, de dépistage et des interventions brèves au cabinet.

### 2.2.2 Abord du sujet alcool

A la question « abordez-vous le sujet alcool avec vos patients ? », 100% des médecins ont répondu positivement.



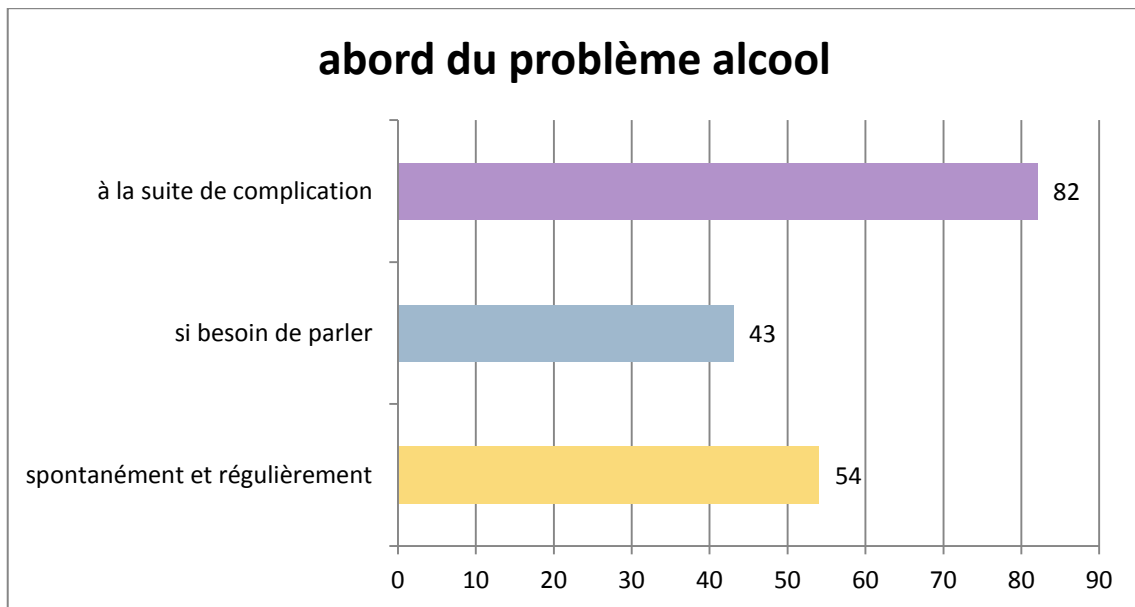


Figure 6 : Abord du problème alcool

Un peu plus de la moitié des médecins (54%) abordent la question de l'alcool avec leurs patients de façon spontanée. Ils sont en revanche beaucoup plus nombreux à évoquer le problème à la suite de complications soit 82%.

### 2.2.3 Orientation du patient

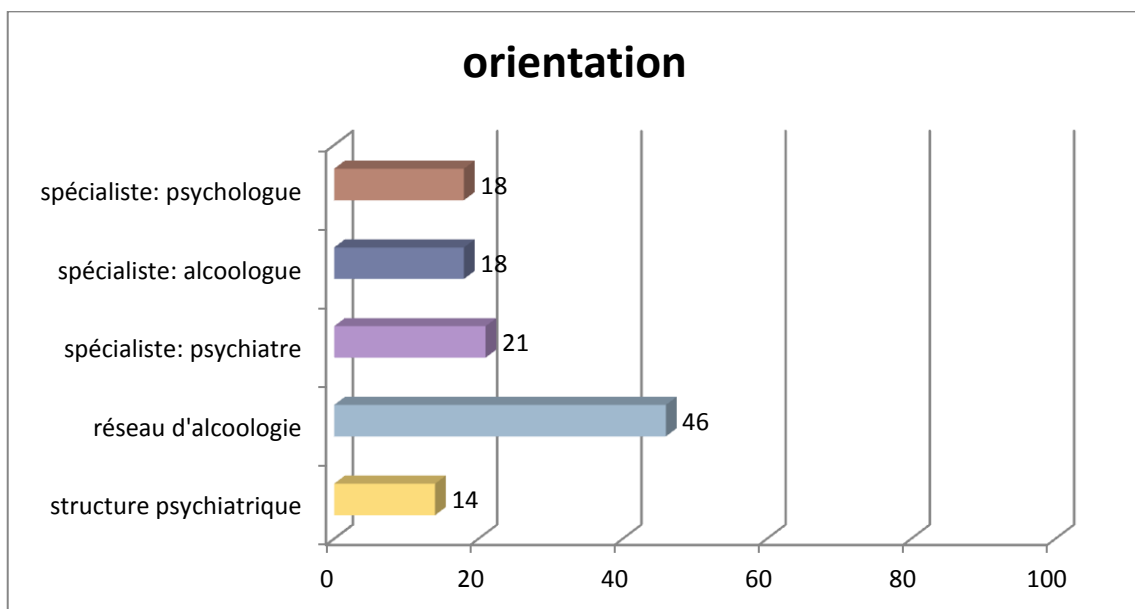


Figure 7 : Orientation du patient

Le but de cette question était de voir quelle était la préférence des médecins généralistes en matière d'orientation s'ils ne se sentaient pas à l'aise avec le sujet. La majorité des médecins les oriente vers un réseau d'alcoologie à 46%. Les praticiens dirigent ensuite leurs patients vers un spécialiste sans différence ou vers une structure psychiatrique (14%).

## 2.2.4 Les difficultés rencontrées

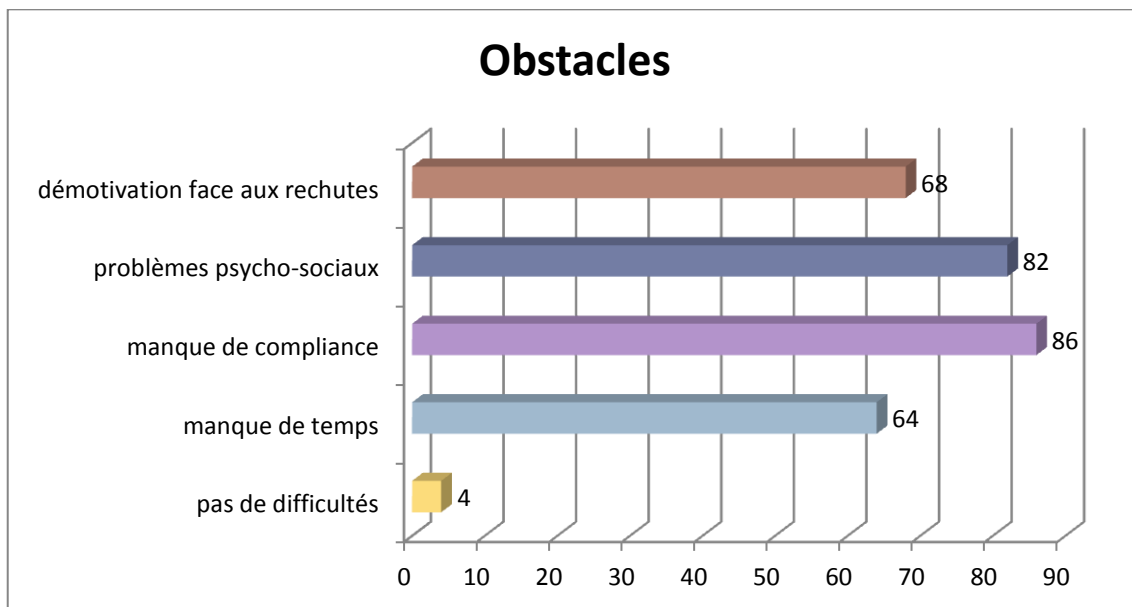


Figure 8 : Difficultés rencontrées par les médecins

Les médecins rencontrent presque tous des difficultés à 96%. Elles sont dominées largement par le manque de compliance (86%) et les problèmes psycho-sociaux (82%) souvent fréquents chez les malades alcooliques.

La proportion de médecins démotivés dans ce suivi reste élevée à 68%. Le manque de temps est aussi un facteur important car cité par 64% des praticiens.

## 2.2.5 Suivi du patient

71% des médecins répondants déclarent avoir le sentiment d'être isolés et d'éprouver un manque de moyens face à un patient alcoolo-dépendant.

Concernant le suivi, 89% des praticiens prennent en charge des malades devenus abstinents.

Ils ont tendance à les suivre conjointement avec un spécialiste dans 71% des cas et sont un peu moins de la moitié à réaliser ce suivi seul (46%).

Le même médecin selon les différentes situations peut choisir l'un ou l'autre mode de suivi.

