

UNIVERSITÉ DE LIMOGES

Faculté de Médecine

ANNÉE 2016

THÈSE N°

Utilisation par les médecins généralistes de la Haute-Vienne des dispositifs addictologiques sanitaires et médico-sociaux du département, dans la prise en charge d'un trouble d'usage d'alcool

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement

le 30 novembre 2016

par

Elodie Thomas-Poyade

Née le 06.04.1987, à Limoges

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

Monsieur le Professeur Nubukpo Philippe..... Président

Monsieur le Professeur Buchon Daniel..... Juge

Madame le Professeur Dumoitier Nathalie Juge

Monsieur le Docteur Houdard Gaëtan Juge





DOYEN DE LA FACULTE :

Monsieur le Professeur Denis VALLEIX

ASSESSEURS :

Monsieur le Professeur Jean-Jacques MOREAU

Monsieur le Professeur Philippe BERTIN

Madame le Professeur Marie-Cécile PLOY

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS :

ABOYANS Victor

CARDIOLOGIE

(CS)

ACHARD Jean-Michel

PHYSIOLOGIE

ALAIN Sophie

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

ARCHAMBEAUD Françoise

MEDECINE INTERNE

(CS)

AUBARD Yves

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE

(C.S.)

AUBRY Karine

O.R.L.

(C.S.)

BEDANE Christophe

DERMATOLOGIE-
VENERELOGIE

(CS)

BERTIN Philippe

THERAPEUTIQUE

(CS)

BESSEDE Jean-Pierre

O.R.L.

(SUR du 12-11-2016 au 31-08-2018)

BORDESSOULE Dominique

HEMATOLOGIE

(SUR du 21-11-2016 au 31-08-2018)

CAIRE François

NEUROCHIRURGIE

CHARISSOUX Jean-Louis

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
ET TRAUMATOLOGIQUE

CLAVERE Pierre

RADIOTHERAPIE

(CS)

CLEMENT Jean-Pierre

PSYCHIATRIE D'ADULTES

(CS)

COGNE Michel

IMMUNOLOGIE

(CS)

CORNU Elisabeth

CHIRURGIE THORACIQUE ET
CARDIO-VASCULAIRE

COURATIER Philippe

NEUROLOGIE

(C.S.)

DANTOINE Thierry

GERIATRIE ET BIOLOGIE DU
VIEILLISSEMENT

(CS)

DARDE Marie-Laure

PARASITOLOGIE et
MYCOLOGIE

(C.S.)

DAVIET Jean-Christophe

MEDECINE PHYSIQUE et de
READAPTATION

DESCAZEAUD Aurélien

UROLOGIE

(C.S.)

DES GUETZ Gaëtan

CANCEROLOGIE

DESPORT Jean-Claude

NUTRITION

DRUET-CABANAC Michel

MEDECINE ET SANTE AU
TRAVAIL

(CS)

DUMAS Jean-Philippe (SUR. 31.08.2018)	UROLOGIE
DURAND-FONTANIER Sylvaine	ANATOMIE (CHIRURGIE DIGESTIVE)
ESSIG Marie (CS)	NEPHROLOGIE
FAUCHAIS Anne-Laure (CS)	MEDECINE INTERNE
FAUCHER Jean-François	MALADIES INFECTIEUSES
FEUILLARD Jean (CS)	HEMATOLOGIE
FOURCADE Laurent (CS)	CHIRURGIE INFANTILE
GAINANT Alain(SUR. 31.08.2017)	CHIRURGIE DIGESTIVE
GUIGONIS Vincent	PEDIATRIE
JACCARD Arnaud (C.S.)	HEMATOLOGIE
JAUBERTEAU-MARCHAN M. Odile	IMMUNOLOGIE
LABROUSSE François (CS)	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
LACROIX Philippe	MEDECINE VASCULAIRE
LAROCHE Marie-Laure	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
LIENHARDT-ROUSSIE Anne (CS)	PEDIATRIE
LOUSTAUD-RATTI Véronique	HEPATOLOGIE
MABIT Christian	ANATOMIE (C.S. CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE)

MAGY Laurent	NEUROLOGIE
MARIN Benoît	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
MARQUET Pierre	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
(CS)	
MATHONNET Muriel	CHIRURGIE DIGESTIVE
MELLONI Boris	PNEUMOLOGIE
(CS)	
MOHTY Dania	CARDIOLOGIE
MONTEIL Jacques	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
(CS)	
MOREAU Jean-Jacques	NEUROCHIRURGIE
(C.S.)	
MOUNAYER Charbel	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
(C.S.)	
NATHAN-DENIZOT Nathalie	ANESTHESIOLOGIE- REANIMATION
(CS)	
NUBUKPO Philippe	ADDICTOLOGIE
PARAF François	MEDECINE LEGALE et DROIT de la SANTE
(CS)	
PLOY Marie-Cécile	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
(CS)	
PREUX Pierre-Marie	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION

ROBERT Pierre-Yves (C.S.)	OPHTALMOLOGIE
SALLE Jean-Yves (C.S.)	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
SAUTEREAU Denis (CS)	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
STURTZ Franck (CS)	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre	ENDOCRINOLOGIE , DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES
TREVES Richard (SUR. 31.08.2018)	RHUMATOLOGIE
TUBIANA-MATHIEU Nicole (SUR. 31.08.2018)	CANCEROLOGIE
VALLEIX Denis (CS)	ANATOMIE CHIRURGIE GENERALE
VERGNENEGRE Alain (CS) (faisant fonction de C.S. en CANCEROLOGIE)	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE et PREVENTION
VERGNE-SALLE Pascale	THERAPEUTIQUE
VIGNON Philippe	REANIMATION
VINCENT François (CS)	PHYSIOLOGIE
WEINBRECK Pierre (C.S.)	MALADIES INFECTIEUSES
YARDIN Catherine (C.S.)	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE

**PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES à MI-TEMPS DES DISCIPLINES
MEDICALES**

BRIE Joël

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE
et STOMATOLOGIE

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AJZENBERG Daniel

PARASITOLOGIE ET
MYCOLOGIE

BARRAUD Olivier

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

BOURTHOUMIEU Sylvie

CYTOLOGIE et HISTOLOGIE

BOUTEILLE Bernard

PARASITOLOGIE ET
MYCOLOGIE

CHABLE Hélène

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE
MOLECULAIRE

DURAND Karine

BIOLOGIE CELLULAIRE

ESCLAIRE Françoise

BIOLOGIE CELLULAIRE

HANTZ Sébastien

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

JESUS Pierre

NUTRITION

LE GUYADER Alexandre

CHIRURGIE THORACIQUE ET
CARDIO-VASCULAIRE

LIA Anne-Sophie

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE
MOLECULAIRE

MURAT Jean-Benjamin

PARASITOLOGIE et
MYCOLOGIE

QUELVEN-BERTIN Isabelle

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE
NUCLEAIRE

RIZZO David

HEMATOLOGIE

TCHALLA Achille

GERIATRIE et BIOLOGIE du
VIEILLISSEMENT

TERRO Faraj

BIOLOGIE CELLULAIRE

WOILLARD Jean-Baptiste

PHARMACOLOGIE
FONDAMENTALE

P.R.A.G

GAUTIER Sylvie

ANGLAIS

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

BUCHON Daniel

DUMOITIER Nathalie

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS DE MEDECINE GENERALE

MENARD Dominique

PREVOST Martine

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS DE MEDECINE GENERALE

HOUDARD Gaëtan

PAUTOUT-GUILLAUME Marie-Paule

PROFESSEURS EMERITES

ADENIS Jean-Paul	du 01.09.2015 au 31.08.2017
ALDIGIER Jean-Claude	du 01.09.2016 au 31.08.2018
MERLE Louis	du 01.09.2015 au 31.08.2017
MOULIES Dominique	du 01.09.2015 au 31.08.2017
VALLAT Jean-Michel	du 01.09.2014 au 31.08.2017
VIROT Patrice	du 01.09.2016 au 31.08.2018

Remerciements

En premier lieu, je remercie mon directeur de thèse et président de jury, le Pr Philippe Nubukpo, qui a accepté de me soutenir dans ce projet et de me diriger. Vous m'avez toujours répondu avec gentillesse, merci de vos conseils et de votre soutien.

Merci au Pr Dumoitier et au Pr Buchon d'avoir accepté de participer à ce jury de thèse et de donner un avis critique sur ce travail en matière de médecine générale.

Merci au Dr Houdard d'avoir accepté de lire et juger ce travail. Je tenais également à vous remercier de m'avoir fait confiance pour certains remplacements dans votre cabinet où j'ai eu vraiment plaisir à travailler même si ce n'était que quelques jours.

Je tenais également à remercier le Dr Nguyen, coordonnateur de santé du réseau AddictLim, qui m'a aidée dans la rédaction de mon questionnaire de thèse et de l'intérêt qu'il a manifesté à l'égard de ce travail.

Merci à Murielle Girard, qui m'a aidée pour les statistiques de cette thèse alors que j'étais un peu perdue en informatique et pour les mails et appels téléphoniques de dernière minute.

Je souhaite également remercier le Dr Claire De Staute qui ne m'a pas aidée pour ce travail de thèse, mais qui m'a suivie durant l'internat afin de m'aider dans la rédaction de mon portfolio et mon mémoire de DES. Encore merci pour ta simplicité et tes conseils...

Merci à Ludo., tu es l'amour de ma vie. Merci de ton soutien sans faille au quotidien, de tout l'amour que tu me portes, de ta force, de ta douceur, de ta patience, de ta gentillesse mais aussi de ton sale caractère... J'aime tout ça et nous continuerons d'avancer ensemble, jusqu'à ce que la mort nous sépare, ne l'oublie pas...

Merci à ma mère, la meilleure des mamans. Celle qui m'a toujours soutenue tout au long de mes études et le reste de ma vie. C'est grâce à toi si je suis cette personne aujourd'hui. Je t'aime.

Merci à Stéphane. Tu m'as supportée et aidée toutes ces longues années. Merci pour tout ce que tu fais pour moi.

Merci à mon oncle que j'aime tant, qui m'a inspirée pour ce travail. Cette thèse t'est personnellement dédiée.

Merci à Etienne et Gabriel, mes bébés. Merci à Elodie, ma tante, merci d'être comme tu es, ne change pas.

Merci à Rémi et Arthur, que j'aime.

Merci à mon papa que t'aime fort, fort, fort...

Merci à mon grand-père. Et oui, tu as vu un diplôme de médecine qui l'aurait cru ! J'espère que tu es fier...

Merci à Paul et Jocelyne de m'avoir accueillie durant quelques jours pour que je puisse réaliser mon stage de médecine libérale en campagne, je l'ai plus vécu comme des vacances que du travail grâce à vous.

Merci à Monique, Christian, Nicolas, Adeline et Logan de m'avoir accueillie chaleureusement dans leur famille.

Merci à mes amis, Claire, Marine, Jean Pic, Jéjé, Lucien, Anissa, Fab., Dimi., Angélique, Gwada, Chris, Adel, Erwan, Lise, Alizée, Nelson, Diana, Toldo, Booby, Valentine. Je souhaiterais à n'importe qui d'avoir des amis en or comme vous. Ne changez surtout pour rien au monde. Vous êtes ma seconde famille que ce soit pour les fous rires comme pour les coups de gueule. Ca fait tellement d'années que nous sommes amis et cela encore pour de nombreuses années je l'espère. Merci de faire partie de ma vie et de m'avoir aussi soutenue à votre façon durant ces années étudiantes. Je vous aime tous à la folie et dieu sait quelle folie haha...!

Merci à tous mes anciens co-internes, Lucie, Pauline, Marion, Gaëlle, Patrick, Marie, Marina et j'en oublie... Merci à toutes les rencontres que j'ai pu faire au cours de ces années, toutes aussi belles les unes que les autres, notamment Elsa, Yoan et Marie, mes infirmiers préférés.

A Lucie, mon acolyte de garde, merci de ton soutien dans les mauvais moments et de nos soirées passées à boire des mojitos.

Puis un immense merci à tous mes patients qui me font rire à des moments, râler et pleurer à d'autres. Que ce soit les anciens, les plus jeunes, les angoissés, les « épicuriens », les hypochondriaques et j'en oublie... Finalement, toutes ces années c'est pour vous avant tout.

Droits d'auteurs



Cette création est mise à disposition selon le Contrat : « **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** » disponible en ligne

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>

Liste des Abréviations et Acronymes

- AMM** Autorisation de Mise sur le Marché
- ANPAA** Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie
- ANSM** Association Nationale de Sécurité du Médicament
- API** Alcoolisation ponctuelle importante
- ATV** Aire tegmentale ventrale
- AUD** Alcohol Use Disorder
- AUDIT** Alcool Use Disorders Test
- BZD** Benzodiazépine
- CCAA** Centre de cure ambulatoire en Alcoologie
- CDA** Consommation déclarée d'alcool
- CDT** Carbonhydrate Deficient Transferine
- CNOM** Conseil National de l'Ordre des Médecins
- CNRS** Centre National de Recherche Scientifique
- CPF** Cortex préfrontal
- CSAPA** Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
- CSST** Centre de Soins Spécialisés en Toxicomanie
- CSSR** Centre de Soins de Suite et de Réadaptation
- DDASS** Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
- ELSA** Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie
- GABA** Acide gamma-amino-butérique
- GGT** Gammaglutamyl-transférase
- HAS** Haute Autorité de Santé
- INSERM** Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
- INPES** Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
- NIAAA** Nationale Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism
- OFDT** Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies

OMS Organisation Mondiale de la Santé

ONDAM Objectif National des Dépenses d'Assurance maladie

ORL Observatoire régional du Limousin

RdRD Réduction des Risques et des Dommages

RPIB Repérage Précoce et Intervention Brève

RTU Recommandation temporaire d'Utilisation

SFA Société Française d'Alcoologie

TCC Thérapie cognitivo-comportementale

TUA Trouble d'Usage d'Alcool

VGM Volume globulaire moyen

Table des matières

Préambule.....	19
Introduction	20
Quelques données de la littérature sur le Trouble de l'Usage d'Alcool.....	22
1.1. Prévalence de la consommation d'alcool	22
1.1.1. Au plan national.....	22
1.1.2. Au plan régional	24
1.2. Définitions des principaux termes en Alcoologie.....	24
1.2.1. Non-usage (non consommateur).....	25
1.2.2. Usage (consommateur modéré).....	25
1.2.3. Mésusage.....	26
1.2.4. Syndrome de dépendance	27
1.3. Physiopathologie de la dépendance	29
1.4. La dépendance à l'alcool, une pathologie génétique ?	31
1.5. Repérage d'un Trouble d'Usage d'Alcool.....	33
1.5.1. Dépistage clinique	33
1.5.2. Dépistage paraclinique.....	36
1.6. Les recommandations récentes en Alcoologie	37
1.6.1. Missions du médecin généraliste	37
1.6.2. La prise en charge thérapeutique d'un TUA.....	38
1.6.2.1. Les traitements réducteurs d'appétence alcoolique	39
1.6.2.2. Intérêt des thérapies cognitives et comportementales	41
1.7. Les réseaux de soins en Alcoologie.....	42
1.7.1. Bref Historique des réseaux de soins de façon générale.....	42
1.7.2. Organisation du réseau de soin en Alcoologie.....	44
1.7.2.1. Description des différents dispositifs sanitaires et médico-sociaux.....	44
1.7.2.2. Organismes associatifs de prévention et d'entraide.....	46
1.7.3. Médecine générale et articulation avec le réseau de soin dans la pathologie alcoolique	46
1.7.4. Réseau AddictLim	47
Place à l'étude : Utilisation par les médecins généralistes de la Haute-Vienne des dispositifs addictologiques sanitaires et médico-sociaux du département, dans la prise en charge d'un trouble d'usage d'alcool	49
2.1. Méthode	49
2.1.1. Les objectifs de l'étude.....	49
2.1.2. Le questionnaire.....	49
2.1.3. Méthode	50
2.1.4. Recherche bibliographique.....	51
2.2. Résultats	51
2.2.1. Profil des médecins réponders.....	51
2.2.2. Place des structures sanitaires, médico-sociales et des mouvements associatifs dans la prise en charge d'un TUA en médecine générale	52
2.2.3. Freins des praticiens et éventuelles solutions afin de faciliter l'orientation vers ce réseau de soin.....	58
2.2.4. Rapports possibles entre le profil des médecins réponders et les principaux freins et solutions proposés.....	60
2.2.4.1. En fonction du lieu d'exercice.....	60
2.2.4.2. En fonction de l'âge des réponders.....	61
2.3. Discussion	63
2.3.1. Biais de l'étude	63
2.3.2. Points forts	64
2.3.3. Analyse des résultats	64
2.3.3.1. Profil des réponders	64
2.3.3.2. Prise en charge du TUA par les médecins réponders.....	65

2.3.3.3. Recours aux dispositifs addictologiques sanitaires et médico-sociaux	67
2.3.3.4. Recours aux associations	69
2.3.3.5. Analyse des freins rencontrés par les médecins pour l'usage des structures addictologiques et propositions de solutions envisagées par les réponders.....	70
2.3.4. Les dispositifs spécialisés en Addictologie et alcoologie du département de la Haute-Vienne	73
Conclusion	75
Références bibliographiques.....	76
Annexes.	81

Préambule

(...) « *La planète suivante était habitée par un buveur. Cette visite fut très courte, mais elle plongea le petit prince dans une grande mélancolie:*

- Que fais-tu là? Dit-il au buveur, qu'il trouva installé en silence devant une collection de bouteilles vides et une collection de bouteilles pleines.

- Je bois, répondit le buveur d'un air lugubre.

- Pourquoi bois-tu, lui demanda le petit prince.

- Pour oublier, répondit le buveur.

- Pour oublier quoi ? S'enquit le petit prince qui déjà le plaignait.

- Pour oublier que j'ai honte, avoua le buveur en baissant la tête.

- Honte de quoi ? S'informa le petit prince qui désirait le secourir.

- Honte de boire ! Acheva le buveur qui s'enferma définitivement dans le silence.

Et le petit prince s'en fut, perplexe.

Les grandes personnes sont décidément très, très bizarres, se disait-il en lui-même durant le voyage. » (...)

Extrait du livre **Le Petit Prince**, œuvre d'Antoine de Saint-Exupéry.

Introduction

L'histoire nous apprend que nos savoirs sur l'alcoolisation ont progressé au fil des siècles. Dans l'Antiquité, la consommation excessive d'alcool était appelée ivrognerie et n'était pas considérée comme une maladie. Ce n'est qu'en 1849, que l'ivrognerie alors reconnue sous le nom d'alcoolisme est considérée comme une maladie par le milieu médical. Et ce n'est que 100 ans plus tard, vers 1960, que la notion de dépendance à l'alcool est abordée signifiant une perte de contrôle de la consommation causant un dommage à l'individu ainsi qu'à la société. Par la suite de nombreux travaux d'épidémiologistes, de psychologues, de cliniciens et biologistes sont réalisés afin d'explorer cette pathologie et c'est alors que l'Alcoologie devient une véritable discipline et spécialité médicale.

De nos jours, en France et comme dans beaucoup de pays, l'alcool est la substance psychoactive la plus consommée, généralement associée à l'hédonisme. Elle représente dans notre pays un élément central de l'identité nationale, cela fait partie de la culture française. De plus, le poids du secteur des alcools dans l'économie est tellement important qu'il renforce l'acceptabilité de ce produit et conforte sa légitimité au sein de notre société [1]. L'alcool est principalement recherché pour ses vertus socialisantes, pour le plaisir du goût et ses effets psychoactifs immédiats (vertus désinhibantes, relaxantes, euphorisantes). Alfred de Musset disait d'ailleurs, « *Qu'importe le flacon, pourvu qu'on en ait l'ivresse* ».

La consommation d'alcool régulière est en baisse en France. Cependant, elle reste la 2^{ème} cause de mortalité prématurée après le tabac [2]. La dépendance à l'alcool est une maladie chronique et hautement récidivante en dépit des traitements à ne pas négliger, puisqu'elle peut entraîner de lourdes complications cardio-vasculaires, neurologiques, hépatiques ainsi que des cancers en général de mauvais pronostic au moment du diagnostic mais également parfois de graves complications sur les plans psychologique et socio-environnemental.

Bien que les médecins généralistes soient les médecins de premier recours pour dépister cette pathologie, la dépendance à l'alcool reste encore un sujet souvent tabou et les praticiens peuvent parfois éprouver des difficultés à aborder le sujet et prendre en charge ce type de patients. La thématique de l'alcool et des addictions de façon générale est une problématique nécessitant une approche globale et un suivi à long terme. La prise en charge ne peut donc se faire que dans une approche pluri et trans disciplinaire d'où l'intérêt de travailler en réseau.