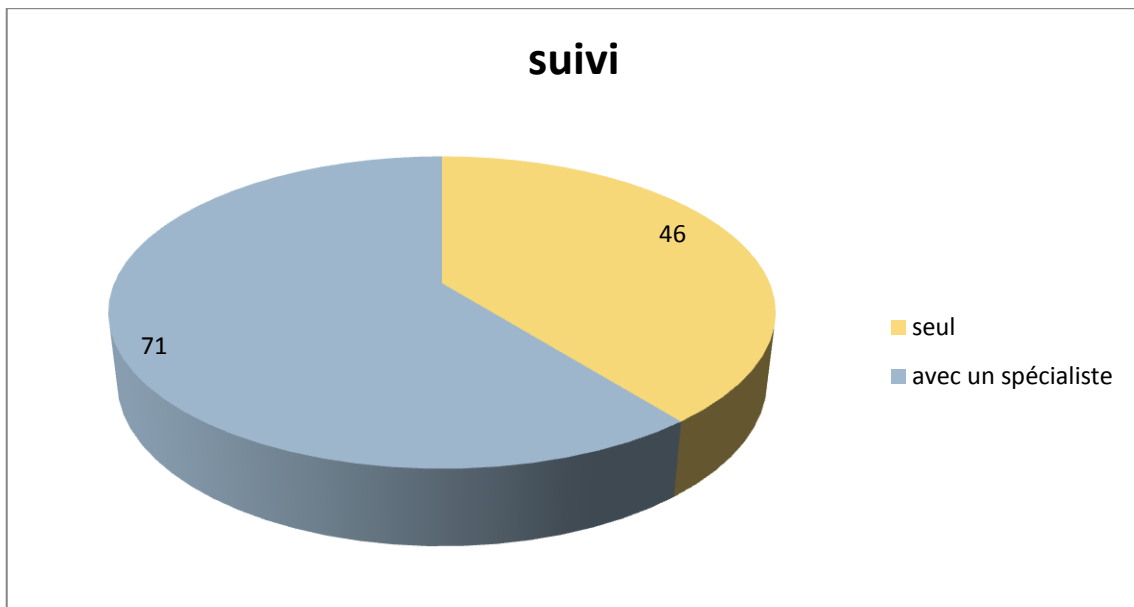


Figure 9 : Suivi de patients abstinentes

## 2.3 Le réseau d'alcoologie

32% des médecins répondants déclarent être membre d'un réseau d'alcoologie et un peu moins de la moitié (46%) ont déjà assisté à une formation en alcoologie.

Une grande majorité de ceux-ci ont déjà fait appel au réseau d'alcoologie de Haute Corrèze avec 22 médecins sur 28 ce qui représente 79%.

### 2.3.1 Si vous avez déjà fait appel au réseau

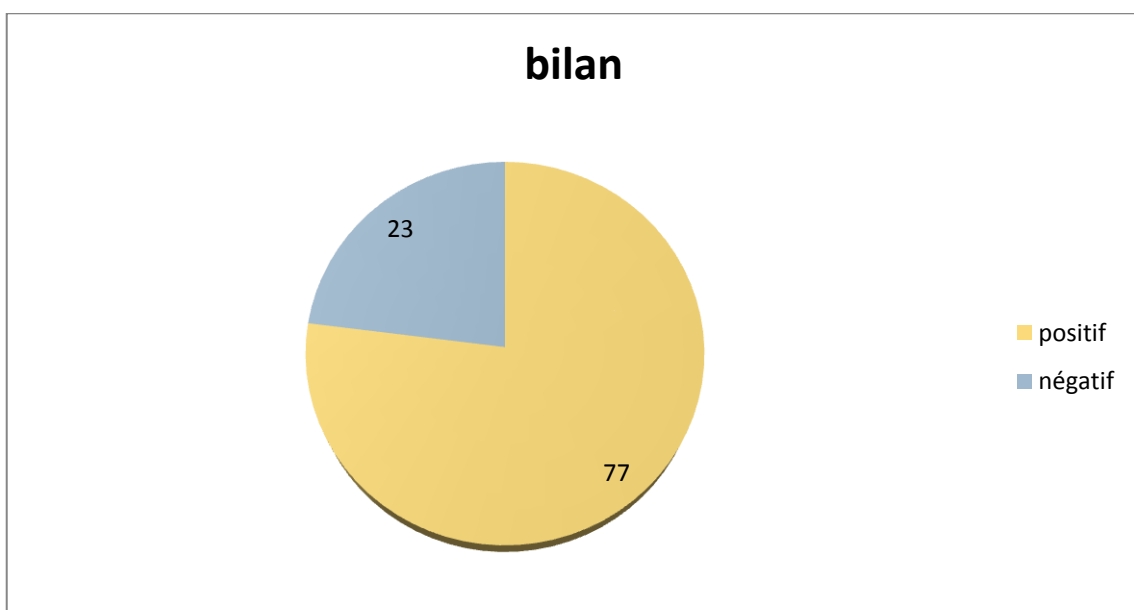
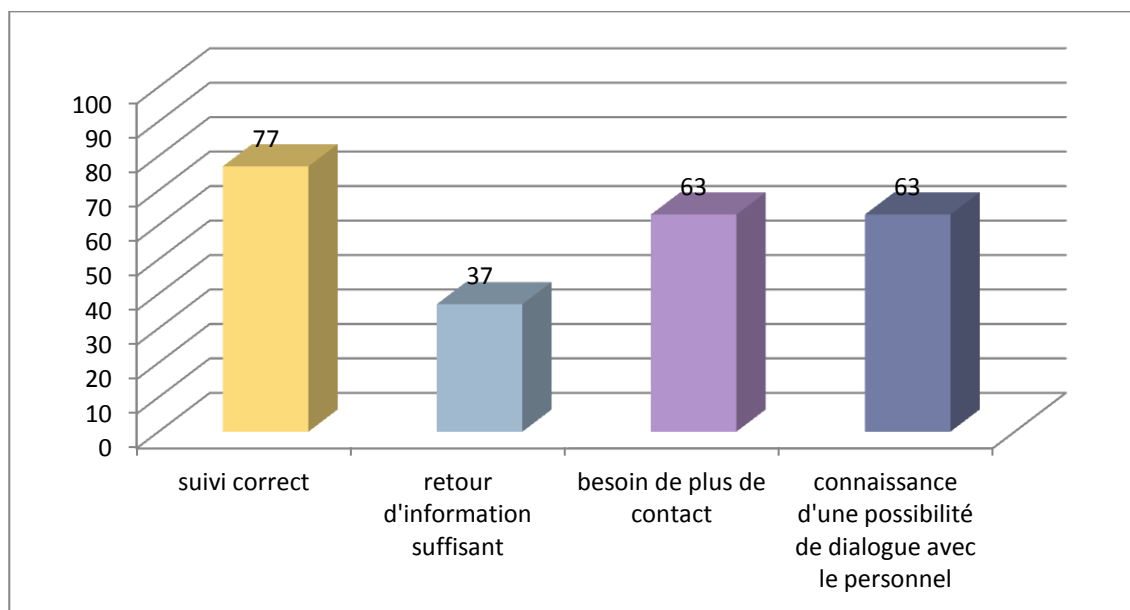


Figure 10 : Bilan des médecins concernant le réseau

Sur les 79% ayant eu une expérience du réseau d'alcoologie, 61% ont ressenti une aide en matière de suivi, formation... ; et 18% ont vécu une expérience

plutôt négative. Ce qui représente environ 77% de médecins satisfaits contre 23% de mécontents.

### 2.3.2 Résultats de l'expérience avec le réseau



*Figure 11 : Ressenti des médecins*

Sur les 22 médecins ayant fait appel au réseau dans leur pratique, nous pouvons noter que 77% jugent le suivi des patients correct, mais en contre partie seulement 37% estiment que le retour d'information est suffisant. Naturellement alors 63% des médecins expriment le fait de ne pas avoir assez de contact avec le personnel du réseau tout en sachant qu'il peut dialoguer avec celui-ci si besoin.

### 2.3.3 Les médecins n'ont jamais fait appel au réseau

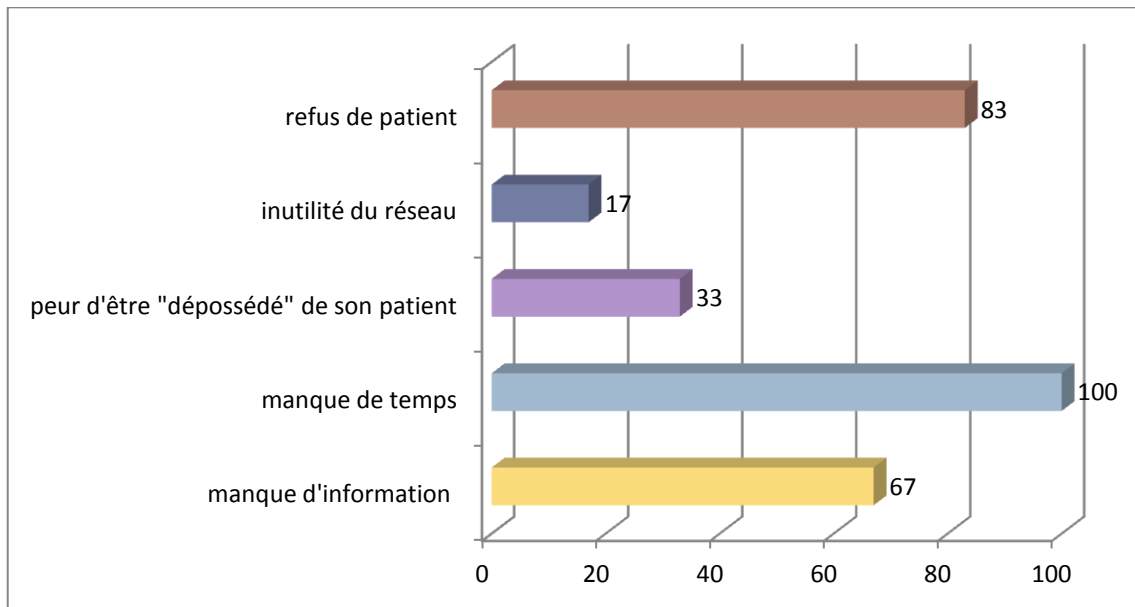


Figure 12 : Raison de la non utilisation du réseau

Les médecins n'ayant jamais utilisé le réseau sont peu nombreux au nombre de 6, ce qui représente 21% du total. Sur ces 6 réponses, 100% des praticiens estiment qu'ils manquent de temps pour les rencontres avec les intervenants, et 67% jugent l'information et les missions insuffisamment claires.