Le réseau d'alcoologie peut donc être une solution à certains problèmes auxquels sont confrontés les professionnels de santé. Mais encore faut-il que l'organisation et les missions de ce réseau et des dispositifs qui le composent soient bien connues.

De ce fait, cette étude a pour objectif principal de décrire l'utilisation par les médecins généralistes de la Haute-Vienne des différents dispositifs sanitaires et médico-sociaux dans la prise en charge d'un trouble d'usage d'alcool sur le département.

Dans un second temps, nous mettrons en évidence les freins que rencontrent les praticiens pour l'orientation vers ces structures et nous essaierons de proposer des solutions qui faciliteraient l'utilisation de ces dispositifs afin d'améliorer l'orientation et de façon globale la prise en charge des patients ayant un trouble d'usage d'alcool (mésusage et dépendance confondus).

Quelques données de la littérature sur le Trouble de l'Usage d'Alcool

1.1. Prévalence de la consommation d'alcool

1.1.1. Au plan national

En France, bien que la consommation d'alcool diminue régulièrement depuis plusieurs décennies (elle a été divisée par deux entre 1960 et 2009), l'impact de la consommation excessive sur la santé demeure élevé.

Il s'agit de la deuxième cause de mortalité prématurée en France après le tabagisme. En 2009, environ 49 000 décès étaient attribuables à l'alcool tous âges confondus. 36 500 décès sont attribuables à l'alcool chez les hommes (13% de la mortalité totale) et 12 500 chez les femmes (5% de la mortalité totale). Ceci inclut 15 000 décès par cancer, 12 000 décès par maladies cardiovasculaires, 8 000 par maladies digestives, 8 000 par cause externe et 3 000 par maladies mentales et troubles du comportement (Tableau 1). Les fractions attribuables à l'alcool sont de 22% dans la population des 15-34 ans, de 18% dans la population des 35-64 ans et de 7% dans celle des 65 ans et plus [3].

Concernant la consommation quotidienne d'alcool dans la population française, le Baromètre santé 2014 estime qu'environ 10% des adultes sont en difficulté (15% d'hommes et 5% de femmes) principalement entre 25 et 64 ans (Tableau 2). Ce pourcentage reste relativement stable depuis les années 1990. [4]

Fractions attribuables à l'alcool et nombre de décès suivant la pathologie et le sexe en 2009

	Fraction attribuable		Nombre de décès dus à l'alcool		
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Total
Cancer	12 %	6 %	11 197	4 003	15 200
Bouche	75 %	36 %	951	178	1 129
Pharynx	86 %	49 %	1 842	172	2 014
Œsophage	84 %	53 %	2 860	467	3 327
Colon et rectum	30 %	9 %	2 949	750	3 699
Foie	30 %	9 %	1 850	201	2 051
Larynx	60 %	24 %	745	35	781
Sein		18 %		2 199	2 199
Maladie cardiovasculaire	14 %	3 %	9 523	2 710	12 233
Maladie hypertensive	46 %	15 %	1 420	866	2 286
Cardiopathie ischémique	5 %	- 3 %	938	- 529	409
Cardiomyopathie alcoolique	100 %	100 %	74	10	84
Arythmie cardiaque	53 %	22 %	2 250	1 366	3 615
AVC hémorragique	48 %	8 %	3 704	827	4 531
AVC ischémique	19 %	2 %	1 050	150	1 200
Varices œsophagiennes	100 %	100 %	88	20	108
Maladies digestives	45 %	20 %	5 627	2 145	7 772
Gastrite alcoolique	100 %	100 %	0	0	0
Maladie alcoolique du foie	100 %	100 %	3 543	1 317	4 860
Hépatite chronique sans précision	100 %	100 %	15	10	25
Fibrose et cirrhose du foie	100 %	100 %	1 684	767	2 451
Cholélithiase	47 %	- 10 %	- 51	- 19	- 70
Pancréatite	74 %	17 %	438	71	509
Autres maladies			3 441	634	4 075
Diabète de type 2	21 %	- 4 %	638	- 143	494
Encéphalopathie de Wernicke	100 %	100 %	6	4	10
Maladies mentales dues à l'alcool	100 %	100 %	2 251	608	2 859
Dégénérescence du système nerveux due à l'alcool	100 %	100 %	75	26	101
Epilepsie et mal épileptique	53 %	18 %	459	137	596
Polynévrite alcoolique	100 %	100 %	12	4	16
Causes externes	25 %	18 %	5 545	2 609	8 154
Total causes précisées attribuables à l'alcool	13 %	5 %	35 334	12 101	47 435
Causes inconnues ou mal précisées	16 %	5 %	1 250	363	1 613
Mortalité totale attribuable à l'alcool	13 %	5 %	36 584	12 465	49 048

Note : La proportion de consommateurs d'alcool, suivant différents niveaux, étant très différentes chez les hommes et chez les femmes, les calculs doivent être effectués séparément pour chaque sexe.
Source : Guérin et coll., 2013

Tableau 1

Indicateurs de consommations d'alcool parmi les 15-75 ans selon le sexe, en 2010 et 2014

	Ensemble		Hommes		Femmes	
	2010	2014	2010	2014	2010	2014
Consommation d'alcool						
Alcool au cours de l'année	86,2	86,4	89,6	88,9	83,0	84,0
Nombre déclaré de verres bus par semaine	5,5	5,5	8,1	8,0	2,8	2,8
Alcool hebdomadaire	47,1	47,5	61,3	60,5	33,7	35,1
<i>Vin</i>	36,9	37,1	46,7	45,4	27,5	29,1*
<i>Bière</i>	18,6	20,3***	30,9	32,6*	6,8	8,6***
<i>Alcools forts</i>	15,7	15,2	24,7	23,9	7,2	6,8
<i>Autres alcools</i>	9,0	7,7***	10,2	9,0*	7,8	6,4***
Alcool quotidien	11,0	9,7***	16,7	14,6**	5,5	4,9
Alcoolisation Ponctuelle Importante (API)						
API dans l'année	36,0	38,3***	51,5	53,2	21,3	24,2***
API mensuelle	17,8	17,4	28,2	26,2*	8,0	8,9
API hebdomadaire	4,8	5,0	7,9	8,2	1,8	2,0
Ivresse						
Ivresse dans l'année	19,1	19,1	27,6	26,5	11,1	12,1
Ivresses répétées	8,1	9,3***	13,0	13,5	3,6	5,2***
Ivresses régulières	3,1	3,8***	5,3	6,2*	0,9	1,6***

***, **, *: évolutions significatives aux seuils de 0,1%, 1% et 5% entre 2010 et 2014
Source : Baromètres santé 2010 et 2014, Inpes

Tableau 2

1.1.2. Au plan régional

Le Baromètre santé INPES 2010 estime que les régions les plus consommatrices d'alcool de façon quotidienne sont le Languedoc-Roussillon, le Nord-pas-de-Calais, la région Midi-Pyrénées et les Pays de la Loire [5].

Notre Région ne se distingue pas de façon significative des autres régions et reste dans la moyenne nationale en ce qui concerne l'usage régulier d'alcool. Néanmoins, elle se situe dans le haut du tableau en terme de consommation à risque. Cette dernière est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé par une consommation moyenne régulière de 20 à 40 g d'alcool par jour pour les femmes et de 40 à 60 g par jour pour les hommes. En effet, en 2005, plus de 10 % des 15-75 ans avaient un usage d'alcool à risque contre 8,5 % au niveau national [6].

Pour ce qui est des conséquences sanitaires et sociales liées à la consommation d'alcool, le Limousin apparaît en 3^{ème} position pour les décès secondaire à l'alcoolisme et la cirrhose du foie (0,52 ‰ habitant de 40 à 64 ans versus 0,39 ‰ sur l'ensemble du territoire) et présente en revanche le même taux de consultation en centre spécialisé en Alcoologie que l'ensemble du territoire (2,8 ‰ habitants de 20 à 70 ans).

La région est au dernier rang concernant les interpellations pour ivresse sur la voie publique (0,9 ‰ habitant de 20 à 70 ans versus 1,7 ‰ au niveau national), mais est au 5^{ème} rang en ce qui concerne la part des accidents corporels impliquant l'alcool (12,8 % versus 9,7 %).

Les données plus récentes de L'Observatoire Régional du Limousin estiment qu'entre 2005 et 2009, la mortalité consécutive aux pathologies liées à la consommation d'alcool est de 31%, contre 31,6% sur l'ensemble national. La Haute-Vienne représente le département où la mortalité est la plus faible de la région (28,7% versus 40,7% en Creuse) [7].

1.2. Définitions des principaux termes en Alcoologie

Différents types de consommations sont regroupés sous le nom de Troubles de l'Usage d'Alcool, décrit par le DSM-5. La Société Française d'Alcoologie a proposé plusieurs définitions d'usage qui représentent un continuum allant du non usage jusqu'aux différentes formes de mésusage, incluant les formes pathologiques, visualisables sur l'Echelle de Skinner (Illustration 1) [8] [9].

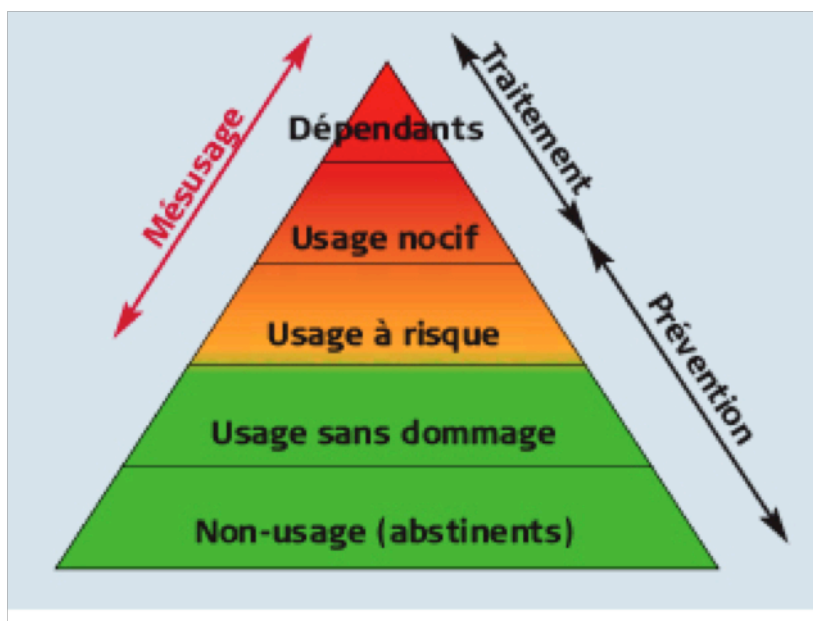


Illustration 1 : **Echelle de Skinner** (classification selon le risque alcool).

1.2.1. Non-usage (non consommateur)

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

1.2.2. Usage (consommateur modéré)

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

Seuils définis par l'OMS :

→ Ne pas dépasser plus 4 verres standards pour les événements particuliers (au-delà de cette consommation, cela est considéré comme un jour de forte consommation, Heavy Drinking Day).

→ 3 verres standards par jour pour les hommes.

→ 2 verres standards par jour pour les femmes.



Illustration 2 : Equivalence degré d'alcool et quantité dans un verre standard.

1.2.3. 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, dépendance à l'alcool incluse.

Usage à risque (consommateur à risque): toute conduite d'alcoolisation où la consommation est 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. Cette catégorie inclut également les consommations égales ou mêmes inférieures aux seuils de l'OMS quand elles sont associées à une situation à risque et/ou un risque individuel particulier, tel que la consommation d'alcool lors d'une grossesse ou avant la conduite de véhicule.

Usage nocif (consommateur à problèmes): toute conduite d'alcoolisation caractérisée par 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 et par l'absence de dépendance à l'alcool.

Usage avec dépendance (consommateur dépendant ou dépendance à l'alcool): toute conduite d'alcoolisation caractérisée par la perte de maîtrise de la consommation.

1.2.4. Syndrome de dépendance

L'Organisation Mondiale de la Santé propose de se tenir à la classification de la CIM-10 (10^{ème} Révision de la Classification statistique internationale) concernant la définition du syndrome de dépendance. Celui-ci est donc défini comme un ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques dans lesquels l'utilisation d'une substance entraîne un désinvestissement progressif des autres activités [10].

La caractéristique essentielle du syndrome de dépendance consiste en une perte de contrôle de sa consommation, un désir parfois compulsif de boire de l'alcool, fumer du tabac ou prendre toute autre substance psychoactive. Cela s'exprime par un syndrome de sevrage physiologique lorsque le sujet diminue ou arrête la consommation de la substance psychoactive, la mise en évidence d'une tolérance aux effets de la substance psychoactive (le sujet a besoin d'une quantité plus importante pour obtenir l'effet souhaité), un abandon progressif des autres sources de plaisirs et centres d'intérêts (le sujet passe de plus en plus de temps pour se procurer la substance, la consommer et obtenir ses effets) et la poursuite de la consommation de la substance malgré la survenue de conséquences manifestement nocives.

La dépendance est considérée comme la forme la plus sévère des troubles liés à l'usage d'alcool.

Une conduite d'alcoolisation avec dépendance ne se définit donc ni par rapport à un seuil ou une fréquence de consommation, ni par l'existence de dommages induits qui néanmoins sont souvent associés.

En mai 2013, l'Association psychiatrique américaine publie la 5^{ème} édition du Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux (DSM-5) [11]. Ce dernier définit à présent un seul trouble lié à l'usage d'alcool nommé « Alcohol Use Disorder » (AUD) ou trouble d'usage d'alcool. En fait, il intègre les deux troubles qui étaient détaillés dans le DSM-IV, l'abus d'alcool et la dépendance à l'alcool [12].

Le trouble d'usage d'alcool correspond donc à un mode d'utilisation inadaptée du produit conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance, cliniquement significative, caractérisée par la présence de deux (ou plus) des manifestations suivantes, à un moment quelconque d'une période continue de douze mois :

1. Le produit est souvent pris en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévue.

2. Il existe un désir persistant ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'utilisation du produit.

3. Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir le produit, utiliser le produit ou récupérer de leurs effets.

4. Craving ou une envie intense de consommer le produit.

5. Utilisation répétée du produit conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison.

6. Utilisation du produit malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets du produit.

7. Des activités sociales, occupationnelles ou récréatives importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation du produit.

8. Utilisation répétée du produit dans des situations où cela peut être physiquement dangereux.

9. L'utilisation du produit est poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par cette substance.

10. Tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :

a. besoin de quantités notablement plus fortes du produit pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré.

b. effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité du produit.

11. Sevrage, caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :

a. syndrome de sevrage du produit caractérisé.

b. le produit (ou une substance proche) sont pris pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.

Le DSM-5 définit alors le Trouble d'Usage à l'Alcool selon un modèle dimensionnel avec un continuum de sévérité partagé entre 3 catégories : léger (si présence de 2 ou 3 des critères ci-dessus), modéré (si 4-5 symptômes) et sévère (si 6 symptômes ou plus).

1.3. Physiopathologie de la dépendance

L'abus ou la consommation répétée d'une substance psychoactive est susceptible de déclencher un phénomène de dépendance. Il s'agit d'une adaptation progressive des cellules et des réseaux neuronaux aux effets pharmacologiques directs de la substance afin que le cerveau tente de recréer son équilibre. Si on arrête la consommation de la substance, l'état de dépendance se manifeste sur le plan clinique par un syndrome de sevrage. L'individu ne consomme alors non pas pour améliorer son état normal mais pour le retrouver.

Une consommation d'alcool excessive procure en général des effets euphorisants, hédoniques, anxiolytiques qui conduisent l'individu à reproduire de plus en plus souvent ce comportement, aboutissant à la dépendance. Les mécanismes neurobiologiques associés à ce type de manifestations sont regroupés sous le nom de « système de la récompense » qui regroupe en partie l'aire tegmentale ventrale (ATV) et le noyau accumbens.. Ce système est vraisemblablement lié au système dopaminergique méso-limbo-cortical (DA-MLC) qui jouerait notamment un rôle dans les phénomènes d'appétence, les processus de mémorisation et d'apprentissage, de motivation et de décision. Une des fonctions primordiales du système limbique est également de renforcer les comportements essentiels à la survie de l'espèce tels que la procréation ou la prise alimentaire [13].

De plus, ce système renforcerait les associations entre les stimuli environnementaux associés à la prise de drogue et les effets des drogues. C'est ce que l'on appelle le conditionnement ; c'est-à-dire que lorsque le sujet se retrouve face à un stimulus connu (phénomène en relation avec la mémoire pathologique), cela peut déclencher le phénomène de craving et la rechute même après une longue période d'abstinence [14].

Le système de la récompense regroupe 3 composantes :

- La composante affective correspondant à la perception hédonique de la récompense (le plaisir procuré par l'alcool). Elle est en lien avec l'amygdale élargie.
- La composante cognitive, soit le processus d'apprentissage qu'est le conditionnement de l'action d'ingérer de l'alcool. Cela met en jeu l'hippocampe qui a un rôle central dans la mémoire.
- La composante motivationnelle constituée par la motivation et la mise en oeuvre de diverses actions pour trouver l'alcool, qui met en jeu le cortex préfrontal (CPF).

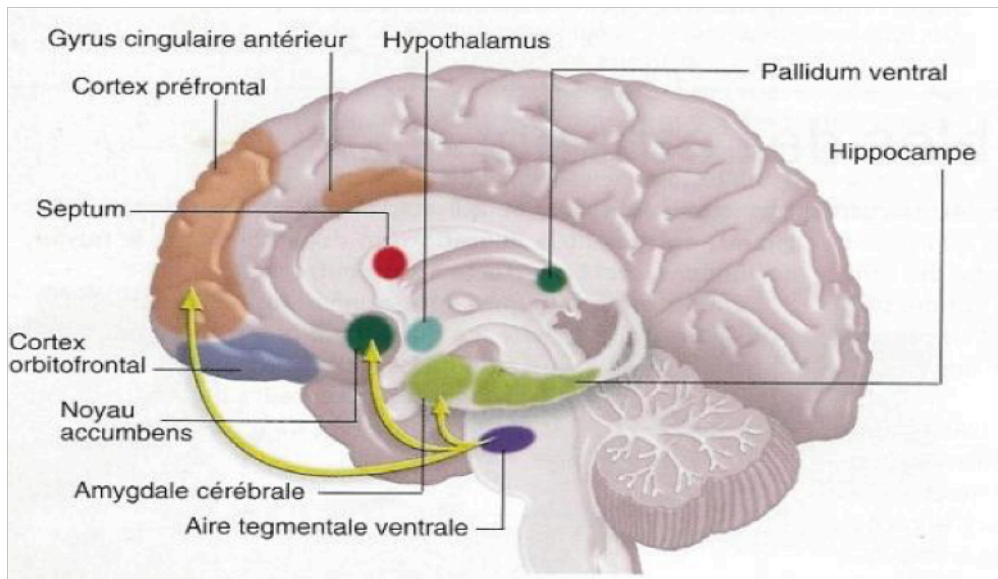


Illustration 3 : schéma en coupe sagittale du système méso-limbique

Lorsque l'ATV reçoit une information liée à un besoin fondamental (par exemple la prise alimentaire), cela déclenche la libération de dopamine qui transmet l'information au noyau accumbens. Le niveau de satisfaction obtenu est tel que le sujet intègre l'action produite via l'amygdale et l'hippocampe et renforce son comportement afin de reproduire cette action dans le même contexte, d'où l'intervention du CPF dans la motivation.

La dopamine est donc un des principaux neurotransmetteurs du système de la récompense ; il serait responsable d'un signal d'apprentissage associé à l'obtention d'une récompense dans un contexte précis. De cette façon, le cerveau fait en sorte que la probabilité de voir se renouveler ce comportement menant à une récompense soit augmentée, c'est ce que l'on appelle le « craving de récompense » (Illustration 3) [14] [15] .

La description du circuit cérébral de la récompense date des années 1950, décrit par Olds et Milner qui avaient mis en évidence que des rats qui s'autostimulaient électriquement dans certaines structures cérébrales (dont l'ATV) s'infligeaient un jeûne fatal, démontrant ainsi que l'activation de ces régions du cerveau surpassait celle induite par des récompenses naturelles telle que la nourriture [16].

En fait, l'effet de l'alcool lors d'un usage chronique ne fait qu'usurper celui des récompenses naturelles pour lesquelles notre cerveau est programmé et modifie donc son fonctionnement.

Il semblerait aussi qu'un autre système soit en lien avec la dépendance à l'alcool, il s'agit du système opioïdérique. En effet, les opioïdes endogènes font partie des neuro-modulateurs naturels de la libération de dopamine. L'administration d'alcool induit alors des changements complexes pour la libération de ces peptides opioïdes. Les principaux ligands endogènes agissant dans l'addiction à l'alcool se fixent à des récepteurs dont l'activité ne fait

qu'être opposée. C'est notamment l'opposition récepteur mu (μ) et récepteur kappa (κ) qui module de façon contraire la libération de dopamine ou non.

En effet, les opioïdes endogènes et plus particulièrement les β -endorphines qui se fixent sur les récepteurs μ contribuent à la libération de dopamine induite par l'alcool. En parallèle, la consommation répétée d'alcool induit un déséquilibre du système endogène opioïde, notamment entre les voies des endorphines et celles de la dynorphine (autre ligand endogène du système opioïde avec les endorphines) qui ont une affinité pour les récepteurs κ . En fait, la voie-endorphine est hypoactivée contrairement à la voie-dynorphine, ce qui induit une baisse de dopamine au niveau du noyau accumbens. Sur le plan psychosomatique, cela se traduit par un mal-être de l'individu en l'absence d'alcool. Afin de lutter contre ce déséquilibre et atténuer son état de mal-être et de stress provoqué par le manque, le sujet est donc obligé de rechercher une consommation d'alcool et perd tout contrôle de sa consommation. Lorsqu'il ingère l'alcool à ce moment-là, c'est ce que l'on appelle le « craving de soulagement » [14] [15].

Il existe également une interaction du système nerveux central avec le neuromodulateur GABA (acide gamma-aminobutyrique, également ligand naturel endogène) dans ce processus de craving de soulagement. Le rôle des neurones GABAergiques est d'inhiber les neurones dopaminergiques. De ce fait, l'exposition répétée d'alcool diminue l'hyper excitabilité des neurones GABA ce qui contribue à réduire l'inhibition neuronale dopaminergiques, aboutissant donc à l'effet de tolérance.

D'ailleurs cette voie GABAergique est la cible de certaines thérapeutiques proposées pour le maintien d'abstinence et constitue actuellement toujours une piste de recherche pour de potentielles thérapies médicamenteuses dans le traitement de la dépendance à l'alcool [17].

La pathologie alcoolique est donc véritablement une maladie neurobiologique dans le sens où elle induit un réel remodelage du fonctionnement de notre cerveau.

1.4. La dépendance à l'alcool, une pathologie génétique ?

Depuis de nombreuses années, les études ont montré qu'il existait une part de prédisposition génétique dans la pathologie alcoolique. La fréquence est évaluée entre 10 et 50 % dans la fratrie d'un malade dépendant à l'alcool. En effet, des études réalisées sur des jumeaux qui comparent les jumeaux monozygotes (disposant du même patrimoine

génétique) et les jumeaux dizygotes (disposant de la moitié des gènes en commun) montrent que 35 à 40 % du risque de développer une dépendance à l'alcool est déterminé par les gènes. Pour ce qui concerne les enfants de parents dépendants qui sont adoptés par des parents a priori non dépendants à l'alcool, les études concluent à la priorité des facteurs génétiques par rapport aux facteurs d'éducation. De façon plus récente, des travaux ont prouvé que faire goûter de l'alcool à un enfant facilite l'initiation de la consommation à l'adolescence et l'entrée dans un comportement de binge drinking. De plus, l'exposition à l'alcool à un stade précoce du développement (adolescence voire même in utero) augmente le risque de devenir dépendant.

Cependant, il n'y a pas un gène identifié comme étant celui de la dépendance à l'alcool, mais il s'agit de l'interaction de plusieurs gènes qui abaisse le seuil de vulnérabilité de la dépendance à l'alcool. De nombreux marqueurs génétiques ont été testés notamment les gènes correspondant aux récepteurs de certains neuromodulateurs tels que celui de la dopamine, de la sérotonine, de GABA qui sont entre autre impliqués dans les phénomènes d'appétence, de tolérance et de dépendance à l'alcool. Cependant, aucun gène spécifique n'a été révélé puisqu'il s'agit plutôt d'une interaction polygénique avec des facteurs environnementaux [18].

De ce fait, l'autre plus grande part responsable du risque de développer une dépendance à l'alcool comprend les facteurs environnementaux et contextuels. L'histoire personnelle modelée par l'environnement de chacun est donc une dimension importante jouant sur la vulnérabilité individuelle à développer une dépendance. Certaines circonstances telles que la précarité, l'isolement social, les antécédents d'addiction dans la famille, l'âge de l'exposition à l'alcool, le milieu socio-économique, les traumatismes, notamment durant l'enfance, les problèmes affectifs ou psychiatriques peuvent favoriser une vulnérabilité sous-jacente. Par exemple, les règles morales et religieuses familiales protègent l'individu d'un usage inapproprié de l'alcool, tandis qu'un climat familial perturbé ou le manque d'attention des parents vis-à-vis de leurs enfants agissent en sens inverse. Ces facteurs de risque environnementaux, en interagissant avec les tendances héritées d'un individu peuvent modifier l'activité transcriptionnelle de certains gènes tout au long des processus de neuro-développement, aboutissant à une certaine vulnérabilité au trouble d'usage d'alcool [19].

1.5. Repérage d'un Trouble d'Usage d'Alcool

En 1998, à la suite du programme de valorisation nationale du repérage précoce et des interventions brèves (RPIB) nommé « Less is better » soumis par l'OMS, l'association nationale de prévention en alcoologie et addictologie et les instances responsables de la santé publique ont porté le programme expérimental « Boire moins c'est mieux ». Celui-ci a pour objet l'adaptation des outils du repérage précoce et de l'intervention brève aux conditions françaises d'exercice de la médecine, afin de réduire l'usage nocif d'alcool dans le pays [20].

Par ailleurs, une enquête épidémiologique publiée en 2003, révélait à l'époque que le thème de l'alcool était rarement abordé en médecine générale, alors que les patients eux-mêmes estimaient légitime que leur médecin traitant les questionne au sujet de leur consommation [21]. Certains médecins sont réticents à interroger leurs patients sur leur consommation d'alcool car la crainte est souvent d'être perçu comme trop intrusif ou de laisser penser au patient qu'il est suspecté « d'alcoolisme ». La crainte ultime est que le patient rompe la relation de confiance qui existe entre le patient et le médecin. Mais avec un mésusage chez près d'un patient sur cinq, moins de 50% sont identifiés comme ayant un trouble d'usage d'alcool et le rôle de l'alcoolisation n'est souvent reconnu que comme comorbidité et non comme facteur causal. Les soignants éprouvent des difficultés que ce soit l'abord du thème de l'alcool, le manque de temps, une formation inappropriée dans le repérage et la prise en charge, une inquiétude vis-à-vis de patients réticents ou une démotivation face à des personnes peu réceptives aux propositions de prise en charge [22].

Cependant, les recommandations en Alcoologie incitent les professionnels de santé à repérer de façon précoce les troubles liés à l'alcoolisation, et divers outils de dépistage ont été élaborés afin de faciliter leur travail. Dans les cabinets de médecins généralistes, les dernières données estiment qu'environ 18 % des patients adultes ont un problème avec l'alcool soit 29,5% des hommes et 11% des femmes (mésusage et dépendance confondus) [23].

1.5.1. Dépistage clinique

Un patient éthylique chronique peut présenter des signes d'imprégnation d'alcool tels que le visage congestionné, les conjonctives injectées, les tremblements. Le patient peut se plaindre de troubles du sommeil à type de cauchemars, insomnies ; des nausées, une anorexie et également présenter des troubles psychiques comme l'irritabilité, des troubles de

la mémoire ou du comportement. Néanmoins, ces signes sont inconstants d'où l'intérêt de mener un interrogatoire complet et précis.

Lors d'une consultation, il est donc important de toujours demander clairement au patient sa consommation d'alcool ; il s'agit de la consommation déclarée d'alcool (CDA) qui est évaluée en termes de verres standards par jour ou par semaine. Cependant, cet interrogatoire reste limité puisque les patients sous estiment en général leur consommation car leur représentation d'un verre ne correspond pas forcément à la définition du « verre standard ». Il est important de prendre le temps et ne pas hésiter, au besoin, à réitérer le repérage lors de consultations ultérieures.

Divers questionnaires à utiliser lors des interventions brèves sont établis afin de dépister une consommation excessive d'alcool.

Le questionnaire DETA :

Traduction française du questionnaire CAGE, il est peu coûteux en temps, simple d'utilisation et donc largement validé pour repérer l'abus et la dépendance à l'alcool. Il explore la vie entière du patient en abordant 4 questions recherchant un mésusage à l'alcool. Il est tout à fait adapté avec une sensibilité supérieure à 75% et une spécificité à 90%.

- Avez-vous déjà ressenti le besoin de **D**iminuer votre consommation de boissons alcoolisées ?
- Votre **E**ntourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ?
- Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez **T**rop ?
- Avez-vous déjà eu besoin d'**A**lcool dès le matin pour vous sentir en forme ?

Score inférieur à 2 (au plus : 1 seule réponse positive): consommation occasionnelle et modérée, la personne peut facilement se passer d'alcool sans que cela n'entraîne aucun problème.

Score supérieur ou égal à 2: consommation excessive, il faut la réduire sans tarder pour ne pas évoluer progressivement vers la maladie alcoolique. La plupart du temps, son entourage proche s'est rendu compte de son état.

Le questionnaire AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) créé par l'Organisation Mondiale de la Santé :

Ce test explore les douze derniers mois de la vie du patient, il consiste en 10 questions abordant la consommation récente d'alcool, des probables symptômes de dépendance et des problèmes physiques, psychiques ou sociaux liés à la consommation d'alcool. Une ancienne étude ayant pour objectif d'évaluer les méthodes de dépistage en soins primaires dans la pathologie alcoolique a montré que ce questionnaire semblait plus pertinent dans l'identification des sujets présentant une consommation à risque alors que le DETA semblait plus adapté dans le repérage de l'abus et la dépendance [24].

	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	
Total						

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

Consommation à risque si le total est entre 6 et 12 pour une femme.

Consommation à risque si le total est entre 7 et 12 pour un homme.

Dépendance probable si le total est supérieur à 12.

Le questionnaire FACE (Fast Alcohol Screening Test) :

Ce test est issu du programme « Boire moins c'est mieux ». Il repose sur 5 questions, simple, facile d'utilisation lors d'interventions brèves.

Questionnaire Face																	
1- A quelle fréquence consommez-vous des boissons contenant de l' alcool ?																	
<input type="radio"/> Jamais	0																
<input type="radio"/> 1 fois par mois au moins	1																
<input type="radio"/> 2 à 4 fois par mois	2																
<input type="radio"/> 2 à 4 fois par semaine	3																
<input type="radio"/> 4 fois par semaine ou plus	4																
Points : ...																	
2- Combien de verres standard buvez-vous les jours ou vous buvez de l'alcool ?																	
<input type="radio"/> 1 ou 2	0																
<input type="radio"/> 3 ou 4	1																
<input type="radio"/> 5 ou 6	2																
<input type="radio"/> 7 à 9	3																
<input type="radio"/> 10 ou plus	4																
Points : ...																	
3- Votre entourage vous a-t-il fait des remarques concernant votre consommation d'alcool ?																	
<input type="radio"/> Non	0																
<input type="radio"/> Oui	4																
Points : ...																	
4- Vous est-il arrivé de consommer de l'alcool le matin pour vous sentir en forme ?																	
<input type="radio"/> Non	0																
<input type="radio"/> Oui	4																
Points : ...																	
5- Vous est-il arrivé de boire et de ne plus vous souvenir le matin de ce que vous avez pu dire ou faire ?																	
<input type="radio"/> Non	0																
<input type="radio"/> Oui	4																
Points : ...																	
TOTAL : ...																	
RESULTATS																	
<table border="1"><thead><tr><th colspan="2">Pour les hommes</th><th colspan="2">Pour les femmes</th></tr></thead><tbody><tr><td>Moins de 5 points</td><td>risque faible ou nul</td><td>Moins de 4 points</td><td>risque faible ou nul</td></tr><tr><td>De 5 à 8 points</td><td>consommation excessive dépendance</td><td>De 4 à 8 points</td><td>consommation excessive probable</td></tr><tr><td>Plus de 8 points</td><td>probable</td><td>Plus de 8 points</td><td>dépendance probable</td></tr></tbody></table>		Pour les hommes		Pour les femmes		Moins de 5 points	risque faible ou nul	Moins de 4 points	risque faible ou nul	De 5 à 8 points	consommation excessive dépendance	De 4 à 8 points	consommation excessive probable	Plus de 8 points	probable	Plus de 8 points	dépendance probable
Pour les hommes		Pour les femmes															
Moins de 5 points	risque faible ou nul	Moins de 4 points	risque faible ou nul														
De 5 à 8 points	consommation excessive dépendance	De 4 à 8 points	consommation excessive probable														
Plus de 8 points	probable	Plus de 8 points	dépendance probable														

1.5.2. Dépistage paraclinique

Les analyses biologiques peuvent également nous permettre de suspecter des alcoolisations excessives, cependant elles ne doivent pas être utilisées pour poser le diagnostic de Trouble d'Usage d'alcool. Ils ont surtout leur intérêt dans l'évaluation de l'évolution du patient, en permettant de suivre de façon objective les modifications de consommation au cours du temps.

Le dosage des enzymes hépatiques, principalement les GGT (γ glutamyl transférase) dont le taux sérique augmente en réponse à une consommation variable d'alcool. Les taux de GGT réagissent à des niveaux de consommation régulière même faible mais en général une consommation excessive prolongée est nécessaire pour faire passer une proportion

importante de buveurs au dessus des valeurs de référence. Le taux redevenant normal en 4 semaines d'abstinence environ, en l'absence d'hépatopathie grave. Cependant, la spécificité des GGT étant faible, seule une décroissance lors d'un sevrage permettrait de confirmer que l'alcool est responsable de leur augmentation.

Puis il y a le VGM (Volume Globulaire Moyen) qui augmente aussi avec la consommation d'alcool. Mais le VGM a tout de même une sensibilité médiocre inférieure à 50%, néanmoins il est plus spécifique que les GGT dans la plupart des populations avec des spécificités à plus de 90%.

Il y a également l'enzyme hépatocytaire, la CDT (carbohydre déficient transferrin) qui est utilisée en tant que test biochimique, marqueur d'une consommation d'alcool excessive des 2 dernières semaines. La spécificité est de l'ordre de 85 à 90% quelque soit le type de population concernée. Son dosage est utile dans le suivi d'un maintien d'abstinence essentiellement et dans le cadre des injonctions de soins par des commissions paritaires de permis de conduire.

1.6. Les recommandations récentes en Alcoologie

1.6.1. Missions du médecin généraliste

Le rôle du médecin généraliste est bien sûr de dépister un problème de consommation à risque ou de dépendance à l'alcool mais également de proposer une aide au sevrage chaque fois que cela s'impose que ce soit sur le plan thérapeutique mais également psychologique ainsi qu'un suivi tout au long de la vie de l'individu. Cette prise en charge doit être globale et individualisée.

Au préalable, il est nécessaire que le patient reconnaisse sa consommation excessive et qu'il accepte la démarche proposée. C'est à ce moment-là que la relation de confiance médecin-patient intervient et que les deux individus peuvent établir un projet thérapeutique réalisable, en fonction du profil du patient.

En 2014, la Société Française d'Alcoologie a établis de nouvelles recommandations de bonnes pratiques concernant la prise en charge du mésusage d'alcool [25].

Elles incitent davantage les médecins généralistes à repérer de la façon la plus précoce possible un mésusage dans les situations suivantes :

- un examen de routine
- lors de la prescription d'un médicament connu pour interagir avec l'alcool

- lors d'un passage au service d'accueil des urgences
- chez les femmes enceintes ou ayant un désir de grossesse
- chez les adolescents, fumeurs, jeunes adultes, plus à risque de consommer de l'alcool
- chez les personnes ayant des problèmes de santé liés à une consommation excessive d'alcool
- chez les patients ayant une pathologie chronique résistante au traitement

Puis lorsqu'un mésusage est repéré, il est important de le consigner dans le dossier médical du patient puis de rechercher d'autres comorbidités addictologiques, somatiques, cognitives ou sociales. Evidemment, plus il y aura de poly-addictions ou de problèmes médico-sociaux associés, plus la prise en charge sera longue et complexe.

Enfin, il faudra prévoir une intervention thérapeutique adaptée à la sévérité du mésusage mais également à la motivation du patient, d'où l'intérêt de l'entretien motivationnel parfois à réitérer lors de plusieurs consultations afin d'établir une vraie relation de confiance. Cela va de l'intervention brève à l'intervention complexe en milieu hospitalier en passant par l'intervention ambulatoire en centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie.

Le médecin généraliste doit proposer au patient un objectif de prise en charge, l'abstinence ou la réduction de consommation tout en précisant que l'abstinence est plus raisonnable pour une personne sévèrement dépendante ou réellement nécessaire lorsqu'il existe déjà des complications organiques et/ou psychiatriques. Cependant, le médecin généraliste doit accepter le choix du patient et valoriser ce dernier.

Une étude de 2010 révélait que les patients ayant choisi l'abstinence au départ ont montré de meilleurs résultats pour abstinence et consommation sans problèmes à 3 mois que ceux ayant choisi la non-abstinence mais qu'il n'y avait pas de différence sur les résultats globaux à 12 mois en fonction du choix de départ [26].

1.6.2. La prise en charge thérapeutique d'un TUA

Il existe plusieurs étapes dans la prise en charge de la dépendance à l'alcool qui sont en fonction du stade de motivation de patient.

Selon le modèle de Prochaska et DiClemente, il est possible d'aborder la question du sevrage lorsque le patient se situe au stade d'action, après la contemplation et la

détermination, ce qui signifie que le patient est prêt à modifier son style de vie mais il nécessitera du soutien et de l'encouragement.

Le sevrage repose très fréquemment sur la prescription de benzodiazépines types Valium® ou Séresta® sur une dizaine de jours, associés à une hydratation [25] [27] (environ 2 litres d'eau par jour) ainsi qu'une vitaminothérapie B1, B6, PP ; la plus importante étant la vitamine B1 qui en cas de déficit lors d'un sevrage, peut conduire à l'encéphalopathie de Gayet-Wernicke alors que la vitamine B6 ne doit pas être prolongée compte tenu du risque potentiel de neuropathies liées à son surdosage. Les benzodiazépines devraient être arrêtés si possible très progressivement mais définitivement au bout d'un certain temps afin d'éviter toute co-addiction. En effet, les benzodiazépines (anxiolytiques et hypnotiques) appartiennent au groupe des psychotropes ayant un pouvoir addictif reconnu comme toute autre substance psychoactive. Ils sont donc aussi susceptibles d'induire une dépendance.

Un sevrage ambulatoire n'est possible que si le patient présente un entourage présent, un état thymique satisfaisant sans pathologies psychiatriques ajoutées, l'absence d'antécédent de délirium tremens ou de crises comitiales et l'absence de complications sur le plan somatique.

Lorsque le sevrage ambulatoire est réalisé, il est impératif de suivre son patient de façon rapprochée afin d'évaluer sa tolérance au sevrage ; il est d'ailleurs possible de s'aider des échelles CIWA ou Cushman, et en fonction des résultats d'adapter les posologies de benzodiazépines.

Lorsque l'étape du sevrage est réussie et que le patient a récupéré ; vient alors le stade de maintien d'abstinence et de prévention des rechutes.

1.6.2.1. Les traitements réducteurs d'appétence alcoolique

L'**Acamprosate** ou Aotal® prescrit à la posologie de quatre comprimés par jour pour les patients dont le poids est inférieur à 60 kg et six comprimés par jour au-delà de ce poids. C'est un analogue de l'acide gamma-aminobutyrique (GABA) dont l'activité est modifiée chez le patient alcoolique ; le GABA est le principal neuromodulateur sédatif du système nerveux central. La durée de prescription varie de 6 mois à un an.

La **Naltrexone** ou Révia® est un antagoniste opioïde qui bloquerait l'effet des endorphines produites lors de la consommation d'alcool ; il jouerait un rôle notamment dans la diminution du craving. La posologie recommandée est d'un comprimé par jour sur une durée de 3 mois.