Les médecins ont peur d'être dépossédés de leurs patients dans 33% des cas, et seulement 17% pensent que le réseau est inutile c'est-à-dire 1 sur 6.

Enfin dans 83% des cas, il existe un refus des patients d'être suivi par le réseau.

### 2.3.4 Intérêt pour une FMC en alcoologie

17 médecins sur 28 déclarent être intéressés par une formation dans ce domaine, ce qui représente 61%.

### 2.3.5 Trop de sollicitation par des réseaux différents

Les médecins pensant être approchés par trop de réseaux sont nombreux et représentent quasiment 2/3 de la population totale interrogée soit 64%.

### 2.3.6 Éléments pouvant motiver la participation à un réseau

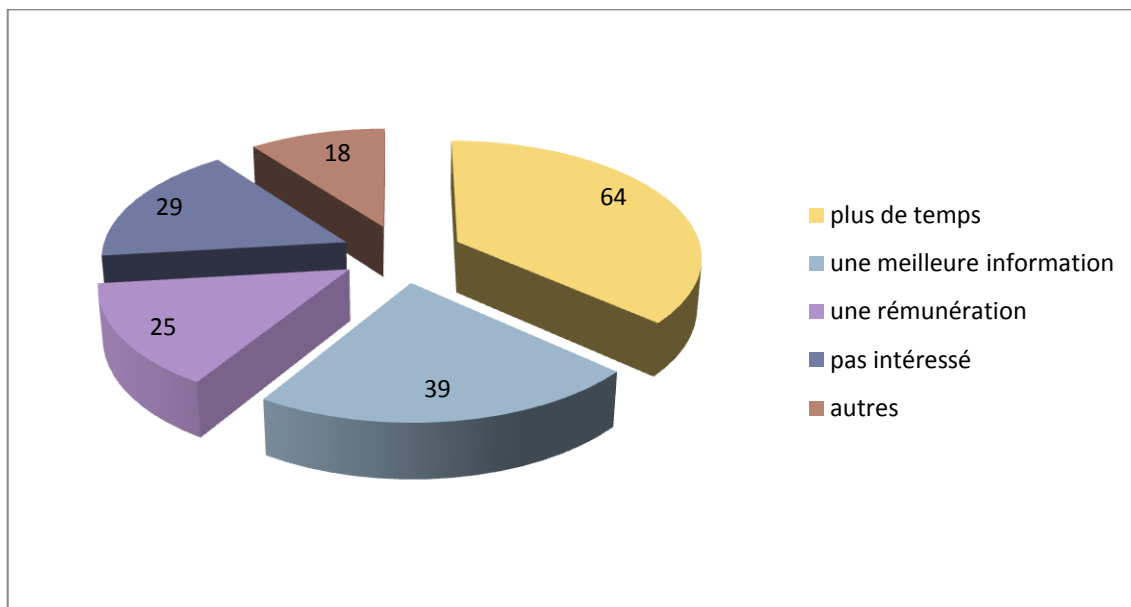


Figure 13 : Facteurs pouvant motiver les médecins à participer au réseau

La plus grande part des médecins généralistes aurait besoin de plus de temps pour s'investir (64%). Ils sont 39% à souhaiter une meilleure information pour y réfléchir. Enfin un quart de ceux-ci serait motivé par une rémunération.

A noter que 29% d'entre eux y sont indifférents.

La dernière question évoquée par « autres » est ouverte et représente 18%. Il s'agit donc de 5 médecins. Quatre praticiens sondés citent l'éloignement géographique comme un frein à leur participation, autant pour les patients que pour eux. L'un d'entre eux insiste sur la « désertification médicale dans les campagnes qui engendre une masse de travail médicale et administrative » difficilement compatible avec d'autres projets.

Un autre médecin exprime le besoin d'une organisation plus pragmatique avec moins de structures en compétition.

Enfin une personne juge nécessaire une meilleure coopération avec les médecins généralistes.

## 3. DISCUSSION

### 3.1 Analyse générale

Ce travail permet de faire un point sur le rapport des médecins généralistes libéraux avec le réseau d'alcoologie de Haute Corrèze et l'utilisation qu'ils font de celui-ci. Il permet de faire le bilan à la fois sur les points forts et les aspects

négatifs de cet organisme en vue d'améliorer sa pratique. Il sert également à évaluer la place du réseau dans la prise en charge des patients alcoolo-dépendants par les généralistes.

Pour cela, cette étude a cherché à connaître les habitudes des médecins de Haute Corrèze sur la maladie alcoolique allant de la prévention jusqu'à l'accompagnement des patients.

Le taux de réponse à l'étude envoyée à 41 médecins généralistes, est de 70,7% dont 68,3% des réponses exploitables, ce qui permet peut être de refléter assez bien la pratique des médecins en haute Corrèze.

Ce taux satisfaisant de réponses peut se comprendre par :

- L'aspect clair et court du questionnaire, ne comportant que des questions fermées sauf une.

- La fréquence de la maladie alcoolique et la complexité de sa prise en charge, devant laquelle la plupart médecins généralistes ont déjà éprouvé des difficultés au cours de leur pratique libérale.

## 3.2 Biais de l'étude

Il existe quelques biais pouvant influencer sur les conclusions de ce travail :

- L'échantillon étudié : en effet, celui a porté sur les médecins généralistes rencontrés par le médecin coordonnateur du réseau, c'est-à-dire presque tous les médecins de la haute Corrèze et 4 exerçants dans des départements limitrophes et proches géographiquement. La population ciblée aurait pu être sélectionnée en fonction de critères géographiques précis comme par exemple tous les médecins de la haute Corrèze uniquement. Ce choix a peut-être influé sur le nombre de médecins ayant répondu de façon positive quant à l'utilisation du réseau.

- La troisième question portant sur le lieu d'exercice, nous avons défini approximativement trois zones d'activité rurale, semi-rurale et urbaine, à l'échelle de la Haute Corrèze. les chiffres ont donc été choisis de manière arbitraire pour délimiter ces secteurs. Au final, ce biais n'influence que peu ce travail, car le critère géographique n'est pas intervenu dans la discussion.

- Concernant les questions 6, 7 et 8 « si non, j'ai plutôt tendance à orienter le patient » n'étaient pas formulées de façon très claire : le but de la question était de voir si les médecins abordent le sujet de l'alcool et ont tendance à s'impliquer avec les patients, ou si au contraire ils ont l'habitude de « passer le relais ». Mais ils ont répondu aux deux questions oui et non, se basant certainement sur leur expérience dans le temps. A noter également que 100% des médecins déclarent aborder le sujet avec leur patient, la prise en charge doit donc être une évidence pour beaucoup d'entre eux.

- La question 12 : « êtes-vous membre d'un réseau d'alcoologie ? » ne précise pas celui d'Ussel. Les médecins intéressés font peut être partie d'un autre réseau.

- Enfin même si le taux de réponse est satisfaisant, le nombre de médecins de l'échantillon reste assez faible du fait du choix de la haute Corrèze, dont la population médicale est elle-même peu importante.

### 3.3 Les points forts de l'étude

Le taux de réponse est satisfaisant à 68,3%, et permet de dégager ainsi des discussions sur le mode de fonctionnement du réseau, et des observations sur les réseaux en général.

L'enquête est composée pratiquement que par des questions « fermées », sauf la dernière, ce qui devait faciliter la compréhension des réponses aux questions précédentes.

De plus, le questionnaire est relativement court, et a pu favoriser les retours.

### 3.4 Discussion des résultats

#### 3.4.1 Concernant le médecin

Seulement 18% des médecins répondants sont des femmes. La part représentée par celles-ci est donc inférieure à celle représentée en Corrèze, à savoir 26%. Au niveau national, elle est encore plus élevée à 33,7% de femmes en médecine libérale en 2011. [39]

La majorité des médecins ont entre 40 et 60 ans ce qui correspond à la moyenne d'âge des médecins en Corrèze qui se situe vers 52 ans.

Sur le plan géographique, nous pouvons remarquer que le plus grand nombre de médecin est installé en secteur dit semi-rural (entre 2000 et 8000 habitants), suivi de près par le secteur rural (moins de 2000 habitants). A l'inverse au niveau national, l'établissement des généralistes se fait majoritairement en zone urbaine.

Enfin la proportion de médecin exerçant seul est un peu supérieure à celle regroupée en cabinet, ce qui est conforme aux données nationales.

#### 3.4.2 Analyse de la pratique des médecins dans la maladie alcoolique

Pour parler de la place des réseaux dans cette prise en charge, nous voulions dans un premier temps dégager les tendances des médecins, leur implication et leur ressenti face à cette maladie.



Tout d'abord, un point important constitue l'abord du sujet « alcool », car tous les médecins déclarent en parler avec leur patient. Le plus souvent ceci se fait à la suite de complications, mais un peu plus de la moitié estiment dialoguer spontanément avec leur patient. Au niveau national seulement 23% des praticiens aborderaient la question avec chaque patient, et la plupart lorsqu'ils jugent leur patient à risque. [40]

Les pourcentages d'actes de prévention, de dépistage et d'interventions brèves sont également importants.

Pour la prévention, cela concerne 64% des praticiens, ce qui est assez satisfaisant. Or, 75% des médecins déclarent que la prévention, dans le domaine de l'alcool, fait partie de leur rôle. [40]

De même le pourcentage d'interventions brèves pratiquées s'élève à 68% ; Le rappel de l'intervention brève ayant été détaillé dans le questionnaire, ce résultat met en avant la bonne diffusion de cet outil de dépistage. Ce pourcentage élevé peut s'expliquer par l'augmentation de l'utilisation des questionnaires préétablis par les médecins généralistes depuis quelques années, dans les différents domaines de prévention. De plus les médecins sont plus souvent sensibilisés à l'éducation pour la santé ou à l'éducation thérapeutique de nos jours.

La diffusion des campagnes d'informations peut également expliquer que les patients sont mieux informés sur le risque alcool et donc plus réceptifs.

Ainsi la place de la prévention a évolué ces dernières années, en lien avec la promulgation de lois et de textes réglementaires, le développement de plans nationaux, ou encore avec la diversification des modalités d'exercice de la médecine de ville en réseaux, en maisons de santé...

Au niveau de l'orientation, la préférence des médecins se dirige vers un réseau d'alcoologie, que vers un intervenant seul. Le réseau peut en effet offrir plus facilement une prise en charge globale du patient du fait de ses divers intervenants. Il permet d'adapter les interventions en fonction du mode de vie des patients.

Les obstacles rencontrés lors du suivi du patient alcoolo-dépendant sont nombreux et quasiment la totalité des médecins (96%) éprouvent des difficultés diverses. Au premier plan, nous retrouvons le manque de compliance de ces patients et les problèmes psycho-sociaux qui en découlent. En effet pour toutes les raisons que nous avons vues, la maladie alcoolique est une addiction et le déni est souvent au premier plan. La honte est parfois forte, et le patient pense pouvoir gagner seul son combat contre l'alcool ; il apparaît

alors comme menteur, opposant et par conséquent difficile à prendre en charge.

De plus les troubles psychologiques fréquemment présents, primaires ou secondaires, entraînent des perturbations dans la vie quotidienne.

Le manque de temps est cité par 64% des répondeurs, la surcharge de travail en médecine générale pouvant être incompatible avec une prise en charge efficace dans cette maladie au suivi chronophage.

Paradoxalement, 68% des praticiens semblent être démotivés dans la longue prise en charge de cette maladie, alors qu'il ressort dans notre étude une bonne implication dès le départ, car la plupart des généralistes suivent des patients dépendants (89%). De plus, nous avons eu des résultats satisfaisants sur la prévention et sur l'abord du sujet alcool avec les patients.

Une enquête, réalisée auprès de 7000 médecins généralistes et ayant recueilli plus de 2300 réponses, étudie le sentiment des médecins généralistes vis à vis du problème « alcool » grâce à un questionnaire d'autoévaluation [41]. Il se dégage de cette étude une grande motivation des médecins généralistes à mieux prendre en charge les patients alcoolo dépendants. Ils sont nombreux à déclarer interroger souvent voire systématiquement leur patient sur leur consommation d'alcool. Cependant, les sentiments sont mitigés sur l'efficacité de leur intervention. Quant à la place du médecin généraliste dans la prise en charge, la majorité, soit 86%, veulent bien s'en occuper mais pas seuls. Par ailleurs, 93% des médecins interrogés souhaitaient une formation complémentaire, en particulier sur le suivi et l'accompagnement des patients, pourtant leurs connaissances étaient bonnes.

Les médecins généralistes interrogés considèrent à 71% être isolés face à cette maladie, ressentant un manque de moyens. C'est ainsi que le même pourcentage préfère un suivi conjointement avec un spécialiste, plutôt qu'un accompagnement seul. Ils sont également 61% à souhaiter une formation en alcoologie, pour être plus à l'aise avec la maladie.

On peut en conclure que, l'alcool représente un problème de santé important pour lequel le médecin généraliste, médecin de premier recours, est particulièrement bien placé pour prendre en charge les patients ayant des difficultés avec ce produit. Si les médecins apparaissent sensibilisés et prêts à faire des efforts pour prendre en charge les patients, ils se sentent souvent démunis et confrontés à un sentiment d'impuissance face à l'absence de résultats visibles.

### 3.4.3 Bilan du réseau

Sur l'échantillon interrogé, 32% des médecins sont membres d'un réseau d'alcoologie et 46% ont déjà participés à une FMC concernant celle-ci.

Les praticiens ayant déjà fait appel au réseau d'alcoologie d'Ussel sont nombreux et représentent 79% du total. Pour la plupart d'entre eux, le bilan du travail effectué avec le réseau a été positif. La part des insatisfaits est de 23%, donc un peu moins d'un quart.

Ces chiffres confirment les conclusions du réseau, sachant que même si les généralistes adhèrent peu à celui-ci, ils le connaissent et lui adressent de plus en plus de patients.

Concernant le suivi des patients, il est considéré comme correct à 77%. Ce suivi est réalisé par les médecins, infirmières et psychologue, au sein du réseau ou à domicile si besoin. Parfois même les rencontres se font à l'hôpital d'Ussel, ou dans les locaux des CMSD. Des rencontres entre partenaires (hôpital de jour en alcoologie, Vie libre, CCAA...) et la cellule de coordination sont organisées régulièrement afin de faire le point sur les patients communs.

L'étude permet cependant de mettre évidence un manque de retour d'informations, puisque seulement 37% des médecins en sont satisfaits. En effet 63% des généralistes estiment avoir besoin de plus de contact avec les membres du réseau. Ceci signifie que malgré un sentiment positif, la plupart des médecins aimerait pouvoir dialoguer plus souvent avec le réseau, pour rester informé et garder un lien avec le suivi du patient. Le réseau coordonne les différents acteurs entre eux mais n'y inclut peut-être pas assez les médecins généralistes, qui pourtant suivent leurs patients depuis des années. Peut être faudrait-il développer cet aspect...

Pour 23% des professionnels, l'expérience a été négative ; tout d'abord chronophage, souvent souligné, mais aussi un manque de coopération et une impression de concurrence avec le réseau.

### 3.4.4 Quels sont les éléments qui freinent la participation des médecins au réseau ?

Ceux-ci sont peu nombreux à n'avoir jamais utilisé le réseau et représentent 21% du total. Cependant comme nous l'avons vu plus haut, les médecins s'impliquent un peu plus chaque année, mais la proportion de patients adressés par leur généraliste reste assez faible, soit 17% en 2011.

Ils déclarent à 100% que le manque de temps est un facteur considérable dans ce détachement par rapport au réseau. Manque de temps pour le dialogue,

l'information, et surtout les rencontres avec les intervenants, qui résulte souvent de la surcharge de travail. Ce facteur joue un rôle important alors qu'au contraire, le réseau est sensé soulager le médecin et l'épauler dans cette prise en charge.

A noter également qu'un tiers des médecins a peur d'être dépossédé de son malade.

Là encore, le manque d'information est exprimé par 67% des médecins, ce qui signifie une mauvaise connaissance des compétences et des missions du réseau et de ses articulations par les praticiens. De plus il existe un refus du réseau par les patients dans 83% des cas, ce qui indique qu'il n'est pas non plus suffisamment connu au niveau des malades.

En effet, une des principales missions du réseau est la diffusion de l'information auprès de tous : usagers et non usagers, des généralistes, à l'hôpital... ; mais également à tous les niveaux, actions collectives ou individuelles pour la prévention primaire et l'éducation pour la santé, sensibilisation, formations, partage d'outils de repérage, de diagnostic et d'accompagnement...

Il faudrait donc développer le message auprès de la population pour pouvoir agir plus efficacement.

L'éloignement géographique a été cité plusieurs fois comme étant un frein aussi bien à la participation des médecins que des patients dans le réseau.