Le **Disulfiram** ou Espéral® peut encore trouver une place dans la prise en charge de la dépendance à l'alcool avec son effet antabuse, provoquant des nausées voire des vomissements lors de l'ingestion d'alcool. Le patient ainsi que son entourage doivent en être bien informés.

Le **Baclofène** ou Lioréal® a été autorisé en 1975 dans le traitement des contractures musculaires involontaires d'origine cérébrale ou survenant au cours d'affections neurologiques, telles que la sclérose en plaques ou certaines maladies de la moelle épinière. Le baclofène est un agoniste des récepteurs GABA-B qui sont impliqués, au niveau du système nerveux central, dans le circuit dit de «la récompense».

Ce médicament bénéficie d'une Recommandation Temporaire d'Utilisation depuis 2013 (RTU) [28] et les autorités de santé ont posées deux indications : « *Aide au maintien de l'abstinence après sevrage des patients dépendants à l'alcool* » et « *Réduction majeure de la consommation d'alcool jusqu'au niveau faible de consommation tel que défini par l'OMS chez les patients alcoolo-dépendants à haut risque* ». Sa posologie doit être très progressivement augmentée et l'ANSM précise qu'à partir de 12 comprimés par jour soit 120 mg, un deuxième avis doit être sollicité auprès d'un psychiatre et/ou addictologue et au-delà de 180 mg par jour, un « avis collégial » auprès d'un Centre de soin et d'accompagnement et de prévention en addictologie. Une nouvelle version de cette RTU doit être de nouveau à l'étude à partir de novembre 2016, justement afin d'étudier ces limites de posologies soumises aux médecins généralistes.

Lors du congrès mondial d'alcoologie en septembre 2016, les études françaises menées sur le baclofène BACLOVILLE et ALPADIR ainsi que deux études allemande et néerlandaise ont été présentées. Les premiers résultats montrent une forme d'efficacité de la molécule dans la réduction de consommation mais pas pour maintenir l'abstinence. Les résultats définitifs notamment ceux de BACLOVILLE sont actuellement en attente avant de discuter d'une AMM du Baclofène dans cette indication.

Le **nalméfène** ou Selincro® est un antagoniste opioïde ayant obtenu l'autorisation de mise sur le marché (AMM) dans la prise en charge de la dépendance à l'alcool en 2013. Il a pour objectif de réduire la consommation d'alcool des individus ayant une consommation à risque élevé sans symptômes physiques de sevrage et ne nécessitant pas un sevrage immédiat. Il est prescrit notamment lorsque le patient ne peut pas réduire sa consommation d'alcool par lui-même et est initié uniquement chez les patients pour lesquels une consommation d'alcool à risque élevé persiste 2 semaines après l'évaluation initiale. La commission de la transparence de l'HAS de décembre 2013 précise que le Selincro® doit être prescrit en association avec un suivi psychosocial et qu'il peut être proposé en premier choix de

traitement pour réduire la consommation d'alcool [29] [30]. Le principe de ce traitement consiste en une prise lorsque le patient ressent l'envie de consommer de l'alcool. Chaque jour où il se retrouve dans cette situation de désir, il doit prendre de préférence 1 à 2 heures avant la consommation, un comprimé de Sélincro. Et s'il a déjà commencé à boire, il doit prendre un comprimé dès que possible. Ce médicament est pris en charge à 30% par l'assurance maladie.

Outre la récente introduction du nalméfène dans la réduction de consommation d'alcool, d'autres thérapeutiques semblent être de possibles perspectives de traitement dans la dépendance à l'alcool notamment le Topiramate (Epilex®) qui est un antiépileptique GABAergiques, l'Ondansetron (Zophren®) qui est actuellement utilisé comme antiémétique au cours des chimiothérapies et en post-opératoire ; c'est un antagoniste des récepteurs 5-HT3 de la sérotonine et l'Aripiprazole (Abilify®) qui est un antipsychotique agoniste partiel du récepteur D2 de la dopamine [31].

Cependant, bien que les essais thérapeutiques montrent une amélioration des patients avec ces médicaments contre placebo, la diminution de consommation reste limitée et il est nécessaire que d'autres études soient réalisées comprenant des échantillons de patients plus importants afin de confirmer les résultats.

Le principal de la prise en charge reste l'accompagnement psycho-social qui est un axe fondamental à ne pas oublier, en association avec n'importe quelle thérapeutique.

Pour ce qui est du choix de l'objectif thérapeutique à savoir l'abstinence ou la réduction de consommation, comme nous l'avons dit précédemment, l'abstinence reste à favoriser dans certaines situations telles que les co-morbidités psychiatriques, les complications somatiques, les altérations des fonctions cognitives ou les problèmes de co-addictions.

Toutefois, la littérature a prouvé à plusieurs reprises que la réduction de consommation était associée à de nombreux bénéfices sociaux ce qui n'est pas négligeable dans cette pathologie complexe. La réduction de consommation reste donc à préférer lorsque l'abstinence n'est pas un souhait du patient et/ou qu'il ne semble pas réalisable.

1.6.2.2. Intérêt des thérapies cognitives et comportementales

Le soutien psychologique représente la base de la prise en charge du sujet ayant une dépendance à l'alcool après un sevrage, afin de maintenir l'abstinence, prévenir la rechute et améliorer la qualité de vie. La motivation à changer de comportement est l'un des facteurs essentiels qui conditionnent l'engagement dans les soins d'un patient dépendant et le

résultat de ces soins. Les thérapies cognitives et comportementales sont les mieux validées scientifiquement des différentes psychothérapies, leur utilisation est recommandée dans l'accompagnement des patients ayant un trouble de l'usage à l'alcool.

Les interventions se font sur 3 axes : le comportement, la cognition et l'émotion. Elles impliquent l'analyse fonctionnelle des situations à risque et des techniques élaborées de prévention de la rechute à partir de l'examen des schémas cognitifs qui la favorisent.

Les programmes cognitivo-comportementaux considèrent que les conduites addictives sont des comportements appris par conditionnement classique ou opérant, et par apprentissage social. Ces comportements peuvent être modifiés en utilisant les mêmes processus d'apprentissage.

Le modèle le plus utilisé en pratique clinique est celui dit de la prévention de la rechute dont l'axe central est constitué de situations dites à haut risque. Cela suppose qu'une fois que le patient est abstinente, il peut gérer efficacement des situations à haut risque, ou au contraire les gérer de façon inefficace. Il y a aussi une modification des croyances vis à vis du produit, une gestion des faux pas également afin d'éviter la dramatisation entraînant la rechute et des expositions aux stimuli alcooliques peuvent être efficaces. [32]

Ces thérapies peuvent être suivies lors d'hospitalisation ou dans les différents centres de soins et de prévention. Cela nécessite des patients motivés, et les thérapies se déroulent en groupe ouvert ou fermé.

1.7. Les réseaux de soins en Alcoologie

1.7.1. Bref Historique des réseaux de soins de façon générale

L'ancêtre de nos réseaux de soins actuels est le dispositif anti-tuberculeux qui avait été mis en place en 1914, lorsqu'il y eut une véritable prise de conscience du fléau que cela engendrait et du problème de santé publique que représentait cette maladie à l'époque [33].

En 1945, la sécurité sociale est mise en place, basée sur le principe de la prise en charge par la collectivité du risque assurance maladie. Une séparation va donc s'installer entre la prévention et le soin dans le domaine de la santé, c'est-à-dire que les prestations remboursables par l'assurance maladie se situeront dans le domaine du soin et le reste relèvera de la santé publique, de l'Etat, des collectivités locales et de l'hôpital public. De là arrive l'ère des réseaux institutionnels qui vont notamment se développer dans le domaine

de la lutte contre les fléaux sociaux sous l'appellation de « réseau sanitaire spécialisé », gérés par les DDASS (Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales).

Ce n'est qu'en 1980, lors de l'apparition du SIDA que les problèmes de ces systèmes de soins sont pointés. Il y a notamment une véritable prise de conscience sur l'intérêt urgente de faire davantage de prévention comme avec l'usage du préservatif.

Les réseaux de soins ont alors évolué de façon différente en réseaux de santé et réseaux de soins. La pathologie complexe qu'était le SIDA nécessitait souvent une prise en charge pluridisciplinaire médicale et sociale qui se retrouvait limitée par un système rigide et cloisonné.

Dans les années 90, de nombreuses réformes ont permis d'encourager le fonctionnement en réseau, notamment dans le domaine 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) ainsi que les réseaux Alzheimer, afin de répondre aux insuffisances du système de soin.

Les ordonnances de 1996 sont l'occasion d'officialiser ces réseaux de soins, elles prennent alors acte de l'insuffisance de prise en charge dans de nombreux domaines tels que la dépendance, les maladies chroniques, la prévention... et la nécessité d'un décroisement du système de santé. Elles proposent des outils de facilité pour améliorer la gestion en réseau (dossier médical partagé, informatisation, système d'information...).

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, [34] propose enfin une définition et précise les objectifs des « réseaux de santé » dans l'Article L6321-1 : *« 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 sont constitués entre les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des centres de santé, des institutions sociales ou médico-sociales et des organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi qu'avec des représentants des usagers. »*

1.7.2. Organisation du réseau de soin en Alcoologie

En 2007, le Ministère de la Santé a décidé d'élaborer un plan concernant la prise en charge et la prévention des addictions [35]. Les priorités étaient de mieux prendre en charge les addictions dans les établissements de santé et les centres médico-sociaux, améliorer la coordination des 3 secteurs de suivi et d'accompagnement du patient, que ce soit dans le milieu ambulatoire, hospitalier et médico-social, développer davantage de prévention notamment lors de situations à risque, renforcer la formation des professionnels au repérage et à la prise en charge des addictions et renforcer et coordonner la recherche en Addictologie.

Dans le cadre de l'amélioration de la prise en charge et afin que ces différents lieux de prise en charge soient visibles par les patients mais aussi les professionnels de santé, différents dispositifs ont été créés voire remaniés.

1.7.2.1. Description des différents dispositifs sanitaires et médico-sociaux

Dispositifs sanitaires

Le 1^{er} niveau dit de proximité regroupe :

- Une ELSA (Equipe de liaison et de soins en Addictologie) : leur mission est de repérer les patients en difficulté pendant leur hospitalisation et les orienter dans le parcours de soins pour qu'ils trouvent une réponse appropriée.
- Une consultation hospitalière d'Addictologie qui regroupe notamment les consultations d'alcoologie, pouvant être faites en ambulatoire également.

Tous les établissements de santé dotés d'un service d'urgence doivent bénéficier de ces dispositifs de 1^{er} niveau.

Les soins résidentiels complexes regroupés dans le 2nd niveau dit de recours prennent en compte les services d'hospitalisations bénéficiant de personnels formés à l'Addictologie et proposant des prises en charge spécifiques (Hospitalisations de jour, Hospitalisations complètes pour des sevrages simples ou complexes). L'objectif est de

disposer d'au moins un service d'addictologie de recours pour 500 000 habitants, organisée dans le cadre d'un ou plusieurs territoires de santé.

Le 3^{ème} niveau correspond au pôle hospitalo-universitaire d'Addictologie. Un pôle doit être présent dans chaque région ayant un centre hospitalo-universitaire ; comprenant à la fois un service de recours de niveau 2 et un centre régional de référence, de formation, et de recherche. Chaque pôle permet la coordination de la clinique avec les structures de recherche institutionnelles (INSERM, CNRS...) et la recherche fondamentale.

Dispositifs médico-sociaux

La dépendance à l'alcool constitue une maladie chronique engendrant de nombreuses complications organiques mais également psycho-sociales qui sont parfois d'ailleurs au premier plan. Les soins doivent donc s'organiser dans le cadre d'un accompagnement à long terme au plus près de la vie familiale et sociale de la personne.

Avant la création de ce plan 2007-2011, le secteur médico-social était cloisonné entre structures spécialisées en alcoologie (Centre de cure ambulatoire, CCAA) et structures spécialisées en toxicomanie (Centre Spécialisés de soins aux Toxicomanes, CSST). L'objectif était donc de remanier un véritable dispositif médico-social en addictologie en rapprochant ces différentes structures.

- **Les Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie ou CSAPA :**

Ils regroupent les anciens CCAA et CSST et ont pour missions la prise en charge médicale, psychologique, sociale et éducative des patients ainsi que leur entourage [36]. Ils peuvent accompagner lors des sevrages, proposer des prescriptions et des suivis de traitement et également soutenir l'environnement familial du patient. Chacune de ces structures de soins disposent de médecins, infirmiers, psychologues, éducateurs et assistantes sociales. Les CSAPA doivent assurer la prise en charge et la réduction des risques pour toutes les addictions que ce soit l'alcool ou toutes drogues illicites.

- **Les Centres de Soins de Suite et de Réadaptation ou CSSR :**

Ils constituent un intermédiaire entre les soins aigus et le retour dans le milieu personnel. Leurs missions sont de maintenir une abstinence chez des patients ayant des difficultés psychologiques et/ou sociales en promouvant une réadaptation et une réinsertion sociale. Ces soins de suite viennent en complément des unités d'hospitalisation de court

séjour, des hôpitaux de jour, des consultations et des équipes de liaison. Les hospitalisations sont plus longues (environ 3 semaines voire parfois plus) et les patients doivent évidemment être volontaires pour bénéficier de cette prise en charge.

1.7.2.2. Organismes associatifs de prévention et d'entraide

Les mouvements d'entraide

Les associations d'entraide peuvent également s'avérer bénéfiques dans la prise en charge des patients avec un trouble de l'usage d'alcool car ils y rencontrent des personnes connaissant les mêmes difficultés qu'eux. Cette aide confraternelle et empathique peut parfois aider à ne pas rechuter. Cela consiste en un soutien lors de réunions de groupes de paroles, proposées par des bénévoles la plupart du temps. Cette aide par les pairs est à proposer en complément des soins médicaux et du soutien psychologique offerts par les centres spécialisés.

L'Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie (ANPAA)

L'ANPAA est une association loi 1901, reconnue d'utilité publique et agréée d'éducation populaire, implantée sur l'ensemble du territoire national. L'intervention de l'ANPAA s'inscrit dans un continuum allant de la prévention et de l'intervention précoce à la réduction des risques, des soins et de l'accompagnement [37].

1.7.3. Médecine générale et articulation avec le réseau de soin dans la pathologie alcoolique

Le médecin généraliste semble le mieux adapté dans l'approche de la pathologie alcoolique du fait de son mode d'exercice. En effet, il a un rôle primordial dans le dépistage de la consommation d'alcool et de la dépendance puisque c'est lui qui est en première ligne dans le parcours de soins et c'est également lui qui est sensé être le plus proche de ses patients. Il peut voir ses patients évoluer dans leur cadre de vie familial, professionnel et social et cette proximité lui permet de comprendre certaines difficultés rencontrées par ceux qui font appel à lui. Un malade alcoolique a très souvent du mal à exprimer une demande de

soin, beaucoup estime qu'il n'y a rien de pathologique dans le fait de consommer de l'alcool et c'est d'ailleurs parfois l'entourage qui est à l'origine d'une démarche de soin.

Outre la proximité, le médecin généraliste bénéficie d'un autre atout, la polyvalence. Il est amené à aborder toute autre pathologie dans un premier temps, étant donné que c'est le médecin de premier recours. Effectivement, il sera le premier sollicité pour tout ce qui concerne les troubles liés à l'alcoolisation tels que les traumatismes, troubles digestifs, désordres métaboliques, hypertension artérielle, anxiété, dépression. Souvent, les patients alcooliques ne consultent qu'en cas de grande difficulté ou dans l'urgence de façon très ponctuelle et c'est dans ce sens que sera diagnostiquée la dépendance ; cela peut donc prendre du temps.

En plus de la difficulté d'aborder le problème de l'alcool et de le dépister, il est parfois difficile dans la pratique quotidienne d'aider un patient ayant un mésusage à l'alcool car c'est une maladie qui nécessite un suivi très rapproché et régulier pour éviter les rechutes et un entourage solide pour soutenir la démarche d'abstinence. Comme dit précédemment plusieurs études ont montré que les généralistes se considéraient insuffisamment formés dans le domaine de l'alcool, que ce soit concernant l'abord du sujet qui reste encore trop tabou dans notre société, le repérage et par la suite les possibilités de prise en charge.

La coordination du milieu libéral avec les réseaux de soin doit donc permettre de rendre plus pertinente l'intervention médicale et sociale dans cette pathologie. Afin d'obtenir une prise en charge ambulatoire de qualité, il est important de sensibiliser et développer toutes les compétences de tous les partenaires médico-sociaux et sanitaires. Cela nécessite que les médecins généralistes soient formés et sensibilisés à la problématique alcoolique, qu'ils connaissent les différentes structures existantes et comment orienter leurs patients vers celles-ci.

1.7.4. Réseau AddictLim

En Limousin, il s'agit du support du réseau de santé ville-hôpital en Addictologie. Il est destiné à aider les professionnels de santé dans leurs prises en charge des patients ayant un problème d'addiction. Ce réseau créé en 2009, est financé par l'Agence Régionale de Santé du Limousin, il a plusieurs missions :

- Apporter un appui aux différents intervenants (professionnels de santé, sociaux, médico-sociaux, associations d'usagers)

- Favoriser une bonne articulation entre la ville-hôpital et les différents intervenants des secteurs sanitaire, médico-social et social.
- Apporter un appui à la structuration du parcours de santé et du suivi du patient en situation complexe, en lien avec l'équipe de soins de premier recours.

Tout professionnel de ville peut adhérer au réseau AddictLim, il suffit de signer une charte disponible sur le site internet <http://addictlim.jimdo.com> ou sur simple demande au réseau. De même si un patient souhaite bénéficier des prestations du réseau, n'importe quel professionnel de santé peut l'orienter.

AddictLim a créé un annuaire addictologique pour permettre aux professionnels de santé de connaître les acteurs de leur territoire. Il est divisé en 6 catégories : établissements hospitaliers, structures spécialisées, structures sociales, associations d'usagers, justice, structures ressources.

Place à l'étude : Utilisation par les médecins généralistes de la Haute-Vienne des dispositifs addictologiques sanitaires et médico-sociaux du département, dans la prise en charge d'un trouble d'usage d'alcool

2.1. Méthode

De nombreux travaux ont étudié les difficultés de prise en charge du trouble d'usage d'alcool en médecine générale et le ressenti des patients comme des médecins dans la complexité de cette pathologie. Dans ce travail, il s'agit d'une étude observationnelle descriptive s'intéressant aux structures spécialisées dans la prise en charge d'un TUA afin d'aider les praticiens à traiter un mésusage ou une dépendance à l'alcool. Nous allons notamment essayer de savoir s'ils connaissent bien ces dispositifs et s'ils les utilisent et si non pour quelles raisons.

2.1.1. Les objectifs de l'étude

L'objectif principal de cette étude est de décrire l'utilisation des différents dispositifs sanitaires et médico-sociaux en Addictologie sur le département de la Haute-Vienne, par les médecins généralistes, dans leur prise en charge du Trouble de l'Usage d'Alcool (mésusage et dépendance confondus) ; la question étant de savoir s'il n'y a pas un manque de connaissances vis-à-vis de ces dispositifs ?

Les objectifs secondaires consistent à mettre en évidence les freins que rencontrent les praticiens pour l'orientation vers les dispositifs en question puis essayer de faciliter l'utilisation de ces structures dans le but d'aider les prises en charge en addictologie dans le domaine de l'alcoologie.

2.1.2. Le questionnaire

Cette étude a été réalisée à partir d'un questionnaire élaboré à l'aide du serveur Google form.

Il comprend 18 questions dont 10 questions fermées et 8 à choix multiples, permettant dans un premier temps d'obtenir un profil du praticien répondeur, à savoir son âge, son milieu d'activité, les potentielles connaissances sur l'alcoolologie et leurs expériences professionnelles face à la pathologie alcoolique.

Dans une seconde partie, plusieurs questions concernaient les différentes structures existantes et cela permettait d'obtenir un état des lieux des connaissances des médecins généralistes vis à vis des dispositifs sur leur territoire et leur usage dans le cadre de leur prise en charge de cette maladie.

Puis dans une dernière partie, deux questions à choix multiples permettaient d'identifier les difficultés d'orientation vers ces structures médico-sociales et sanitaires et les éventuelles solutions qui pourraient faciliter et améliorer ce choix de prise en charge.

Le questionnaire a été envoyé par email à tous les médecins généralistes exerçant une activité libérale en Haute-Vienne et bénéficiant d'une adresse électronique soit à 236 praticiens ; les adresses mails ayant été obtenues via l'Union régionale des médecins libéraux du Limousin. Deux relances par mail ont été effectuées entre Mars et Mai 2016.