### 3.4.5 Existe-t-il une différence de pratique entre les médecins membres et les non membres ?

Ce graphique nous présente la distinction entre les habitudes des médecins membres et des non membres : en effet les généralistes adhérents au réseau pratiquent plus d'actes de prévention, de dépistage, et d'interventions brèves, que les médecins non adhérents.

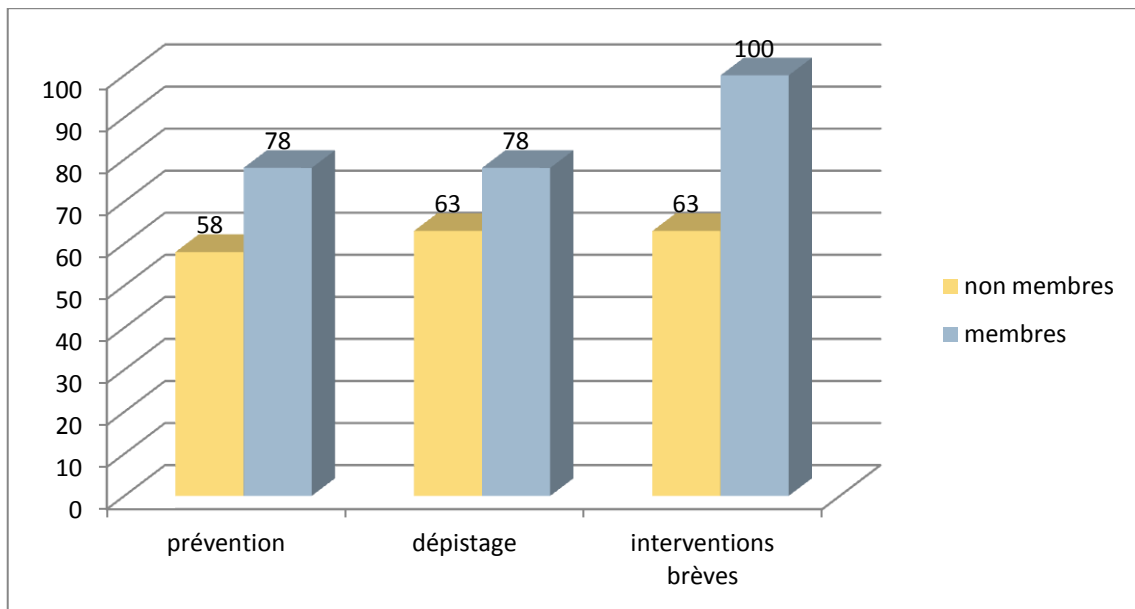


Figure 14 : Différence de pratique entre les médecins membres ou non d'un réseau d'alcoologie

Les médecins utilisateurs de questionnaires préétablis sont plus jeunes, car mieux sensibilisés, et appartiennent plus fréquemment à un réseau de santé. [30]

Effectivement, le réseau facilite l'acquisition de cultures et de formations communes, l'échange de pratiques et le partage d'outils, du repérage au traitement.

On constate aussi que les médecins membres abordent beaucoup plus souvent le sujet alcool de façon spontanée (78%), que les médecins non adhérents (54%).

### 3.4.6 Autres

Les professionnels interrogés pensent, pour les 2/3, être sollicités par trop de réseaux différents. En effet, ceux-ci sont « à la mode », et sur le terrain, il peut exister un flou et un manque de compréhension vis-à-vis des réseaux en raison de :

- la croissance rapide du nombre de réseaux en France, sans pour autant avoir de modèle efficace de référence.
- la diversité des thématiques
- l'inégalité en matière de couverture territoriale
- l'existence d'entités appelées « réseaux » mais qui sont informels

Enfin, pour conclure, les médecins auraient besoin, pour s'investir dans un réseau d'alcoologie, essentiellement de temps et de plus de renseignements, comme nous l'avons vu tout au long de l'enquête. Un quart serait motivé par

une rémunération. La partie « autres » met l'accent sur l'éloignement géographique, qui rend l'accès au réseau plus difficile pour les patients et les professionnels. En effet, il subsiste une forte disparité selon les régions, et une mauvaise répartition en fonction des besoins. La notion d'accessibilité de la prise en charge implique à la fois la possibilité physique pour la personne de se rendre sur le lieu de la consultation (accessibilité géographique) et cela quel que soit son statut social (personnes incarcérées, personnes sans domicile).

## 4. OBSERVATIONS ET PERSPECTIVES

### 4.1 Observations

Cette étude permet de montrer une bonne implication des médecins dans la pathologie alcoolique, même si ils expriment un manque de temps et d'outils pour se sentir utiles ou efficaces.

Cependant, la qualité de prise en charge est variable suivant les praticiens, par rapport aux difficultés rencontrées. Le médecin généraliste est souvent désarmé par cette maladie, ainsi que par l'investissement demandé. Ceci peut être expliqué par :

- le faible niveau de la formation initiale des praticiens, avec une difficulté pour parvenir aux formations continues.
- le manque de concertation entre les différents intervenants du soin et de l'accompagnement.
- Une couverture territoriale hétérogène des réseaux de santé.
- Un mode de rémunération des praticiens structuré autour du paiement à l'acte qui est peu incitatif à l'allongement de la consultation qui devient nécessaire lorsque le patient vient à parler de l'alcool, parfois au détriment de la plainte initiale.

L'expérience vécue avec le réseau est globalement positive avec une aide apportée aux médecins généralistes pour la majorité d'entre eux. Le réseau n'est donc pas une alternative mais bien plus une complémentarité dans le processus de soin.

Il faut donc développer et encourager le partenariat avec les généralistes. Il semble donc nécessaire pour les réseaux de poursuivre la communication auprès des libéraux, sur leurs services et leurs outils.

## 4.2 Perspectives

Ce travail ne fait que toucher du doigt l'importance de la prévention et du dépistage, qui semble plus spontanée chez les praticiens formés, mais il serait intéressant d'approfondir le sujet.

L'intervention des médecins généralistes doit être valorisée et améliorée surtout au niveau du repérage précoce des usages à risque et des usages nocifs, qui permettrait une orientation précoce des patients dépendants vers le dispositif spécialisé et la coordination.

La formation initiale en alcoologie et addictologie en générale reste peu développée dans les universités de nos jours.

Il semble nécessaire de :

- Développer l'intégration de ces enseignements dans les cursus concernés et au sein des formations initiales, conformément aux priorités du plan MILDT 2008-2011 : soit « Intégrer un module d'initiation aux pratiques addictologiques : prévention, dépistage, démarche thérapeutique en addictologie, réduction des risques, dans le deuxième cycle des études de médecine, pharmacie, psychologie et dans la dernière année du cursus de formation des infirmières, sages-femmes et travailleurs sociaux »

- L'effort engagé depuis quelques années en matière de formation continue doit donc être poursuivi et même accentué

- Développer l'acquisition de nouveaux outils de prise en charge spécialisés par les professionnels (ASI, Entretiens motivationnels, interventions brèves...)

Il est nécessaire de développer le repérage précoce des usages nocifs de l'alcool, et d'autres substances psychoactives, dans une perspective d'intervention précoce.

Cette étude a mis évidence plusieurs éléments du réseau qui pourraient être améliorés.

L'information auprès des généralistes pourrait être renforcée par l'augmentation des entretiens téléphoniques, mais aussi par internet pour les médecins informatisés, dans le but d'améliorer la coopération avec les professionnels.

Les rencontres avec les médecins pourraient être reprises pour faire le point sur leurs attentes par rapport au réseau.

L'investissement dans un réseau, qui plus est dans la pathologie alcoolique, demande du temps, là où les médecins généralistes en manquent énormément.

Enfin la question se pose également de mener une réflexion sur la reconnaissance financière de cette prise en charge qui demande un investissement en temps important. L'uniformité du prix de la consultation, quel que soit le temps passé, n'incite pas les médecins à aborder un problème, tel que l'alcool, qui une fois évoqué, nécessite du temps. Ce manque de temps freine également le travail en coopération. [42]



# CONCLUSION

Les intervenants sont très nombreux dans la prise en charge de la maladie alcoolique. Le médecin généraliste est souvent le premier interlocuteur chez les usagers dépendants (qui peut être l'alcool ou une autre substance).

Le médecin généraliste dans sa pratique quotidienne doit donc mobiliser un grand nombre de professionnels, mettant ainsi en place un réseau informel au service du patient.

L'émergence des réseaux de santé représente donc un outil prometteur pour améliorer la qualité globale des soins. Leur complexité et leur caractère pluridisciplinaire semblent adaptés pour répondre aux problèmes médicaux et psychosociaux souvent nombreux liés à la maladie alcoolique, et permettre d'alléger la charge des médecins parfois isolés.

L'objectif est d'obtenir une meilleure articulation entre les différents intervenants pour parvenir à une logique de prise en charge.

Cette étude a permis de montrer que les médecins généralistes de Haute Corrèze paraissent donc motivés et n'ont pas de difficulté à aborder le thème de l'alcool avec leur patient, de manière spontanée pour la moitié d'entre eux, mais le plus souvent à la suite de complications.

L'appartenance à un réseau augmente le nombre de dépistage et d'intervention brève par rapport aux autres médecins qui ont malgré tout un taux d'actes de prévention, de dépistage et d'intervention brève satisfaisant.

Les principaux obstacles rencontrés dans la prise en charge des patients alcoolo-dépendants sont le manque de compliance des patients et les problèmes psychosociaux associés.

Les médecins sont globalement satisfaits du réseau et déclarent y avoir trouvé une aide dans la prise en charge.

Le point faible du réseau reste l'information avec un manque de renseignement et de communication sur le suivi du patient.

Enfin le manque de temps reste un facteur capital dans l'implication des praticiens dans le réseau d'alcoologie, ainsi que pour les formations, bien qu'une bonne moitié d'entre eux soient intéressés par l'acquisition de compétences dans ce domaine. Le réseau doit se concerter avec ses partenaires médecins pour trouver une solution à ce problème : horaires

adaptés, type de formation, utilisation de nouvelles techniques de communication.

Les médecins semblent donc être intéressés et prêts à s'impliquer dans la maladie alcoolique mais ils se sentent souvent isolés face à aux problèmes inhérents à cette pathologie et son absence d'évolution.

Le réseau d'alcoologie d'Ussel s'avère être un atout pour les médecins généralistes, mais des améliorations pourraient être apportées en matière de coopération et de communication avec les professionnels.

Enfin le point de vue du patient pourrait apporter des données complémentaires pour évaluer le réseau.

# ANNEXES

## 1. ANNEXE 1 : PROTOCOLE DE SEVRAGE DU RESEAU DE HAUTE CORREZE

### RÉSEAU EN ALCOOLOGIE DE HAUTE CORRÈZE

28, impasse Jean Jaurès - 19200 USSEL

☎ 05 55 94 39 35

Email : [reseau.alcoologie.hautecorreze@wanadoo.fr](mailto:reseau.alcoologie.hautecorreze@wanadoo.fr)

#### Protocole

De

#### Sevrage en ambulatoire

#### OBJECTIFS :

- OBTENIR UN ARRÊT DE L'ALCOOL EN MAINTENANT LA SÉCURITÉ DU PATIENT

#### ■ Le protocole de sevrage comprend :

- 1 entretien de concertation avec un membre de l'équipe du Réseau avec remise de l'ordonnance nominative.
- 1 visite matin et soir de l'infirmier(e) au domicile de patient sur 5 jours.
  - J1:
    - ✓ Surveillance d'apparition de signes pré DT (pouls tension agitation tremblements, température, sueurs)
    - ✓ Prise de traitement sur ordonnance
    - ✓ Surveillance de la réhydratation
  - J2:
    - ✓ Surveillance d'apparition de signes pré DT (pouls tension agitation tremblements, température, sueurs)
    - ✓ Prise de traitement sur ordonnance
  - J3:
    - ✓ Surveillance d'apparition de signes pré DT (pouls tension agitation tremblements température, sueurs)
    - ✓ Prise de traitement sur ordonnance
  - J4:
    - ✓ Surveillance d'apparition de signes pré DT (pouls tension agitation tremblements température, sueurs)
    - ✓ Prise de traitement sur ordonnance
  - J5:
    - ✓ Surveillance d'apparition de signes pré DT (pouls tension agitation tremblements température, sueurs)
    - ✓ Prise de traitement sur ordonnance
- 1 entretien final de concertation avec le même membre de l'équipe du Réseau, et restitution des dossiers

DATE et SIGNATURE

DU MEDECIN PRESCRIPTEUR

## 2. ANNEXE 2 : CORRESPONDANCE DES BENZODIAZEPINES (SOURCE RESEAU VILLE HOPITAL ALPES MARITIMES)

TABLEAU DE CORRESPONDANCES DES BENZODIAZÉPINES

Dénomination Commune Internationale (DCI)	Nom commercial	Demi-vie du médicament [demi-vie du métabolite actif]	Indications de l'AMM <sup>(a)</sup>	Equivalence approximative <sup>(b)</sup>
Alprazolam	XANAX®	6 à 12h	Anxiolytique	0,5 mg
Bromazépam	LEXOMIL®	10 à 20h	«	5-6 mg
Chlordiazépoxyde	LIBRIUM®	5 à 30 h [36 à 200h]	«	25 mg
Chlobazam	URBANYL®	12 à 60 h	Anxiolytique et anticonvulsivant	20 mg
Clonazépam	RIVOTRIL®	18 à 50 h	«	0,5 mg
Clorazépate	TRANXENE®	[36 à 200h]	Anxiolytique	15 mg
Diazépam	VALIUM®	20 à 100h [36 à 200 h]	Anxiolytique	10 mg
Estazolam	NUCTALON®	10 à 24 h	Hypnotique	1-2 mg
Flunitrazépam	ROHYPNOL®	18 à 26h [36 à 200 h]	«	1 mg
Loprazolam	HAVLANE®	6 à 12 h	«	1-2 mg
Lorazépam	TEMESTA®	10 à 20 h	Anxiolytique	1 mg
Lormétazépam	NOCTAMIDE®	10 à 12 h	Hypnotique	1-2 mg
Nitrazépam	MOGADON®	15 à 38 h	«	10 mg
Nordazépam	NORDAZ®	36 à 200 h	Anxiolytique	10 mg
Oxazépam	SERESTA®	4 à 15 h	«	20 mg
Prazépam	LYSANXIA®	[36 à 200 h]	«	10-20 mg
Témazépam	NORMISON®	8 à 22 h	Hypnotique	20 mg
Triazolam	HALCION®	2 h	«	0,5 mg
Zolpidem	STILNOX®	2 h	«	20 mg
Zopiclone	IMOVANE®	5 à 6 h	«	15 mg

### 3. ANNEXE 3 : LE QUESTIONNAIRE DETA

DETA = Diminuer Entourage Trop Alcool

- 1) Avez-vous déjà ressenti le besoin de Diminuer votre consommation de boissons alcoolisées?
- 2) Votre Entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ?
- 3) Avez-vous déjà eu l'impression que vous buvez Trop ?
- 4) Avez-vous déjà eu besoin d'Alcool dès le matin pour vous sentir en forme ?

*Interprétation* : Deux réponses positives (ou plus) font suspecter un problème de santé avec l'alcool et légitiment un entretien clinique (usage nocif ou alcoolo-dépendance).

## 4. ANNEXE 4 : LE QUESTIONNAIRE FACE

### Repérage des consommations problématiques d'alcool en médecine générale

#### *Le Questionnaire FACE issu du programme Boire moins c'est mieux*

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

Les deux premières questions portent sur les douze derniers mois.

	Score
<b>1/ A quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?</b> Jamais <input type="checkbox"/> 0    une fois par mois <input type="checkbox"/> ou moins 1    2 à 4 fois <input type="checkbox"/> par mois 2    2 à 3 fois <input type="checkbox"/> par semaine 3    4 fois ou plus <input type="checkbox"/> par semaine 4	
<b>2/ Combien de verres standards buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?</b> Un ou deux <input type="checkbox"/> 0    trois ou quatre <input type="checkbox"/> 1    cinq ou six <input type="checkbox"/> 2    sept à neuf <input type="checkbox"/> 3    dix ou plus <input type="checkbox"/> 4	
<b>3/ Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation d'alcool ?</b> Non <input type="checkbox"/> 0    oui <input type="checkbox"/> 4	
<b>4/ Avez-vous déjà eu besoin d'alcool le matin pour vous sentir en forme ?</b> Non <input type="checkbox"/> 0    oui <input type="checkbox"/> 4	
<b>5/ Vous arrive-t-il de boire et de ne plus vous souvenir ensuite de ce que vous avez pu dire ou faire ?</b> Non <input type="checkbox"/> 0    oui <input type="checkbox"/> 4	
<b>TOTAL</b>	

#### Interprétation :

→ Pour les femmes, un score supérieur ou égal à 4 indique une consommation dangereuse ;

→ Pour les hommes, c'est un score supérieur ou égal à 5.

→ Un score supérieur ou égal à 9 est, dans les deux sexes, en faveur d'une dépendance.

*Entre ces deux seuils, une « intervention brève » (conseil structuré de réduction de la consommation) est indiquée.*

## 5. ANNEXE 5 : LE QUESTIONNAIRE AUDIT

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

*Un total supérieur à 9 évoque une consommation nocive d'alcool.  
Un total supérieur à 13 évoque une dépendance à l'alcool*

## 6. ANNEXE 6 : LE QUESTIONNAIRE AUX MEDECINS GENERALISTES

1. Etes-vous : un homme / une femme
2. Votre âge : < 40 ans / entre 50 et 60 ans / entre 60 et 70 ans / > 70 ans
3. Votre lieu d'exercice : plus de 5000 habitants / entre 2500 et 5000 / moins de 2500
4. Vous exercez : seul / en cabinet de groupe
5. En ce qui concerne la consommation d'alcool, pratiquez-vous auprès de vos patients des actes :
  - De prévention ? OUI / NON
  - De dépistage ? OUI / NON
  - Des interventions brèves ? OUI / NON

(Interventions brèves : en utilisant des tests de repérage types AUDIT ou DETA, il s'agit de dépister une « consommation à risque », l'informer sur les risques et lui faire choisir un objectif de changement de comportement et le conseiller sur les limites à ne pas dépasser.)