2.1.3. Méthode

L'ensemble des réponses descriptives correspond à une version numérisée via l'outil de travail Google Docs. L'exploitation des résultats a par la suite été analysée par google sheets, qui est un tableur logiciel en ligne. Dans un second temps, les données de google sheets ont été transférées sur le logiciel Microsoft Excel et analysées de nouveau par le logiciel SPSS 22.0. Les valeurs quantitatives sont présentées sous la forme moyenne \pm écart-type. Les variables qualitatives sont présentées sous la forme effectifs et pourcentage. Les comparaisons entre groupes pour les variables quantitatives (âge) ont utilisé le test non paramétrique de Mann Whitney, et pour les variables qualitatives le test de Chi 2. Une valeur de probabilité < 0.05 indique une significativité.

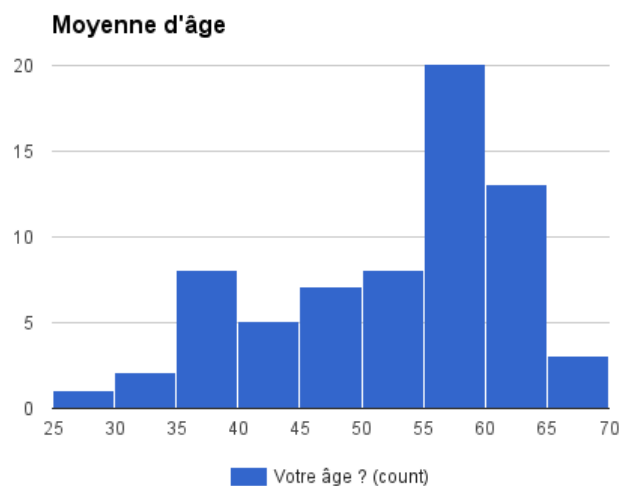
2.1.4. Recherche bibliographique

La documentation a été essentiellement réalisée par voie numérique à travers plusieurs portails (PubMed, Google, le catalogue du Système Universitaire de Documentation ou Sudoc qui recense l'ensemble des thèses produites en France...).

2.2. Résultats

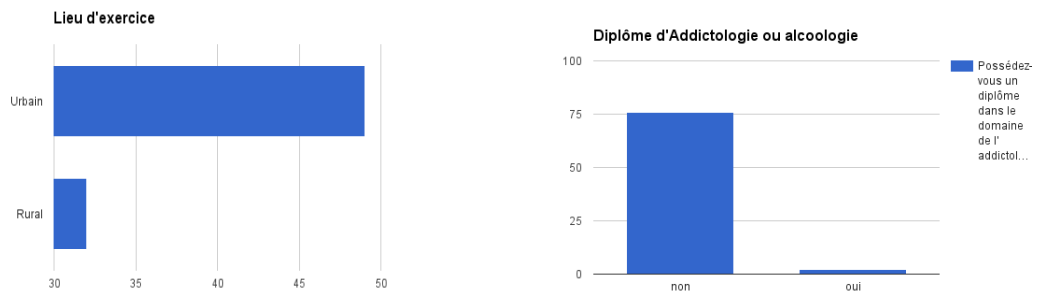
Des envois électroniques de questionnaire ont été effectués vers 236 praticiens parmi les 430 médecins généralistes de la Haute-Vienne, ce qui représentent plus de 50% des praticiens du département. Seulement 81 personnes ont répondu au questionnaire, ce qui correspond à un taux de réponse de 34,3%.

2.2.1. Profil des médecins répondeurs



La moyenne d'âge des répondeurs (hommes et femmes confondus) est de 51,5 ans \pm 9,5 avec un minimum de 28 ans et un maximum de 68 ans. 73 médecins ont répondu à cette première question, comprenant 44 médecins ayant plus de 50 ans, soit 60,2 % des répondeurs.

Le lieu d'exercice de ces médecins est principalement en milieu urbain avec 49 d'entre eux qui exercent en ville, ce qui représente 60,5 % des répondeurs. Et concernant leur formation dans le domaine de l'Addictologie et plus précisément en alcoologie, la plus grande majorité n'a pas de diplômes spécifiques, soit 93,8 % des médecins, seuls 2 médecins ont répondu « oui » à cette question et 3 médecins n'ont pas répondu.

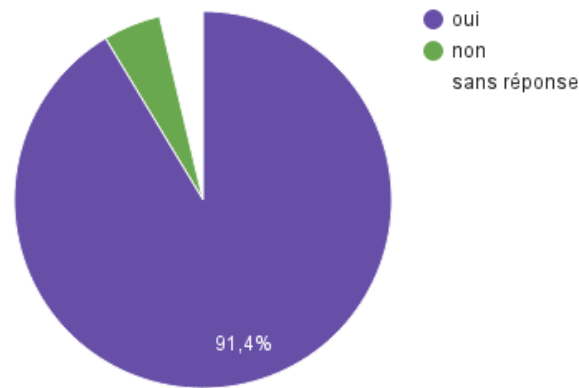


2.2.2. Place des structures sanitaires, médico-sociales et des mouvements associatifs dans la prise en charge d'un TUA en médecine générale

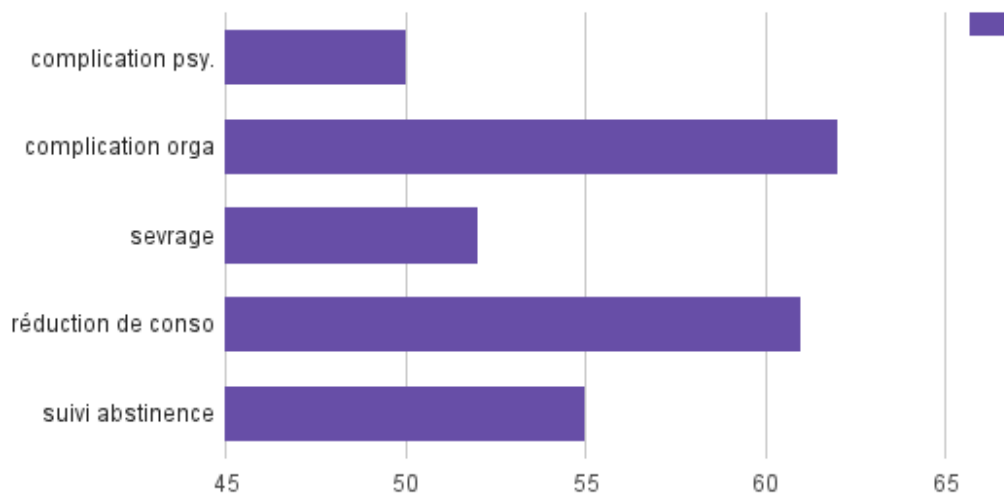
Comme nous pouvons le constater dans le diagramme ci-dessous, la quasi-totalité des médecins ont déjà pris en charge ce type de patients que ce soit lors des différentes étapes de l'abord de cette maladie ; 74 médecins ont été confrontés à un TUA, 4 ont répondu ne jamais avoir pris en charge un TUA et 3 médecins n'ont pas répondu.

En effet, de façon quasi identique, cela concernait une réduction de consommation d'alcool et la prise en charge des complications organiques, pour respectivement 61 et 62 médecins. Mais la majorité des médecins avaient également encadré des sevrages, des suivis d'abstinence et des complications psychiatriques, respectivement 52, 55 et 50 praticiens ont répondu à ces questions. 4 médecins n'ont pas répondu.

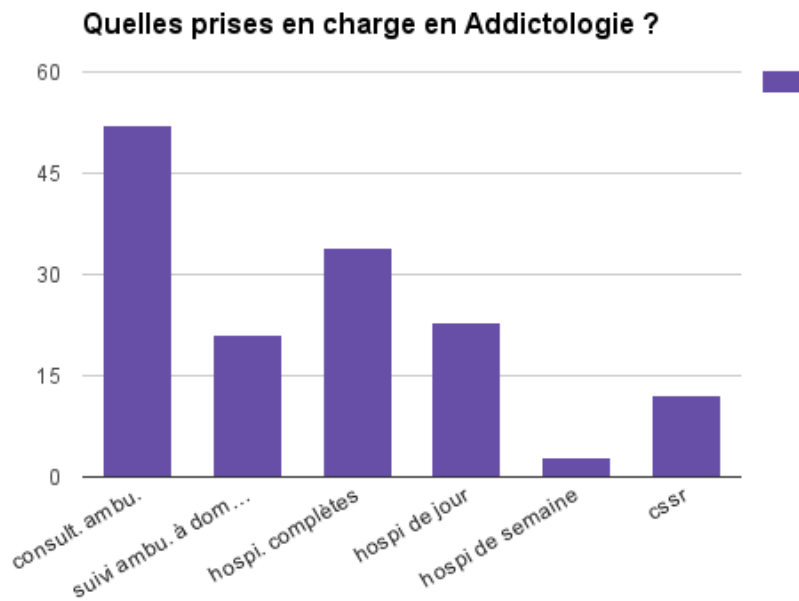
Prise en charge d'un TUA



Motifs de prise en charge d'un TUA

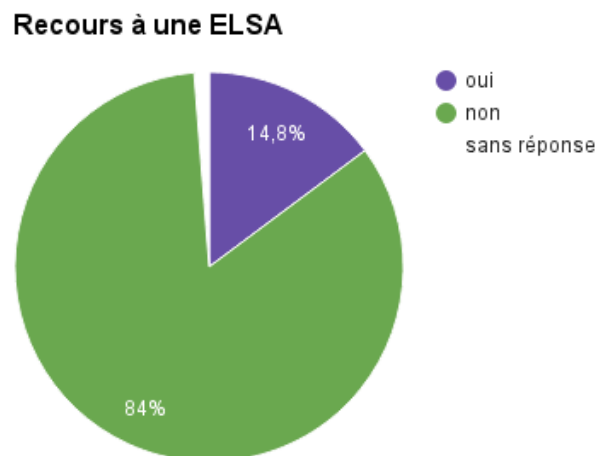


De nombreux patients sont par ailleurs gérés également en Addictologie car 76,5% des médecins ont répondu oui à cette question, soit 62 des répondants et seuls 2 médecins n'ont pas répondu. La plupart d'entre eux sont suivis en ambulatoire par un psychiatre Addictologue car 52 médecins ont répondu ce type de suivi ; 21 répondants ont coché le suivi ambulatoire à domicile, 34 ont eu recours à l'hospitalisation complète et 23 ont des patients pris en charge en hospitalisation de jour en Addictologie. Les hospitalisations de semaine et en service de soins de suite et de réadaptation sont minoritaires, respectivement 3 et 12 praticiens ont répondu. 15 personnes n'ont pas répondu à cette question.



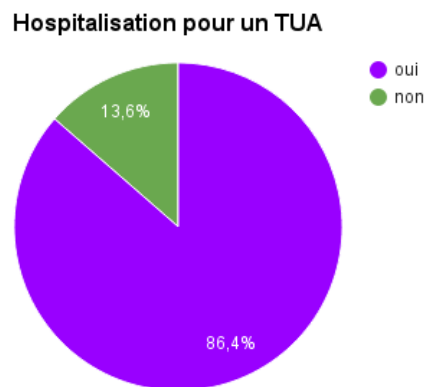
Ensuite, les questions concernant de façon plus précise les structures en Addictologie permettaient d'objectiver les habitudes de prise en charge d'un trouble de l'usage d'alcool.

Pour l'ELSA (Equipe de liaison et de soins en Addictologie), 68 médecins ont répondu qu'ils n'avaient pas eu recours à ce type de dispositif, soit 84 % des répondants. Un médecin n'a pas répondu.

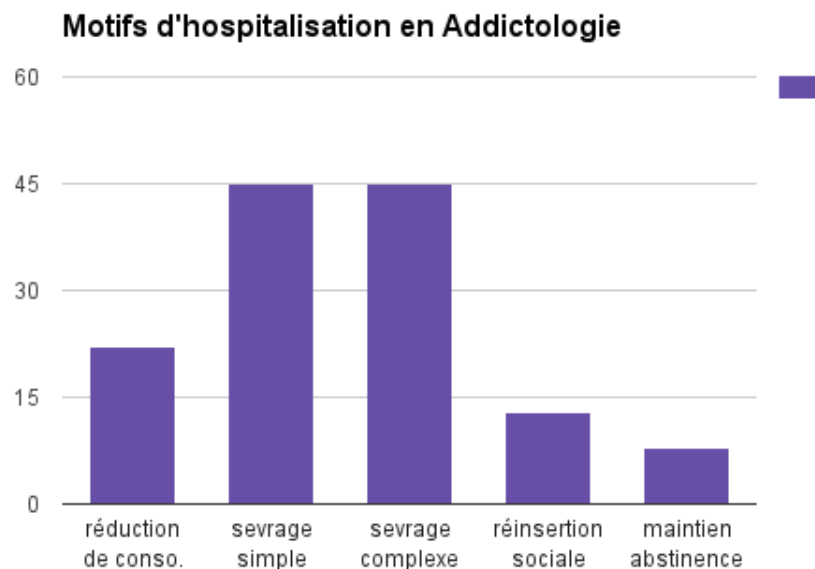


Par contre, la plupart des répondants ont déjà adressé un patient en hospitalisation dans le cadre de leur pathologie, de façon largement majoritaire puisque ce fut le cas pour 86,4 % des 81 répondants. Il s'agissait d'hospitalisation consentie par le patient pour 47 (58

%) médecins, 3 praticiens ont sollicité des hospitalisations sous contrainte et 21 médecins soit 25,9 % ont réalisé les 2 types d'hospitalisation. Il manque 10 données à cette question.

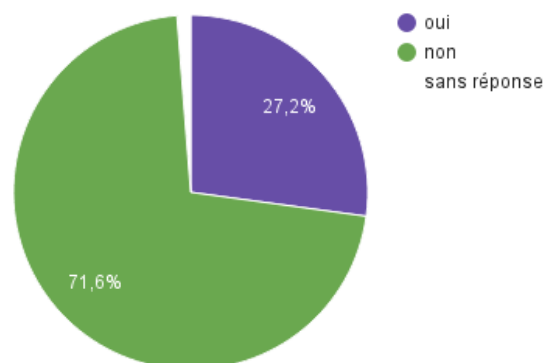


45 médecins avaient adressé des patients en hospitalisation pour des sevrages simples et des sevrages complexes, 22 pour une réduction de consommation, 13 pour une aide à une réinsertion sociale et 8 ont hospitalisé leurs patients pour un maintien d'abstinence. Il manque également 10 réponses.



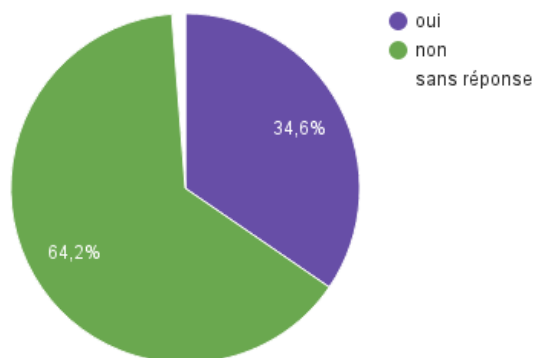
Pour ce qui est du service de SSR (soins de suite et de réadaptation) en Addictologie, une minorité a eu recours à ce type de soins, soit 22 médecins correspondant à 27,2 %. Un médecin n'a pas répondu.

Orientation vers un CSSR

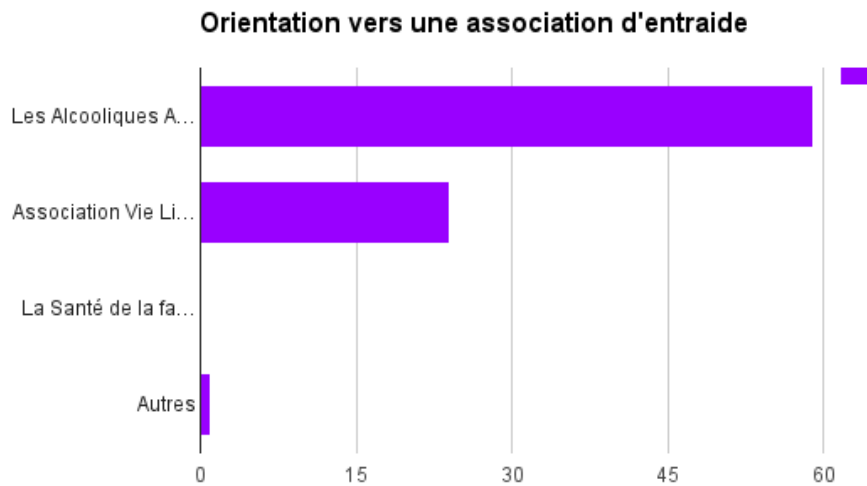


Concernant les CSAPA (Centres de soins d'accompagnement et de prévention en Addictologie), les réponses sont un peu plus partagées puisque 52 n'ont jamais adressé leurs patients vers ces centres. Un médecin n'a pas répondu.

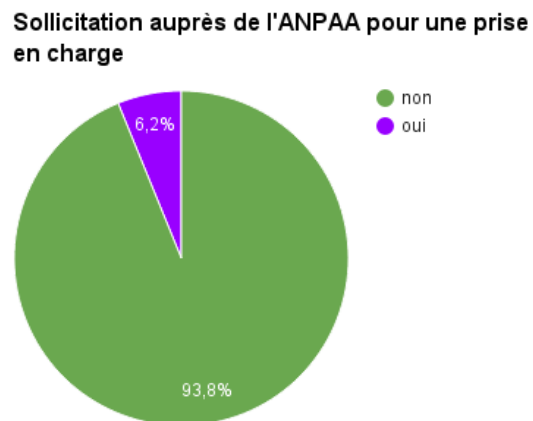
Orientation vers un CSAPA



En revanche, les médecins généralistes conseillent fortement des associations d'entraide et la plupart orientent plutôt vers les Alcooliques Anonymes; 40 médecins ont répondu seulement les Alcooliques Anonymes, 5 médecins conseillent Association vie libre uniquement, 19 praticiens ont répondu qu'ils adressaient vers ces 2 dernières, un médecin ne conseille pas les associations d'entraide proposées et un médecin n'a pas répondu à cette question.



L'ANPAA (Association nationale de prévention en Addictologie et Alcoologie) est cependant très rarement sollicitée par les médecins généralistes de la Haute-Vienne, seulement 6,2% des médecins ont répondu qu'ils l'avaient sollicitée pour s'aider dans leur prise en charge.

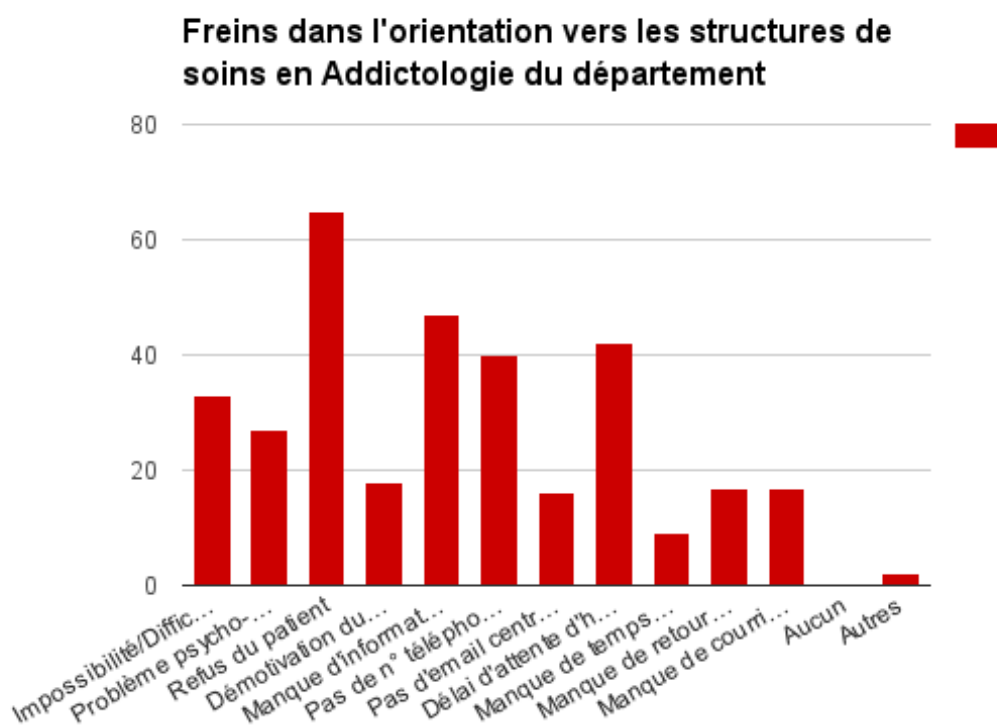


2.2.3. Freins des praticiens et éventuelles solutions afin de faciliter l'orientation vers ce réseau de soin

Une question semi ouverte proposait plusieurs problèmes auxquels pouvaient être confrontés les médecins généralistes dans la pratique quotidienne : de façon largement majoritaire venait le refus du patient à bénéficier d'une prise en charge spécifique pour 66 répondants (81,4%), ensuite le manque d'information concernant les structures existantes pour 47 répondants (58 %), des difficultés à adresser un patient vers celles-ci, notamment l'absence de numéro de téléphone unique, problème soulevé par 39 médecins et un délai d'hospitalisation trop important pour 40 médecins. Viennent ensuite, de façon moindre mais non négligeable, l'impossibilité voire la difficulté de communication avec ces patients, cela concerne 33 des médecins répondants et les problèmes psycho-sociaux des patients pour 27 des répondants. Pour finir, plus de 20% des répondants (18 médecins) ont également soulevé la question de la démotivation face à cette pathologie souvent source de rechutes malgré les prises en charge entreprises, le manque de retour d'informations de la part du réseau (pour 17 praticiens répondants) et le manque de courrier concernant le suivi de leurs patients (17 praticiens répondants).

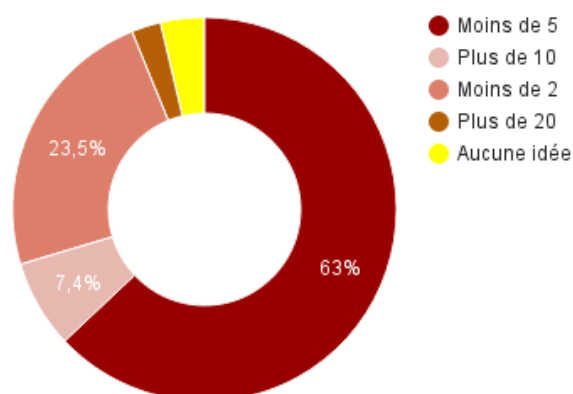
A noter que 2 médecins ont répondu la case « Autres » sans pour autant préciser les autres freins qu'ils rencontraient.

Un praticien n'a pas répondu à cette question.



L'avant dernière question proposait une estimation du nombre de patients avec un TUA venus consulter le mois précédent au cabinet. Les chiffres étaient proposés de façon arbitraire, il s'agissait surtout de s'assurer de la fréquence de cette pathologie en médecine générale. 7,4 % soit 6 médecins ont répondu avoir vu plus de 10 patients contre 63 % soit 51 médecins qui ont vu moins de 5 patients. 2 répondants ont tout de même coché « plus de 20 patients ».

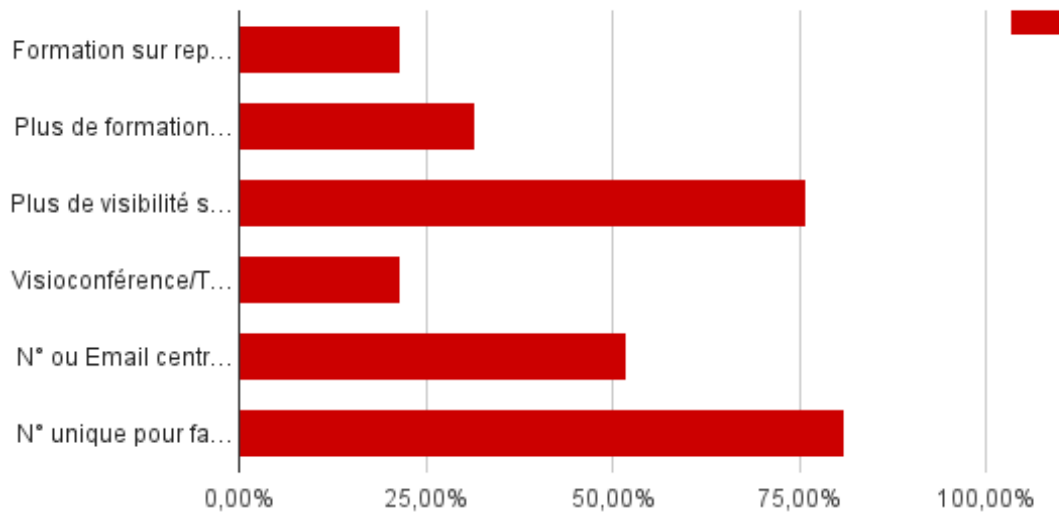
Estimation des patients avec un TUA vus en consultation le mois précédent



Pour finir, diverses solutions étaient citées et susceptibles de faciliter l'orientation vers les dispositifs existants et peut-être améliorer davantage la prise en charge des TUA en médecine générale. Les deux réponses qui arrivent en priorité sont d'abord la possibilité d'un numéro unique pour faire admettre un patient en hospitalisation puis être mieux informé et/ou avoir plus de visibilité sur toutes les structures, respectivement pour 63 et 59 des répondants. 40 médecins souhaiteraient également un numéro ou email centralisé pour avoir des avis spécifiques. Le souhait de plus de formations sur le thème de l'alcool est présent pour 17 médecins notamment sur une meilleure prise en charge ambulatoire voire une FMC en addictologie pour 25 médecins. La solution de réunion de concertation pluridisciplinaire par visioconférence ou téléconférence avec des spécialistes en Addictologie serait envisagée par 16 répondants.

2 médecins n'ont pas répondu à cette question.

Solutions possibles pour améliorer la prise en charge et l'orientation vers les structures spécialisées



2.2.4. Rapports possibles entre le profil des médecins répondants et les principaux freins et solutions proposés

2.2.4.1. En fonction du lieu d'exercice

Nous avons donc repris les 4 freins qui prédominent ici, soit le refus du patient, le manque d'informations sur les dispositifs d'Addictologie, l'absence de numéro de téléphone unique et le délai d'attente d'hospitalisation trop important.

Nous pouvons constater que seul le refus de prise en charge du patient semble être lié au lieu d'exercice du médecin puisqu'il existe une différence statistiquement significative ($p = 0,038$) entre ces 2 données. En effet, il y a plus de médecins exerçant en milieu urbain qui ont coché ce frein dans le questionnaire. Cependant, les 3 autres freins prédominants dans cette étude ne sont pas influencés par le lieu d'exercice du praticien, en effet, il n'y a aucune différence significative avec $p = 0,647$ pour le manque d'informations sur les structures, $p = 1,000$ pour l'absence de numéro de téléphone unique et $p = 1,000$ pour le délai d'attente d'hospitalisation trop long.

	lieu		Total
	Rural	Urbain	
Refus du patient	2	13	15
Non coché			
oui	29	36	65
Total	31	49	80

Lien entre le lieu d'exercice et le refus de prise en charge du patient ($p = 0,038$)

Concernant les solutions proposées et les 3 principales qui ressortent ici, soit la proposition d'un numéro de téléphone unique pour faciliter l'admission d'un patient, être mieux informé et/ou avoir plus de visibilité sur les structures de mon territoire et le numéro ou email centralisé pour les avis ; nous n'avons retrouvé aucune différence significative en fonction du lieu d'exercice avec respectivement $p = 0,067$, $p = 0,576$ et $p = 1,000$.

2.2.4.2. En fonction de l'âge des répondants

Concernant l'âge des répondants, nous avons trouvé une différence significative avec 2 freins qui n'étaient par ailleurs pas les freins prédominants : l'impossibilité de dialogue et les difficultés de communication avec les patients ($p = 0,017$) et le manque de retour d'information de la part du réseau et peu de contact avec le personnel soignant d'Addictologie ($p = 0,033$). Il semblerait donc que l'âge soit différent selon que le médecin choisisse ou non ces 2 freins. L'âge inférieur à 50 ans semble alors en lien avec les difficultés de communication avec ce type de patients ainsi que l'insuffisance de retour de la part du réseau d'addictologie.

Frein	Moyenne	N	Ecart type
Non coché	54,05	41	8,829
oui	48,52	31	9,539
Total	51,67	72	9,485

Lien entre l'âge des médecins et les difficultés de dialogue avec le patient (p = 0,017)

Frein	Moyenne	N	Ecart type
Non coché	52,90	59	8,676
oui	46,08	13	11,280
Total	51,67	72	9,485

Lien entre l'âge des médecins et le manque de retour d'informations de la part du réseau (p = 0,033)

Pour ce qui est des freins principaux cités précédemment, il n'existait aucune différence significative avec l'âge des praticiens.

Enfin, nous avons retrouvé une unique différence significative entre l'âge et la solution de formations sur le repérage et comment mieux aborder la consommation d'alcool, **p = 0,029**. Les 5 autres solutions proposées ne présentaient aucune différence significative avec l'âge des praticiens.

Solution	Moyenne	N	Ecart type
Non cochée	53,27	55	8,456
oui	46,47	17	10,972
Total	51,67	72	9,485

Lien entre l'âge des médecins et la formation sur le repérage de la consommation d'alcool (p = 0,029)

Par ailleurs, il nous a été impossible d'analyser ces données en relation avec le fait que les répondeurs aient un diplôme spécifique ou non. En effet, seuls 2 médecins avaient répondu oui à cette question, cela est trop peu pour une exploiter une éventuelle analyse statistique.

2.3. Discussion

2.3.1. Biais de l'étude

Biais de sélection : l'échantillon de médecins choisis dans ce travail ne comprend que les médecins du département de la Haute-Vienne car nous ne décrivons par la suite que les structures existant sur le territoire. Cependant, il est possible que certains médecins de Corrèze et de Creuse orientent aussi vers des structures de Limoges et ses alentours même s'il existe le réseau d'Ussel en Addictologie pour la Haute-Corrèze notamment, ainsi que celui de Brive et de Tulle.

D'autre part, le questionnaire n'a été envoyé que par outil numérique dans le but de faciliter l'interprétation des résultats via un seul outil. Or, même si l'informatique prend aujourd'hui une place prépondérante dans la gestion des dossiers médicaux, tous les médecins n'ont peut-être pas d'adresses numériques et n'ont probablement pas tous partagé leur email avec l'URPS, d'où un échantillon moindre et donc un taux de réponse moins important qu'il n'aurait pu être.

Par ailleurs, il y a également un probable biais de sélection car il est possible que seuls les médecins intéressés et sensibilisés pour cette pathologie aient répondu.

Biais d'information : dans le questionnaire, en ce qui concerne l'estimation de patients vus en consultation le mois précédent ; cette question proposait une estimation très approximative et arbitraire. Il s'agissait simplement d'obtenir une idée de l'importance du nombre de patients ayant un TUA dans la patientèle de nos médecins réponders. Malgré cela, ce biais n'influence que peu le travail car l'intérêt était principalement que le plus grand nombre de médecins ait déjà eu à prendre en charge ce type de pathologie, ce qui est le cas ici.

Il existe aussi un biais d'information dans le sens où les 81 répondants n'ont pas toujours répondu à toutes les questions du questionnaire. Il existait donc quelques données manquantes qui rendait plus complexe l'analyse statistique et minimisait le taux de réponse pour certaines questions même si cela influençait peu les résultats finaux.

2.3.2. Points forts

Le taux de réponse de 34,3% reste satisfaisant pour une petite étude descriptive comme celle-ci. Cela permet d'avoir une image d'ensemble sur la pratique des médecins de la Haute-Vienne et notamment leur utilisation des différents dispositifs spécialisés en Alcoologie. De plus, l'intérêt d'avoir réalisé un questionnaire le plus bref possible, facile d'accès par internet, avec un maximum de questions fermées permet un plus grand nombre de réponses sans prendre de temps aux médecins. Puis, le fait que ce soit envoyé par voie numérique permet également aux répondants de le compléter au moment de leur choix. Par ailleurs, la fréquence de cette pathologie en médecine générale oblige les praticiens à s'y intéresser.

2.3.3. Analyse des résultats

2.3.3.1. Profil des répondants

Dans un premier temps, le profil des médecins répondants estimait une moyenne d'âge de 51,5 ans, ce qui semble bien corrélé avec la moyenne d'âge recensée en 2013 en Haute-Vienne par le CNOM (Conseil National de l'Ordre des Médecins) qui est de 51 ans avec 23,4% des plus de 60 ans.

Ensuite, 93,8 % des médecins n'ont pas de diplôme spécialisé en Addictologie et/ou Alcoologie. Cela peut sembler paradoxal étant donné la fréquence de cette pathologie en médecine générale. En effet, le trouble d'usage d'alcool constitue un véritable problème de Santé Publique ; les données de l'Observatoire des Français des Drogues et des Toxicomanies estiment en France 8,8 millions de consommateurs réguliers d'alcool, 3,4 millions de consommateurs à risque dont seulement 10 % serait pris en charge. Une étude publiée en 2015 montrait que l'alcool était la première cause d'hospitalisation en France (580 000 séjours pour un coût estimé à 2,6 milliards d'euros, soit 3,6 % de l'Ondam hospitalier total) et que la consommation excessive d'alcool était associée à une soixantaine de

pathologies [38]. Cela pourrait être expliqué en partie par ce manque de formation et un repérage insuffisant et comme nous l'avons vu précédemment, de nombreux médecins ne se sentent pas à l'aise avec ce sujet qui est encore trop jugé tabou. C'est pour ces raisons que des outils tels que le repérage précoce et l'intervention brève (RPIB) ont été élaborés et mis à disposition des professionnels de santé de premier recours notamment. Ces aides sont inscrites dans le cadre du plan gouvernemental de lutte contre les drogues et conduites addictives 2013-2017, qui incite davantage les médecins généralistes à utiliser ces outils [37].

Ici, plus de 60 % des médecins ayant répondu au questionnaire ont un âge supérieur ou égal à 50 ans, la question que l'on peut se poser est de savoir si l'âge peut avoir un impact sur le fait d'être bien formé à l'abord et la prise en charge de cette pathologie. En effet, dans cette étude, nous avons constaté que les médecins ayant répondu à la solution de formations sur le repérage et comment mieux aborder le thème de l'alcool ont une moyenne d'âge de $46,4 \pm 10,9$ ans. Il est possible que le fait de commencer son activité libérale et de ne pas avoir de réelle expérience pratique peut être une difficulté supplémentaire dans la démarche de dialogue dans une pathologie aussi complexe. Et même si les médecins plus âgés semblent peut-être moins sensibilisés à l'élaboration récente des outils de repérage tels que le RPIB, ils ont eu le temps d'apprendre avec l'expérience et en instaurant des relations de confiance avec leur patient à aborder plus facilement les problèmes de consommation.

2.3.3.2. Prise en charge du TUA par les médecins répondants

La prise en charge d'un TUA a ensuite été abordée et plus de 90% des médecins répondants avaient été confrontés à un patient souffrant de cette pathologie, ce qui confirme encore la fréquence de cette pathologie dans les patientèles de médecine générale. On constate que les motifs de prise en charge restaient relativement similaires pour la plupart des médecins que ce soit pour un sevrage, une réduction de consommation d'alcool, un suivi d'abstinence ou bien la prise en charge de complications organiques et/ou somatiques. Une des caractéristiques du médecin généraliste est la polyvalence qui est un atout ici, car il faut prendre en compte de façon globale le côté organique, psychiatrique mais également socio-environnemental du patient. Et, un individu peut donc venir consulter à toutes les étapes et complications d'un trouble d'usage d'alcool ; il faut alors dépister ce trouble et évaluer le risque de consommation puis de façon systématique intervenir en fonction de celui-ci.

A titre de conseil et afin d'aider les médecins dans leur prise en charge, voici des critères d'intervention en fonction du niveau de risque de consommation et les rôles des praticiens qui doivent en découler (Tableau 3) [40].

Niveau de risque	Critères		Intervention	Rôle du médecin généraliste
Faible risque	Consommation d'alcool (grammes/semaine)	< 210 g/sem hommes < 140 g/sem femmes*	Prévention primaire Intervention brève (IB)	Éducation pour la santé, renforcement
	Questionnaire Audit	< 7 hommes < 6 femmes		
	Questionnaire Face	< 5 hommes < 4 femmes		
À risque	Consommation d'alcool (grammes/semaine)	≥ 210 g/sem hommes ≥ 140 g/sem femmes*	Prévention secondaire Conseils	Repérage, évaluation, intervention brève
	Questionnaire Audit	7-12 hommes 6-12 femmes		
	Questionnaire Face	5-8 hommes 4-8 femmes		
À problèmes	Présence d'un ou plusieurs dommages		Prévention secondaire Conseils, intervention brève et surveillance régulière	Repérage, évaluation, intervention brève, suivi, aide à la RdRD
Dépendance	Critères CIM-10 ou DSM IV		Traitement spécialisé	Repérage, évaluation, orientation, suivi Proposition de sevrage ambulatoire

* Toute consommation chez la femme enceinte, l'adolescent de moins de 16 ans ou chez la personne souffrant d'une pathologie ou suivant un traitement est déconseillée.

Tableau 3 : Prise en charge en fonction des niveaux de risque à adapter en fonction des évaluations et des recommandations adaptées à la France.

(Institut de Promotion et de prévention secondaire en addictologie, 2008)

Il semble qu'une des qualités d'un médecin généraliste est aussi de savoir là où s'arrêtent les limites de ses connaissances et c'est pourquoi le recours à la prise en charge spécifique en Addictologie peut être une option auquel il faut penser.

Ici, la majorité des médecins ont précisé que leurs patients avaient surtout un suivi via des consultations ambulatoires par un psychiatre spécialisé, puis en second lieu, la prise en charge spécialisée se faisait par des hospitalisations complètes en psychiatrie. Les soins ambulatoires restent la base d'un suivi addictologique car faciles d'accès pour les patients et à bénéficier autant que possible car ils permettent un soin efficace dans le milieu de vie habituel et limite les coûts ; puis, les patients seront probablement beaucoup moins réticents à se présenter en consultations qu'à se faire hospitaliser. Cependant, un suivi rigoureux est nécessaire et cela impose que le patient soit motivé et compliant dans ce type de prise en charge. Puis le suivi clinique et en ambulatoire nécessite une bonne articulation et communication entre le médecin traitant et les acteurs soignants associés [25].

Or dans cette étude, nous avons pu remarquer que le lieu d'exercice des praticiens et donc globalement le milieu de vie de leurs patients avait une influence sur le refus de prise en charge spécifique du malade. Notamment, les médecins exerçant en milieu urbain ont davantage répondu que le refus de prise en charge du patient constituait un frein. Alors est-ce que le fait que les personnes vivant en ville sont moins sensibilisées aux problèmes d'éthylisme et de dépendance à l'alcool ? La question peut se poser ici ; Peut-être que les habitants vivant en milieu urbain négligent davantage un mésusage ou une dépendance à l'alcool.

2.3.3.3. Recours aux dispositifs addictologiques sanitaires et médico-sociaux

Pour ce qui concerne l'orientation vers les dispositifs sanitaires et médico-sociaux, il est intéressant de remarquer que peu de médecins y ont recours. 84 % des médecins répondus n'ont jamais eu recours à une ELSA. Cela peut se comprendre car ces équipes aident à la prise en charge des patients qui arrivent dans une unité d'hospitalisation et cela signifierait qu'il faut avant tout qu'un patient accepte de se faire hospitaliser (pour son problème d'éthylisme et/ou toute complication qui en découle ou autre pathologie associée), ce qui n'est pas toujours simple. Il faut savoir que ces ELSA sont également présentes pour améliorer le travail en réseau avec les médecins traitants, les spécialistes, les travailleurs sociaux, les structures ambulatoires et les centres post-cure. En tant que médecin généraliste, il est tout à fait possible de faire appel à l'ELSA de notre département afin de prévoir un projet de prise en charge avant et après un séjour à l'hôpital.

Paradoxalement, la grande majorité des médecins ont eu recours à des unités d'hospitalisation en Addictologie, principalement pour des sevrages en alcool. Les médecins hospitalisent heureusement moins sous contrainte. Les hospitalisations sous contrainte étant nécessaires lors « d'état de crise », lors d'intoxications aiguës que l'entourage ne peut plus gérer ou lorsque le patient constitue un danger pour lui-même ou pour autrui (syndrome dépressif avec idées suicidaires ou alcoolisations pathologiques avec agressivité par exemples).