6. Abordez-vous le sujet « alcool » avec vos patients ? OUI / NON
7. : Si oui :
  - spontanément et régulièrement OUI / NON
  - Seulement s'ils expriment le besoin d'en parler OUI / NON
  - A la suite de complications (médico-psychosociales) OUI / NON
8. Si non, j'ai plutôt tendance à l'orienter
  - Vers une structure psychiatrique OUI / NON
  - Un réseau en alcoologie OUI / NON
  - Un spécialiste - psychiatre OUI / NON
  - alcoologue OUI / NON
  - psychologue OUI / NON
9. Quelles sont pour vous les difficultés rencontrées dans la prise en charge des patients alcoolo-dépendants ?
  - Pas de difficultés OUI / NON
  - Manque de temps OUI / NON
  - Manque de compliance du patient OUI / NON
  - Difficulté à faire face à des problèmes psycho-sociaux souvent présents : poly-addictions, violences ; le suivi devient plus social que médical OUI / NON
  - Démotivation face à un suivi long souvent pavé de rechutes OUI / NON
10. Avez- vous déjà eu le sentiment d'être démuné, isolé et d'éprouver un manque de moyens face à un patient alcoolo-dépendant ? OUI / NON
11. Suivez-vous des patients alcoolo-dépendants devenus abstinents ? OUI / NON
  - Si oui, les suivez vous : -seul ? OUI / NON



- avec un alcoologue, un psychiatre... ? OUI / NON
12. Etes-vous membre d'un réseau d'alcoologie ? OUI / NON
13. Avez-vous déjà participé à des formations sur l'alcoologie ? OUI / NON
14. Avez-vous déjà fait appel au réseau d'alcoologie de Haute Corrèze ? OUI / NON
15. Si oui :
- Cela vous a-t-il apporté une aide (formation, renforcement de La coordination, suivi...) OUI / NON
  - L'expérience était plutôt négative : manque de communication, impression de concurrence, chronophage... OUI / NON
16. Dans le cadre d'un suivi par le réseau
- Le suivi des patients vous paraît-il correct ? OUI / NON
  - Le retour d'information vous semble-t-il suffisant ? OUI / NON
  - Auriez-vous besoin de davantage de contact avec le personnel soignant du réseau ? OUI / NON
  - Savez-vous que vous pouvez dialoguer avec le personnel soignant du réseau ? OUI / NON
17. Si non, est-ce par :
- Manque d'information efficace : les missions ne vous semblent pas claires pour l'intégrer dans votre pratique OUI / NON
  - Manque de temps pour les réunions et les rencontres avec les intervenants OUI / NON
  - Peur d'être « dépossédé » de son patient face à des réseaux de plus en plus nombreux OUI / NON
  - Vous pensez que le réseau vous est inutile OUI / NON
  - Refus de certains patients OUI / NON
18. Seriez-vous intéressé par une FMC en alcoologie ? OUI / NON
19. Pensez-vous être sollicité par trop de réseaux différents ? OUI / NON
20. Au final, que faudrait-il pour que vous participiez activement à un réseau d'alcoologie ?
- Plus de temps pour s'investir OUI / NON
  - Plus d'informations OUI / NON
  - Une rémunération OUI / NON
  - Pas intéressé du tout OUI / NON
  - Autres à préciser :

# BIBLIOGRAPHIE

- [1] OFDT (Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies). Drogues, Chiffres clés. juin 2010 (données 2007).
- [2] Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. Drogues et dépendances, données essentielles. Editions la Découverte. 2005, Paris.
- [3] Insee. Dosage quotidien d'alcool selon le sexe et l'âge en 2010.
- [4] Véronique Nahoum-Grappe. « « Boire un coup... » ». *Terrain*, 13 | 1989, 72-80.
- [5] Rapport Parquet-Reynaud, les pratiques addictives 1982.
- [6] Regier DA et al. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiological Catchment Area (ECA) Study. *Journal of the American Medical Association*, 264:2511--2518.
- [7] OMS. Neurosciences : usage de substances psychoactives et dépendance 2004.
- [8] Circulaire DGS/137/MS 2.D. du 15 mars 1983.
- [9] Actes de journée inter-addictive. *Intérêts et limites des réseaux en addictologie*, Nantes, 22 janvier 2004, 34 p.
- [10] Anaes et SFA. Conférence de consensus Modalités de l'accompagnement du sujet alcoolo-dépendant après un sevrage 7 et 8 mars 2001 Cité des Sciences et de l'Industrie – Paris TEXTE DES RECOMMANDATIONS.
- [11] Philippe FIDELI, Michel Lejoyeux, psychiatrie. Prise en charge thérapeutique et stratégique à long terme chez le malade alcoolo-dépendant.
- [12] Peter Anderson, Antoni Gual et Joan Colom pour le compte et dans le cadre du projet *Primary Health Care European Project on Alcohol (PHEPA)*. Alcool et médecine générale : recommandations cliniques pour le repérage précoce et les interventions brèves.
- [13] Direction générale de la santé. CIRCULAIRE N°DGS/MC2/2008/79 du 28 février 2008 relative à la mise en place des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie et à la mise en place des schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie.

- [14] ADSP (actualité et dossier en santé publique). Réseaux de santé et filières de soins, n° 24, septembre 1998.
- [15] Les réseaux de santé : vers une gestion paradoxale de type « réseau – hiérarchie » publié dans "Management et Sciences Sociales, 3 (2007) 57".
- [16] UNR : union Nationale des Réseaux de santé.
- [17] Drees (*Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques*). Etudes et résultats, N° 649, août 2008. Les médecins généralistes : un réseau professionnel étendu et varié.
- [18] HAS. Conférence de consensus Modalités de l'accompagnement du sujet alcoolo-dépendant après un sevrage 7 et 8 mars 2001.
- [19] HAS- Abus, dépendances et polyconsommations : stratégies de soins-recommandation de la commission d'audition- mai 2007.
- [20] Skinner HA, Holt S, Israel Y. Early identification of alcohol abuse: 1.Critical issues and psychosocial indicators for a composite index. Canadian Medical Association Journal. (May 1981), 124, 1141-52.
- [21] Michaud et Coll. Alcool, Tabac, Drogue: le public fait confiance aux médecins. Revue du Praticien. 2003; 17(621): 605-608.
- [22] Samuel R, Michaud P. Attitudes et opinions du médecin généraliste à l'égard du risque alcool : une approche qualitative. Pratiques médicales et thérapeutiques 2002 ; 21 : 23-6.
- [23] Batel P et Michaud P. « Consommation d'alcool à risque ou à problèmes et interventions brèves », *Gastro-entérologie clinique et biologique*, 26-5, supplément, 2002.
- [24] Wilk AI, Jensen NM, Havighurst TC. Meta-analysis of randomized control trials addressing brief interventions in heavy alcohol drinkers. J Gen Internal Medicine 1997; 12: 274-83.
- [25] Poikolainen K. Effectiveness of brief interventions to reduce alcohol intake in primary health care populations: A meta-analysis. Prev Medicine 1999; 28: 503-9.
- [26] Moyer A, Finney JW, Swearingen CE, Vergun P. Brief interventions for alcohol problems : A meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment seeking populations. Addiction 2002 ; 97 : 279-92.
- [27] SFA. Sevrage simple en alcool : évaluation des pratiques professionnelles en alcoologie, 19.12.06.

- [28] SNFGE. Le Livre Blanc de l'Hépatogastroentérologie ©, 2001.
- [29] Traitement de la dépendance alcoolique chronique : réalités et perspectives ; Pharma-flash vol 29, n°6, 2002.
- [30] Rösner S *et al.* Acamprosate for alcohol dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 9.
- [31] Laurent Rigal, Constance Alexandre-Dubroeuq, Renaud de Beaurepaire, Claire Le Jeune and Philippe Jaury. Abstinence and 'Low-Risk' Consumption 1 Year after the Initiation of High-Dose Baclofen: A Retrospective Study among 'High-Risk' Drinkers -2011.
- [32] SFA F. PAILLE et L. MALET. *baclofène et alcool*. (15/06/11) Avril 2012.
- [33] Afssaps. Point d'information Utilisation du baclofène dans le traitement de l'alcoolodépendance : actualisation avril 2012.
- [34] HAS- entretien motivationnel.
- [35] D. Lécallier, P. Michaud. L'entretien motivationnel. Une évolution radicale de la relation thérapeutique *Alcoologie et Addictologie* 2004 ; 26 (2) : 129-134
- [36] Project MATCH Research Group. Project MATCH secondary *a priori* hypotheses. *Addiction* 1997; 92 : 1671-1698.
- [37] Prise en charge thérapeutique et stratégie à long terme chez le malade alcoolodépendant-Louis-Philippe FIDELI, Michel LEJOYEUX ; *Gastroenterol Clin Biol* 2002;26:B169-B173
- [38] Conseil National de l'ordre des médecins. Atlas de la démographie médicale en région limousin en 2009.
- [39] DREES : SERIES STATISTIQUES. Les médecins au 1er janvier 2011.
- [40] Prévention, éducation pour la santé et éducation thérapeutique en médecine générale- Baromètre santé médecins généralistes 2009.
- [41] GALLOIS P. EMERIAUD P. CHARPENTIER J-M. Le problème « alcool » en médecine générale ; 2301 réponses à un questionnaire d'autoévaluation. *Médecine* septembre 2006 : 320-324.
- [42] Dominique Huas, Bernard Rueff. Abord clinique des malades de l'alcool en médecine générale, 2005.

# TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS .....	9
SOMMAIRE .....	10
INTRODUCTION .....	12
PREMIERE PARTIE .....	14
1. LA MALADIE ALCOOLIQUE EN FRANCE .....	14
1.1 Epidémiologie : .....	14
1.2 Définition de la maladie alcoolique.....	15
1.2.1 Les origines .....	16
1.2.2 L'alcool, une substance addictive .....	17
1.2.2.1 Les types de consommation.....	18
Les seuils de l'OMS : .....	18
1.2.2.2 La notion de dépendance .....	19
Les critères DSM IV de dépendance : .....	20
1.2.3 Les facteurs individuels de vulnérabilité.....	20
1.2.3.1 Les événements de vie .....	20
1.2.3.2 Les facteurs psychiatriques .....	21
1.2.3.3 Les facteurs neurobiologiques .....	21
1.2.3.4 Les facteurs génétiques .....	22
1.2.3.5 Les facteurs environnementaux .....	22
2. LES RESEAUX EN ALCOOLOGIE .....	23
2.1 Approche socio-historique .....	23
2.1.1 Origine des réseaux de soins.....	23
2.1.2 Les réseaux d'alcoologie et d'addictologie .....	24
2.1.2.1 Avant les années 50 .....	24
2.1.2.2 Evolution dans les années 50 : l'anti antialcoolisme de l'Etat	25
2.1.2.3 La nouvelle implication de l'état .....	25
2.2 Les réseaux en alcoologie et leur intérêt .....	27
2.2.1 Les objectifs des réseaux.....	27
2.2.1.1 Le rôle médical .....	28
2.2.1.2 Le rôle psychologique .....	28

2.2.1.3	Le rôle social .....	29
2.2.1.4	Le rôle de prévention.....	30
2.2.2	Organisation : les différentes structures .....	31
2.2.2.1	Les Centres de Cure Ambulatoire en Alcoologie (CCAA), anciennement CHAA .....	31
2.2.2.2	Les Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) .....	31
2.2.2.3	Les comités départementaux de prévention en alcoologie et addictologie (CDPAA) .....	32
2.2.2.4	Les services hospitaliers.....	32
2.2.2.5	Les centres de cure et de postcure .....	32
2.2.2.6	La prise en charge en médecine libérale.....	33
2.2.2.7	Les mouvements associatifs .....	34
2.2.3	Les outils mis en place : .....	35
2.3	Limites et réalité .....	35
2.3.1	Les inconvénients des réseaux .....	35
2.3.2	Quelle réalité aujourd'hui ? .....	36
3.	LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT ALCOOLO-DEPENDANT EN MEDECINE GENERALE.....	37
3.1	Recommandations.....	37
3.2	Le dépistage des consommations à risques.....	38
3.2.1	Le repérage précoce .....	38
3.2.2	Pour quels patients ?.....	38
3.2.3	Par qui ?.....	39
3.2.4	Comment ?.....	40
3.3	Le traitement.....	41
3.3.1	Le sevrage.....	41
3.3.1.1	Lieux de soins.....	41
3.3.1.2	Prise en charge psycho-sociale.....	42
3.3.1.3	Traitements médicamenteux .....	42
Les psychotropes.....		42
Traitements associés.....		43
3.3.1.4	Le suivi.....	43
3.3.2	Accompagnement et maintien de l'abstinence .....	44
3.3.2.1	La prise en charge médicale .....	44
Somatique.....		44
Les affections psychiatriques.....		44

La place du traitement médicamenteux .....	45
3.3.2.2 La place du baclofène .....	45
3.3.2.3 La place des psychothérapies.....	46
Le soutien psychologique.....	46
L'entretien motivationnel .....	46
La psychothérapie cognitivo-comportementale .....	47
La psychanalyse .....	47
Les thérapies de groupe .....	48
Les thérapies familiales .....	48
3.3.2.4 Le rôle des mouvements d'entraides.....	48
3.3.2.5 La prise en charge sociale .....	48
3.4 Echec et rechute, est-ce une fatalité ? .....	49
3.4.1 Conduite à tenir en cas de ré-alcoolisation.....	49
3.4.2 Epuisement de l'entourage.....	49
3.4.3 Découragement des soignants.....	50
DEUXIEME PARTIE .....	51
1. METHODE .....	51
1.1 Questions de recherche.....	51
1.2 Méthode statistique .....	51
1.3 Cibles .....	51
1.4 Le questionnaire .....	52
1.5 Le réseau d'alcoologie d'Ussel .....	52
1.5.1 Présentation du réseau.....	52
1.5.2 Fonctionnement du réseau.....	53
1.6 Déroulement de l'étude.....	54
2. RESULTATS .....	54
2.1 Première partie concernant le médecin .....	54
2.2 Deuxième partie sur la pratique des médecins dans la prise en charge du patient alcoolo-dépendant .....	56
2.2.1 En ce qui concerne l'alcool, pratiquez-vous des actes de prévention, de dépistage, des interventions brèves ?.....	56
2.2.2 Abord du sujet alcool .....	56
2.2.3 Orientation du patient .....	57
2.2.4 Les difficultés rencontrées .....	58
2.2.5 Suivi du patient.....	58

2.3	Le réseau d'alcoologie.....	59
2.3.1	Si vous avez déjà fait appel au réseau.....	59
2.3.2	Résultats de l'expérience avec le réseau.....	60
2.3.3	Les médecins n'ont jamais fait appel au réseau.....	61
2.3.4	Intérêt pour une FMC en alcoologie.....	61
2.3.5	Trop de sollicitation par des réseaux différents.....	61
2.3.6	Éléments pouvant motiver la participation à un réseau.....	62
3.	DISCUSSION.....	62
3.1	Analyse générale.....	62
3.2	Biais de l'étude.....	63
3.3	Les points forts de l'étude.....	64
3.4	Discussion des résultats.....	64
3.4.1	Concernant le médecin.....	64
3.4.2	Analyse de la pratique des médecins dans la maladie alcoolique.....	64
3.4.3	Bilan du réseau.....	67
3.4.4	Quels sont les éléments qui freinent la participation des médecins au réseau ?.....	67
3.4.5	Existe-t-il une différence de pratique entre les médecins membres et les non membres ?.....	68
3.4.6	Autres.....	69
4.	OBSERVATIONS ET PERSPECTIVES.....	70
4.1	Observations.....	70
4.2	Perspectives.....	71
	CONCLUSION.....	73
	ANNEXES.....	75
1.	ANNEXE 1 : PROTOCOLE DE SEVRAGE DU RESEAU DE HAUTE CORREZE.....	75
2.	ANNEXE 2 : CORRESPONDANCE DES BENZODIAZEPINES (SOURCE RESEAU VILLE HOPITAL ALPES MARITIMES).....	76
3.	ANNEXE 3 : LE QUESTIONNAIRE DETA.....	77
4.	ANNEXE 4 : LE QUESTIONNAIRE FACE.....	78
5.	ANNEXE 5 : LE QUESTIONNAIRE AUDIT.....	79
6.	ANNEXE 6 : LE QUESTIONNAIRE AUX MEDECINS GENERALISTES.....	80
	BIBLIOGRAPHIE.....	82
	TABLE DES MATIERES.....	85
	TABLE DES ILLUSTRATIONS.....	90





# TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 : Evolution de la part des dépenses en boissons alcoolisées dans les dépenses totales des ménages, France, 1978-2001 .....	14
Figure 2 : Pyramide de Skinner .....	39
Figure 3 : Age des médecins .....	55
Figure 4 : Lieu d'exercice.....	55
Figure 5 : Pourcentage des actes réalisés par les médecins.....	56
Figure 6 : Abord du problème alcool .....	57
Figure 7 : Orientation du patient .....	57
Figure 8 : Difficultés rencontrées par les médecins .....	58
Figure 9 : Suivi de patients abstinents .....	59
Figure 10 : Bilan des médecins concernant le réseau.....	59
Figure 11 : Ressenti des médecins .....	60
Figure 12 : Raison de la non utilisation du réseau .....	61
Figure 13 : Facteurs pouvant motiver les médecins à participer au réseau .	62
Figure 14 : Différence de pratique entre les médecins membres ou non d'un réseau d'alcoologie.....	69

## SERMENT D'HIPPOCRATE

---

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à 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 les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