Concernant les Soins de suite et de réadaptation ainsi que les CSAPA, les médecins orientent également peu vers ces structures. Force est de constater que ces résultats ne rentrent pas vraiment dans la politique menée actuellement pour la prise en charge des addictions. Le Ministère de la Santé et de la Solidarité souhaite davantage articuler l'offre de soins de ville avec les secteurs sanitaire et médico-social et favoriser la prise en charge

globale du patient [35]. Une étude prospective ayant suivi des patients qui ont un trouble d'usage d'alcool sur 16 années, publiée en 2007 a par ailleurs montré que le pronostic de cette pathologie était amélioré lorsque des stratégies d'adaptation au stress étaient efficaces, lorsque les ressources physiques et financières étaient de bonne qualité et que les patients avaient un bon soutien familial et social [41]. Alors qu'au contraire, les principaux facteurs de risque de rechute identifiés sont notamment les échecs de plusieurs sevrages antérieurs, un faible niveau socio-éducatif et le chômage [42]. Or ici, plus de 60 % des médecins répondants hospitalisent pour des sevrages simples et complexes mais seuls 11 et 18 % adressent leur patient en hospitalisation pour la prise en charge d'un maintien d'abstinence ou une aide à la réinsertion sociale, ce qui pose le problème d'une réelle prise en charge globale du patient.

En alcoologie, en dehors des sevrages complexes, la plupart des prises en charge pour abus ou dépendance peuvent être conduites en ambulatoire ou en hospitalisation de jour. Une prise en charge résidentielle complexe peut alors être nécessaire pour des patients ne retirant pas de réels bénéfices de dispositifs moins intensifs ni restrictifs : lorsqu'il y a un très haut niveau d'usage d'alcool, une situation sociale extrêmement précaire, une polytoxicomanie, des comorbidités médicales ou psychiatriques, des échecs antérieurs de prise en charge ambulatoire. Chez des patients qui rechutent fréquemment et dont l'état se détériore et/ou qui se marginalisent socialement, il est préférable de les orienter vers des soins résidentiels puis des dispositifs médico-sociaux afin d'assurer un meilleur suivi post-sevrage et un maintien d'abstinence à plus long terme et accompagner pour une réinsertion sociale plus adaptée [43].

Le médecin de ville est un acteur essentiel dans le repérage précoce, l'intervention brève ainsi que la mise en œuvre de traitement de substitution mais les centres spécialisés d'accompagnement et de soins en addictologie sont sensés être complémentaires dans cette prise en charge ambulatoire. En 2010, dans 32,4 % l'origine de la demande de consultations dans un CSAPA était initiée par le patient lui-même ou son entourage, en seconde position venait la demande par le médecin traitant (Tableau 4) [44]. Ces centres ont pour missions une évaluation globale médicale, psychologique et sociale et proposent par la suite des prestations de soins ambulatoires ou en hébergement individuel ou collectif [45].

	2005	2006	2007	2008	2010
Initiative du patient ou des proches	29,6	28,6	29,1	28,8	32,4
Médecin de ville	13,9	13,0	12,8	12,5	12,2
Equipe de Liaison	5,3	5,8	4,2	4,5	6,0
Autre hôpital/autre sanitaire	10,1	10,1	10,1	10,0	8,1
Autres structure spécialisée	4,5	4,5	4,1	4,3	4,1
Justice, classement avec orientation	1,6	1,2	2,1	1,7	2,2
Justice, injonction thérapeutique	2,8	1,7	2,0	1,6	1,6
Justice, obligation de soins	11,5	13,4	15,4	16,4	16,8
Autres mesures administratives	9,4	11,4	9,7	8,9	7,9
Services sociaux	7,0	6,1	6,4	6,6	5,0
Milieu scolaire et universitaire	0,1	0,4	0,3	0,8	0,3
Autres	4,2	3,7	3,8	3,8	3,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Taux de réponse	83,1	93,6	96,7	96,4	95,5

Tableau 4 : Répartition selon l'origine de la demande de consultation des patients des CSAPA Alcool 2000-2010, en %.

(Exploitation des rapports d'activité type des CSAPA 2000-2010, DGS/OFDT)

2.3.3.4. Recours aux associations

Contrairement aux dispositifs précédents, les mouvements associatifs sont proposés par le plus grand nombre des médecins répondants. Ce sont les Alcooliques Anonymes qui sont le plus sollicités, probablement aussi les plus connus du grand public. Ces groupes d'entraide, autrefois nommés « groupes d'anciens buveurs » ont pour objectifs le soutien, le suivi et l'accompagnement des patients dépendants à l'alcool dans leur démarche de prise en charge mais ils assurent également le soutien de l'entourage. Un des bienfaits qu'apportent ces associations, est le fait qu'ils confrontent les patients à des situations nouvelles et leurs apportent des stratégies d'adaptation et ainsi améliorent leur qualité de vie. Les principes fondamentaux de ces groupes sont en lien avec les modèles psychothérapeutiques développés et utilisés dans le domaine de l'addictologie en France [43]. De plus, comme nous l'avons vu précédemment dans l'étude de 2007 réalisée sur 16 années, la participation à une association telle que les Alcooliques Anonymes permettrait également une amélioration du pronostic et donc du risque de rechute dans cette maladie.

Ces mouvements associatifs peuvent donc être un outil complémentaire bénéfique dans une prise en charge de dépendance à l'alcool.

Cependant, l'usage de l'ANPAA est plus rare chez nos médecins répondants. En effet, plus de 90% des médecins répondants n'ont jamais eu recours à cette association pour une aide à la prise en charge d'un TUA alors qu'une des missions de l'ANPAA est de conseiller voire former des professionnels de santé notamment au repérage et à l'orientation vers des structures plus spécifiques.

L'ensemble de ces résultats sur l'orientation vers les structures spécialisées et l'ANPAA et le fait que peu de médecins aient recours à ces dispositifs hormis les associations d'entraide peut être expliqué par un possible manque de connaissances de la part des médecins des centres existants sur leur territoire, mais aussi une information insuffisante sur ces structures et leurs missions d'autant plus que ces structures notamment les CSAPA sont récentes.

2.3.3.5. Analyse des freins rencontrés par les médecins pour l'usage des structures addictologiques et propositions de solutions envisagées par les répondants

En première position, vient le refus du patient généralement lié au déni de sa pathologie, ce qui est très fréquent dans cette maladie. Le patient met en jeu ce mécanisme de défense car il lui est difficile d'affronter la réalité et il a peur de ce qu'engendrerait un changement de son comportement. Cela dure le temps qu'il accepte sa pathologie en tant que telle. Le soignant doit alors reconnaître la résistance du patient à tout changement et adapter son intervention en fonction de son intensité, et le patient doit se sentir en confiance et ne pas subir de pressions. D'où l'intérêt d'une bonne formation sur le repérage précoce, l'intervention brève ainsi que l'entretien motivationnel qui sont à réitérer chaque fois que nécessaire, dans le but que le patient reconnaisse son trouble et envisage une démarche de soins. Le but est une approche centrée sur le patient, le médecin doit avoir une attitude empathique, valoriser l'autonomie du patient et respecter ses décisions [25]. Les freins soulevés de façon plus minoritaire tels que les difficultés de communication et/ou les problèmes psycho-sociaux des patients représentent des symptômes fréquemment associés à cette pathologie, Cela impose la nécessité de prise en charge globale du patient et de son

environnement. D'ailleurs ici, nous avons pu noter que les jeunes médecins avaient davantage répondu au frein des difficultés de communication avec le patient, peut-être par manque d'expérience et manque de formation comme nous l'avons discuté précédemment.

Les autres freins prédominants sont le manque d'informations sur les structures existantes comme nous le supposions, notamment les CSAPA qui sont relativement récents et les difficultés à adresser les patients vers celles-ci, que ce soit un délai d'hospitalisation trop long ou l'absence de numéro téléphonique unique. Actuellement, les délais d'hospitalisation dans les unités d'addictologie sont très variables en fonction des périodes et de la disponibilité des lits. En pratique, il est vrai qu'il n'est pas toujours évident de prévoir une admission, il est nécessaire de passer par plusieurs intermédiaires (cadres de santé, infirmiers, médecins...), ce qui demande du temps de la part des médecins ; d'ailleurs le manque de temps est un frein soulevé par 9 réponders. Et le plus souvent, le patient doit faire preuve de patience et attendre que le service disponible le recontacte pour le faire hospitaliser. Ce délai peut probablement engendrer une démotivation du patient qui peut penser que l'on néglige sa prise en charge. Il est aussi possible que ce temps d'attente puisse avoir un impact négatif sur le projet de soin, le patient peut en effet estimer que si son hospitalisation peut attendre, c'est que sa pathologie n'est pas si importante et peut-être sera-t-il enclin à poursuivre davantage sa consommation d'alcool ?

Les problèmes concernant le manque de retour d'informations de la part du réseau ainsi que le manque de courriers post-hospitalisation sont évoqués pour 17 réponders soit plus de 20 % des praticiens ici. Ce résultat n'est pas négligeable et peut constituer une barrière entre la médecine générale et le réseau de soin en addictologie.

Face à ces problèmes, nous avons proposé diverses solutions susceptibles d'améliorer la prise en charge d'un TUA et peut-être inciter davantage de médecins à avoir recours à des dispositifs lorsque c'est nécessaire.

Un numéro de téléphone unique pour faciliter une admission dans une unité de soin est la première solution appréciée par 81 % des médecins. Une information avec une meilleure visibilité des structures est le second point qui serait à améliorer pour 75,9%, cela peut rentrer dans le cadre d'une meilleure formation en Addictologie et Alcoologie qui apporterait davantage de connaissances concernant ces dispositifs notamment leurs rôles et comment faire admettre un patient dans une de leurs unités.

Plusieurs types de formations sont déjà disponibles dans notre département :

- le Diplôme Universitaire d'Addictologie Pratique dont la formation se fait sur une année (soit 96 heures réparties en 80 heures de théorie et 16

heures de pratique, un examen final et un mémoire), qui se fait à Limoges.

- Un développement professionnel continu (DPC) en Addictologie est proposé dans le département à tous les professionnels de santé intéressés par la problématique des conduites addictives de façon générale. Les structures spécialisées font partie d'un des thèmes abordés lors de la formation, tout comme l'empathie et le repérage des consommations à risque. Il est possible de s'y inscrire via le site internet d'AddictLim. Il suffit de 2 formations pour valider le DPC, mais celui-ci peut également être validé via le site du CH Esquirol de Limoges.

D'autre part, il est vrai qu'il y a un manque évident d'études à propos de ces structures sanitaires et médico-sociales qui restent relativement récentes, notamment sur leur place dans le réseau de soin et l'efficacité de leurs missions dans la prise en charge d'un TUA à plus ou moins long terme.

Pour ce qui est de faciliter une admission dans un service d'Addictologie, il est possible de contacter directement le pôle Addictologique au numéro suivant : [05.55.43.11.56](tel:05.55.43.11.56). Ce n'est que par la suite, que les professionnels de santé seront redirigés vers la structure la plus adaptée au profil de leur patient. Actuellement, il n'est pas possible de contacter directement une unité en particulier car se pose toujours le problème de la disponibilité des lits. Par ailleurs, un nouveau bâtiment est en cours de construction prévue pour début 2017 dans le but de mutualiser les ressources hospitalières et de favoriser la prise en charge ambulatoire avec possibilité d'alterner les consultations avec des hospitalisations de jour.

Pour ce qui est de la possibilité de visio et/ou téléconférence avec le personnel soignant d'addictologie, 21,5% des médecins répondants seraient susceptibles d'être intéressés ; c'est une solution qui existe déjà dans notre département pour les jeux pathologiques. Cette alternative pourrait être également proposée pour les troubles d'usage d'alcool. Il suffirait d'en informer le Conseil de l'Ordre afin de mettre en place cet échange entre professionnels de santé et prévenir les médecins généralistes du département voire de la région des dates fixées pour ce type de rencontre. Cela permettrait un échange direct entre médecine de ville et spécialité pour obtenir des avis sur certains cas cliniques.

L'ANPAA Haute-Vienne peut aussi être une solution alternative lorsque nous sommes confrontés à des difficultés de prise en charge. L'association peut nous procurer des avis ou nous aider vers une éventuelle orientation plus spécifique. Nous pouvons aussi adresser nos patients vers eux pour faire le point sur leur addiction, la première consultation est anonyme

et gratuite et se fait avec ou sans rendez-vous. ANPAA 87 est située au 5 avenue Garibaldi à Limoges, leur numéro de téléphone est le [05.55.34.46.00](tel:05.55.34.46.00).

2.3.4. Les dispositifs spécialisés en Addictologie et alcoologie du département de la Haute-Vienne

Structures spécialisées	CSAPA ANPAA 87	05 55 34 46 00	
	CSAPA Bobillot	05 55 34 43 77 / 43 11 49	
Etablissements hospitaliers Pôle universitaire d'addictologie 05 55 43 11 56	CH Esquirol	<u>ELSA</u> ⇒ 05 55 43 12 08 <u>Giraudoux</u> ⇒ 05 55 43 11 17 <u>HDJ Liberman</u> ⇒ 05 55 43 11 28 <u>SSR Addicto.</u> ⇒ 05 55 43 13 82 <u>Unité Pierre Fouquet</u> ⇒ 05 55 43 11 43 <u>Unité Henry Ey Bas</u> ⇒ 05 55 43 11 49 <u>Prévention en Addicto.</u> ⇒ 06 78 88 19 06	
	CH Bellac	<u>Cs Addicto.</u> ⇒ 05 55 47 20 03 / 47 22 24	
	CH Monts et Barrages	05 55 56 43 00	
	CH St Junien	05 55 43 50 00	
	CH St Yrieix la Perche	05 55 75 75 75	
	Clinique La Jonchère	05 55 39 59 59	
	Structures ressources	ANPAA 87	05 55 34 46 00
		Réseau AddictLim	05 55 05 99 00
		Association Bobillot	05 55 43 12 28
		ARS Nouvelle Aquitaine	05 57 01 44 00
Associations d'utilisateur	Alcool Anonymes Limoges	06 74 27 07 67	
	Alcool Anonymes St Junien	06 85 48 28 63	

	Vie Libre Limoges	05 55 04 15 08
	La Santé de la Famille	06 85 82 99 45

Dans ce tableau, ne sont indiquées que les structures relatives à l'alcoologie et pouvant accompagner un patient ayant un trouble d'usage d'alcool dans notre département.

De façon plus détaillée, un annuaire de toutes les structures existantes sur le département et pour toutes les addictions sont précisées sur le site internet d'AddictLim dont voici le lien : <http://addictlim.jimdo.com>. Une plaquette interactive avec toutes les adresses et numéros utiles est disponible ainsi que les localisations de chaque structure dans le département.

Conclusion

Le Trouble d'Usage d'Alcool constitue une véritable maladie, fréquemment rencontrée en médecine générale et très souvent reniée par les patients concernés. D'ailleurs, la plus grande difficulté de prise en charge reste le déni du malade et les refus de soins souvent imputables à cette pathologie. Mais, étant donné les multiples conséquences qui peuvent parfois être dramatiques tant sur le plan somatique que sur les plans psychologique et social, il est de notre devoir de le dépister au maximum et de proposer des projets thérapeutiques adaptés.

Les nouvelles politiques souhaitent inciter davantage à la formation initiale du repérage précoce et l'intervention brève ainsi qu'une meilleure articulation avec les différents dispositifs sanitaires et médico-sociaux d'Addictologie lorsque cela s'avère nécessaire.

Bien que le Trouble d'Usage d'Alcool est un thème qui fût largement abordé en littérature, cette enquête descriptive permet d'obtenir un état des lieux sur la pratique des médecins généralistes de la Haute-Vienne et l'utilisation des différents dispositifs dont ils disposent afin de les aider dans leur prise en charge. Elle montre effectivement que le recours aux différentes structures spécialisées est pour le moment encore peu conforme aux recommandations puisque la plupart des structures, notamment les CSAPA, les CSSR, les suivis ambulatoires via des hospitalisations de jour sont peu utilisés par les médecins libéraux.

Cette étude a permis de réaliser qu'il y avait un réel manque de connaissances de la part des médecins concernant ces dispositifs mais aussi concernant l'ANPAA., alors que ceux-ci sont demandeurs d'une meilleure visibilité de ces structures existantes. Cela serait possible en améliorant les formations initiales à l'Addictologie et plus particulièrement en Alcoologie et en sensibilisant davantage les médecins généralistes au réseau AddictLim. De plus, il serait également intéressant que des études puissent être menées dans le but de mieux connaître tous ces dispositifs spécialisés notamment en étudiant l'impact qu'ils peuvent avoir dans une prise en charge à long terme sur les patients ayant un TUA (mésusage et dépendance confondus).

Références bibliographiques

[1] Palle C. « Alcool » dans Observatoire français des Drogues et des Toxicomanies, *Drogues et Addictions, données essentielles*. Saint-Denis, OFDT, 2013 : pp 204-213.

[2] Moller L. Editorial - L'alcool, enjeu majeur de santé publique en France et en Europe. BEH, 2013 ; n° 16-17-18 : pp 161-162.

[3] Guérin S. Mortalité attribuable en France en 2009. BEH, 2013 ; n° 16-17-18 : pp 163-168.

[4] Richard JB, Palle C., Guignard R. La consommation d'Alcool en France en 2014. Evolutions, résultats d'études et de recherches en prévention et en éducation pour la santé, 2015 ; 32 : 6p.

[5] Beck F., Guignard R., Léon C., Richard JB. Atlas des usages de substances psychoactives 2010. Analyses régionales du Baromètre santé de l'Inpes.

<http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1479.pdf>

[6] Beck F., Legleye S., Le Nézet O., Spilka S. Atlas régional des consommations d'alcool 2005, Données Inpes/OFDT.

<http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1135.pdf>

[7] Pathologies liées à la consommation d'alcool ou de tabac : Données de mortalité sur la période 2005-2009. Observatoire Régional de la santé du Limousin ; publié en Avril 2012.

[8] Fleury B. Les conduites d'alcoolisation : du repérage précoce au réseau de prise en charge. Dialogue Ville –Hôpital. JOHN LIBBEY EUROTTEXT, 2004 : 128p. ISBN : 978-2-7420-0471-3.

[9] Les conduites d'alcoolisation : recommandations pour la pratique clinique 2001. Lecture critique des classifications et définitions. Quel objectif thérapeutique ? Pour quel patient ? Sur quels critères ? Alcoologie et Addictologie, 2001 ; 23 (45) : pp 15-765.

[10] Critères d'usage nocif et de dépendance à une substance psychoactive et au tabac selon la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes de l'OMS, 10^{ème} révision (CIM-10). HAS/Service des bonnes pratiques professionnelles/Octobre 2014.

[11] American Psychiatric Association. Highlights of changes from DSM-IV to DSM-5 [Internet] Allington (VA) : American Psychiatric Publishing, 2013. [cited 2015 Jul 19].

<http://www.dsm5.org/documents/changes%20from%20dsm-iv-tr%20to%20dsm-5.pdf>

[12] National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Alcohol Use disorder : a comparison between DSM-IV and DSM-5 [Internet] Bethesda MD : National Institutes of Health, 2013. [cited 2015 Jul 19].

<http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/dsmfactsheet/dsmfact.pdf>

[13] Balland B., Lüscher C. L'addiction : lorsque l'emballlement des mécanismes d'apprentissage conduit à la perte du libre arbitre. *Psychiatr Sci Hum Neurosci*, 2009 ; 7 : pp 35-42.

[14] Trigo JM *et al.* The endogenous opioid system : a common substrate in drug addiction. *Drug Alcohol Depend*, 2010 ; 108 (3) : pp 183-194.

[15] Nubukpo P. Système opoïde endogène et stratégies thérapeutiques dans la dépendance à l'alcool. *L'Encéphale*, 2014 ; 40 : pp 437-667.

[16] Adès J. Lejoyeux M. *Alcoolisme et psychiatrie Données actuelles et perspectives.* MASSON, 2003 : 288 p. ISBN : 978-2-294-01230-3.

[17] Leggio L., Kenna GA., Swift RM. New developments for the pharmacological treatment of alcohol withdrawal syndrome. A focus on non-benzodiazepine GABAergic medications. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*, 2008 ; 32 (5) : pp 1106-1117.

[18] Wohl M., Gorwood P. L'alcool est-il inscrit dans les gènes. Vulnérabilité génétique et conduites d'addiction. *Addictions*, Juin 2015 ; 10 : pp 10-15

[19] Gorwood P., Le Strat Y., Panoz N. Le concept des addictions sous l'angle de la génétique. *Psychotropes*, 2008 ; 14 : pp 29-39.

[20] Michaud P., Dewost AV., Fouilland P. « Boire moins c'est mieux » ; Comment intégrer le repérage précoce et l'intervention brève auprès des consommateurs à risque dans la pratique des médecins ? *Presse Méd*, 2006 ; 35 (5-C2) : pp 831-839

[21] Michaud P., Fouilland P., Greny I., Klein P. Alcool, tabac, drogue : le public fait confiance aux médecins. *Revue du Praticien Médecine Générale*, 2003 ; 17 (611) : pp 605-608.

[22] Gallois P., vallée JP., Noc YL. Les mésusages de l'alcool. *Revue du Praticien Médecine Générale* 2006 ; 2 (7) : pp 302-306.

[23] Dépinoy D., Demeaux JL. Dépistage des mésusages de l'alcool. *Revue du Praticien Médecine Générale*, 2004 ; 18 (650/651) : pp 553-561.

[24] Fiellin D., Carington Reid M., O'Connor P. Screening for Alcohol Problems in Primary Care ; A systematic Review. Arch Intern Med, 2000 ; 160 (13) : pp 1977-1989.

[25] Mésusage de l'alcool : dépistage, diagnostic et traitement. Recommandation de bonnes pratiques. SFA. Alcoologie et Addictologie, 2015 ; 37(1) : pp 5-84.

[26] Heather N., Adamson SJ., Raistrick D., Slegg GP. Initial Preference for Drinking Goal in the Treatment of Alcohol Problems. I. Baseline Differences Between Abstinence and Non-Abstinence Groups. Alcohol Alcohol, 2010 ; 45 (2) : pp 128-135.

[27] Conférence de consensus. Objectif, indication et modalités du sevrage du patient alcoolodépendant. 17 mars 1999.

[28] Recommandation de la HAS relative à la prise en charge à titre dérogatoire du baclofène (LIORESAL 10 mg et BACLOFENE ZENTIVA 10 mg) dans le cadre d'une recommandation temporaire d'utilisation. HAS décision n° 2014.0075 du 2 avril 2014.

[29] SELINCRO (nalméfène), antagoniste opioïde ; Progrès thérapeutique mineur pour réduire la consommation d'alcool. HAS Synthèse d'avis de la commission de la transparence. Addictologie. Nouveau médicament. Décembre 2013.

[30] Sélincro (nalméfène). VIDAL 2014. Médicaments.

[31] Paille F., Aubin HJ. Les perspectives dans le traitement médicamenteux de la dépendance à l'alcool. Synthèse des essais thérapeutiques récents. SFA, 07/02/2012.

[32] Alcool et Psychothérapies. Résumé des communications. Réunion de la Société Française d'Alcoologie. 17 et 18 mars 2011, Maison International, Paris.

[33] Vinas JM. L'avènement des réseaux De la tuberculose aux ordonnances de 1996. Actualité et dossier en santé publique, 1998 ; 24 : pp 13-14.

[34] LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Chapitre V : Réseaux. Article 84. Art. L. 6321-1.

[35] La prise en charge et la Prévention des Addictions. Plan 2007-2011. Ministère de la santé et des solidarités. 15 novembre 2006.

[36] 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.

http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/08_79t0.pdf

[37] <http://www.anpaa.asso.fr/images/media/201506telechargements/anpaa-axes-strategiques.pdf>

[38] Paille F., Reynaud M. L'alcool, une des toutes premières causes d'hospitalisation en France. Bull Epidemiol Hebd. 2015 ; 24-25 : pp 440-449.

[39] Outil d'aide au repérage précoce et intervention brève : alcool, cannabis, tabac chez l'adulte. Rapport d'élaboration HAS / Service des bonnes pratiques / Novembre 2014.

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-12/outil_delaboration_reperage_alcool_cannabis_tabac_-_rapport_delaboration.pdf

[40] Alcool et Médecine Générale Recommandations cliniques pour le repérage précoce et les interventions brèves.

<http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1146.pdf>

[41] Moos RH, Moos BS. Protective resources and long term recovery from alcohol use disorders. Drug Alcohol Depend. 2007; 86 (1) : pp 46-54.

[42] Moos RH, Moos BS. Rates and predictor of relapse after natural and treated remission from alcohol use disorders. Addiction, 2006 ; 101 (2) : pp 212-222.

[43] Delile JM., Coueron JP. Réflexions sur le traitement résidentiel des addictions. Alcoologie et Addictologie, 2009 ; 31 (1) : pp 27-35.

[44] Palle C., Rattanatray M. Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie en 2010. Situation en 2010 et évolutions sur la période 2005-2010. Saint-Denis, OFDT/DGS, 2013, 89p.

[45] Décret n° 2007-877 du 14 mai 2007 relatif aux missions des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie. Ministère de la Santé et des Solidarités. Journal Officiel de la République Française.

[46] L'avenir de l'addictologie : le patient, son entourage et les Groupes d'entraide. Réunion de la Société française d'Addictologie. Alcoologie et Addictologie, 2012 ; 34 (4) : pp 335-350.

Table des annexes

Annexe 1 : Echelle de Cushman.....	82
Annexe 2 : Echelle CIWA-Ar.....	83
Annexe 3 : Modèle transthéorique de Prochaska et Di Clemente.....	84
Annexe 4 : Questionnaire de thèse.....	85

Annexe 1.

Score de gravité : échelle de Cushman

SCORE	0	1	2	3
Freq. Cardio.	< 80	80 - 100	100 - 120	> 120
TA	< 135	136 - 145	146 - 155	> 156
Tremblements	aucun	mains	Membres sup	généralisés
Sueurs	aucune	paumes	Paumes et front	généralisées
Agitation	aucune	discrète	Généralisées et incontrôlables	hallucinations
TOTAL				

- Cushman < 5 : Valium® = 0
- Cushman entre 5 et 7 : Valium® toutes les 4 heures
- Cushman > 7 : Valium® toutes les 3 heures

Annexe 2.

Fiche du CIWA-Ar

Année -- // Jour // Heure / // Pression artérielle / Mm Hg // Pulsations /Min // Température . °C

Nausées et vomissements – Demandez : « Avez-vous mal au cœur ou des nausées ? Avez-vous vomi ? » Observez :

0 Pas de nausées ni de vomissements
 1 Nausées légères sans vomissements
 2
 3
 4 Nausées intermittentes avec haut-le-cœur
 5
 6
 7 Nausées constantes, haut-le-cœur fréquents et vomissements

Tremblements – Bras étendus, doigts écartés. Observez :

0 Pas de tremblements
 1 Non visibles, mais peuvent être perçus ou sentis du bout des doigts
 2
 3
 4 Modérés, le patient ayant les bras étendus
 5
 6
 7 Importants, sans les bras étendus

Sueurs – Observez :

0 Pas de sueurs visibles
 1 Sueurs à peine perceptibles, paumes moites
 2
 3
 4 Front perlé de sueurs
 5
 6
 7 Trepé de sueurs

Anxiété – Demandez : « Vous sentez-vous nerveux ? » Observez :

0 Calme, détendu
 1 Légèrement anxieux
 2
 3
 4 Modérément anxieux ou sur ses gardes
 5
 6
 7 Équivalent à un état de panique aigu ayant un tableau semblable au délirium ou aux réactions schizophréniques aiguës

Agitation – Observez :

0 Normale
 1 Normale, mais légèrement accrue
 2
 3
 4 Patient modérément nerveux et agité, ne tient pas en place, impatient
 5
 6
 7 Marche de long en large pendant la plus grande partie de l'entrevue ou agite les pieds et les mains (agitation presque constante)

Troubles tactiles – Demandez : « Avez-vous des démangeaisons, des sensations de fourmillement, de chaleur, d'engourdissement ou avez-vous l'impression qu'il y a des insectes qui courent sur votre peau ». Observez :

0 Aucun
 1 Très peu de démangeaisons, de fourmillements, de sensations de chaleur ou d'engourdissements
 2 Peu de démangeaisons, de sensations de chaleur ou d'engourdissements
 3 Démangeaisons, fourmillements, sensations de chaleur ou engourdissements modérés
 4 Hallucinations modérées
 5 Hallucinations importantes
 6 Hallucinations extrêmement importantes
 7 Hallucinations continues

Troubles auditifs – Demandez : « Êtes-vous plus sensible aux sons qui vous entourent ? Sont-ils stridents ? Vous font-ils peur ? Entendez-vous un son qui vous agace, vous irrite ? Avez-vous l'impression de percevoir ou d'entendre des sons et des bruits qui n'existent pas ? » Observez :

0 Absents
 1 Très peu stridents ou effrayants
 2 Peu stridents ou effrayants
 3 Modérément stridents ou effrayants
 4 Hallucinations modérées
 5 Hallucinations importantes
 6 Hallucinations extrêmement importantes
 7 Hallucinations continues

Troubles visuels – Demandez : « La lumière vous paraît-elle vive ? La couleur est-elle différente ? Vous fait-elle mal aux yeux ? Est-ce que vous voyez quelque chose qui vous perturbe ? Qui vous dérange ? Avez-vous l'impression de voir des choses qui n'existent pas réellement autour de vous ? » Observez.

0 Absent
 1 Très peu sensible
 2 Peu sensible
 3 Modérément sensible
 4 Hallucinations modérées
 5 Hallucinations importantes
 6 Hallucinations extrêmement importantes
 7 Hallucinations continues

Maux de tête, tête lourde – Demandez : « Avez-vous des sensations étranges à la tête ? Avez-vous l'impression que quelque chose vous serre la tête ? Avez-vous l'impression d'avoir la tête dans un étoupe ou que votre tête va éclater ? Avez-vous l'impression d'avoir un bandeau autour de la tête ? » Ne pas évaluer les étourdissements ni les sensations d'ébriété. Évaluez plutôt l'intensité des autres symptômes.

0 Absentes
 1 Très légères
 2 Légères
 3 Modérées
 4 Modérément importantes
 5 Importantes
 6 Très importantes
 7 Extrêmement importantes

Orientation par rapport au temps, à l'espace et aux personnes – Demandez : « Quel jour sommes-nous ? Quelle est la date ? Où êtes-vous ? Qui suis-je ? »

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

Score CIWA-Ar Total (max. = 67) :
 (Additionner les scores de chaque point)

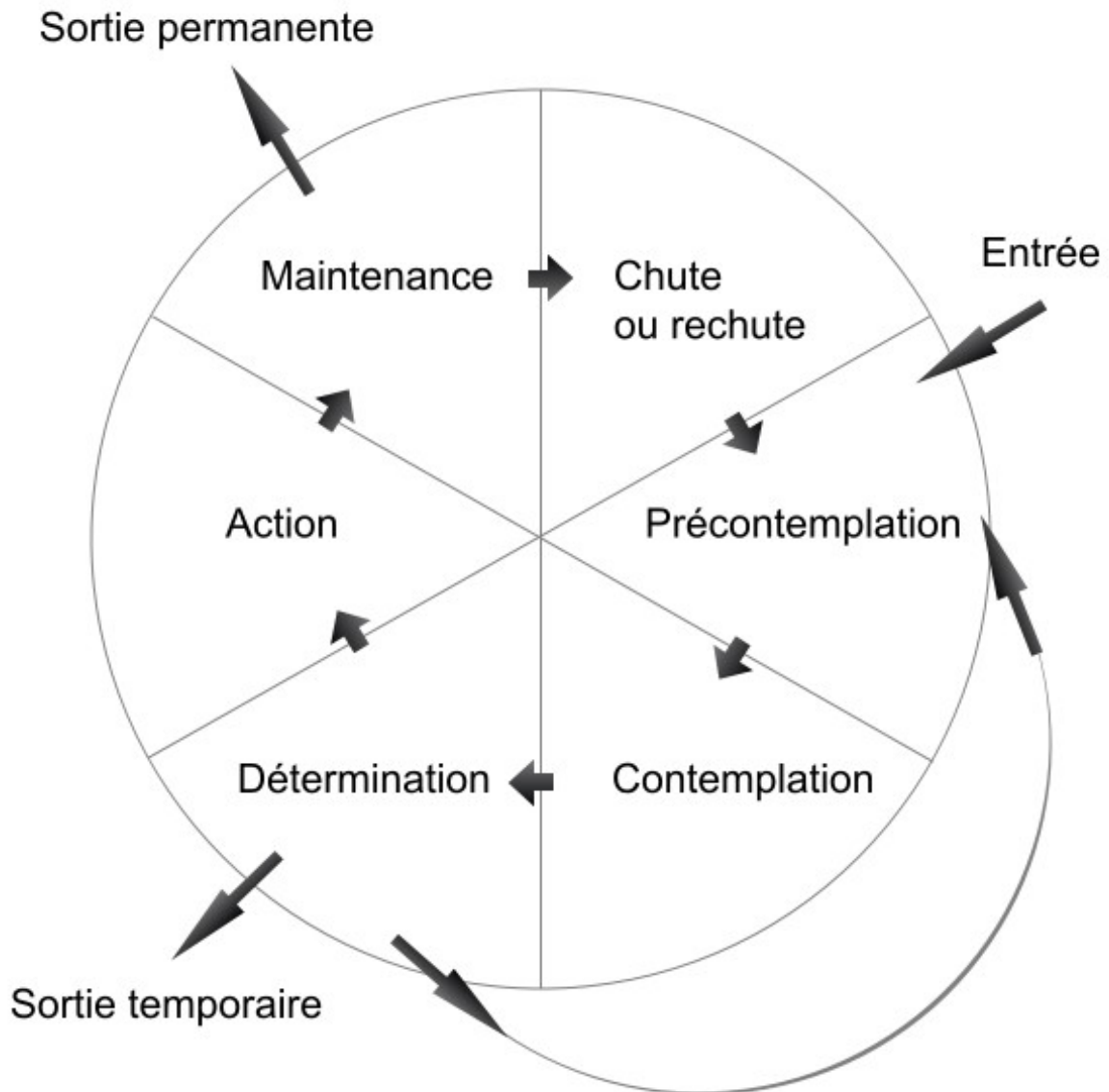
Nom de l'évaluateur : _____

Prénom, nom

Source : The Clinical Institute Withdrawal Assessment – Alcohol Revised (Sullivan, Sykora, Schneiderman et coll. 1989 ; Sullivan, Swift et Lewis 1991).

Annexe 3.

Le cercle de Prochaska et Di Clemente



Annexe 4.

Questionnaire anonyme destiné aux médecins généralistes de la Haute-Vienne concernant la prise en charge des patients ayant un trouble de l'usage à l'alcool (mésusage et/ou dépendance).

1. Votre âge ?

.....

2. Votre lieu d'exercice ?

Rural

Urbain

3. Possédez-vous un diplôme dans le domaine de l'addictologie ou l'alcoologie (capacité, DU, DIU...)?

- Oui

- Non

4. Avez-vous déjà pris en charge un patient présentant un mésusage à l'alcool ou une dépendance ?

- Oui

- Non

→ Si oui,

pour une réduction de consommation d'alcool

pour un sevrage

pour un suivi d'abstinence

dans le cadre de complications organiques

dans le cadre de complications psychiatriques

5. Avez-vous des patients avec un trouble de l'usage à l'alcool qui sont pris en charge en Addictologie ?

- Oui

- Non

→ Si oui,

par un suivi ambulatoire à domicile par une équipe de liaison en Addictologie

par des consultations ambulatoires par un psychiatre Addictologue

en hospitalisations de jour

en hospitalisations de semaine

en hospitalisations complètes

en services de soins de suite et de réadaptation en Addictologie

6. Avez-vous déjà eu recours à une ELSA (Equipe de liaison et de soins en Addictologie) pour des consultations ambulatoires en urgence ou non ?

- Oui
- Non

7. Avez-vous déjà adressé un patient en hospitalisation pour une prise en charge d'un trouble de l'usage à l'alcool ?

- Oui
- Non

→ Si oui, était-ce pour

- des soins sans consentement du patient
- pour des hospitalisations libres avec accord du patient

→ S'agissait-il:

- d'une aide à la réduction de consommation ?
- d'un sevrage simple ?
- d'un sevrage complexe ?
- dans le cadre d'un maintien d'abstinence ?
- dans le cadre d'une aide à la réinsertion sociale ?

NB: Un sevrage a pour objectif l'entrée dans un processus d'abstention complète et durable d'alcool. On parle de sevrage complexe lorsque le patient dépendant à l'alcool présente des polyconsommations et / ou des comorbidités psychiatriques ou organiques associées, des antécédents de délirium tremens ou de crises convulsives généralisées lors de précédentes tentatives de sevrage. Un sevrage complexe se fera en institution spécialisée.

8. Avez-vous déjà adressé l'un de vos patients vers un service de SSR (Soins de suite et de réadaptation) d'Addictologie?

- Oui
- Non

9. Avez-vous déjà orienté l'un de vos patients vers un CSAPA (Centre de soins d'accompagnement et de prévention en Addictologie) ?

- Oui
- Non

10. Avez-vous déjà proposé à l'un de vos patients une des associations d'entraides suivantes ?

- Les Alcooliques Anonymes
- Association Vie Libre
- La Santé de la famille
- Autres

11. Avez-vous déjà sollicité l'ANPAA (Association nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie) de votre région pour vous aider dans la prise en charge d'un patient ayant un trouble de l'usage à l'alcool ?

- Oui
- Non

12. Quels freins rencontrez-vous le plus souvent dans l'orientation vers les structures de soins en Addictologie du département?

- Impossibilité/Difficulté de dialogue avec le patient
- Problèmes psycho-sociaux prédominants: agressivité, isolement du patient avec peu ou pas de soutien de l'entourage
- Refus du patient d'une prise en charge spécifique
- Démotivation de votre part du fait de nombreuses rechutes
- Manque d'informations concernant les différents dispositifs existants avec difficultés pour adresser un patient
- Pas de numéro téléphonique unique pour adresser un patient
- Pas d'email centralisé pour orienter un patient vers une hospitalisation adaptée
- Délai d'attente d'hospitalisation trop long
- Manque de temps du médecin
- Manque de retour d'informations de la part du réseau, peu de contact avec le personnel soignant du réseau
- Manque de courrier concernant le suivi de vos patients
- Aucun

13. Pouvez-vous donner une estimation des patients que vous avez vu en consultation le mois précédent, qui ont un trouble de l'usage à l'alcool ?

- Aucune idée
- Moins de 2
- Moins de 5
- Plus de 10
- Plus de 20

14. Quelles solutions vous permettraient d'apporter une meilleure prise en charge des patients avec trouble de l'usage à l'alcool et de les orienter plus facilement vers les dispositifs existants ?

- Formations sur repérage et comment mieux aborder la consommation d'alcool
- Davantage de formations sur la prise en charge ambulatoire voire une FMC en Alcoologie
- Etre informé et/ou avoir plus de visibilité des structures spécialisées (sanitaires, médico-sociales, sociales) en alcoologie sur mon territoire
- Plus de coordination avec les personnels soignants en Addictologie lors de la prise en charge de vos patients (Réunion de concertation pluridisciplinaire) autour d'une table ou par visioconférence ou téléconférence
- Un numéro ou email centralisé pour des avis ou aides à la prise en charge
- Un numéro unique pour faciliter l'admission d'un patient en hospitalisation
- Autres

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, puisse-je avoir un sort contraire.

Elodie Thomas-Poyade

Utilisation par les médecins généralistes de la Haute-Vienne des dispositifs addictologiques sanitaires et médico-sociaux du département, dans la prise en charge d'un trouble d'usage d'alcool

Introduction : L'alcool est la substance psychoactive la plus consommée en France et la 2^{ème} cause de mortalité prématurée. La complexité du trouble d'usage d'alcool nécessite un travail pluri disciplinaire et une prise en charge à long terme ; d'où l'intérêt des dispositifs addictologiques ainsi que les associations d'entraide et de prévention. Objectifs : Décrire l'usage par les médecins généralistes de la Haute-Vienne des dispositifs addictologiques du département., les freins qu'ils rencontrent dans l'orientation vers ces structures et les solutions qui seraient susceptibles de les intéresser pour améliorer leur prise en charge et l'utilisation de ces dispositifs. Méthode : Il s'agit d'une étude descriptive intéressant les médecins généralistes du département. Ils ont été sollicités par email via un questionnaire de 18 questions afin de vérifier leurs connaissances des dispositifs addictologiques et autres organismes pouvant les aider dans leur prise en charge. Résultats : 81 réponses sur 236 emails envoyés ont pu être exploitées, soit un taux de réponse de 34,3 %. 74 médecins (91,4 %) ont déjà pris en charge un TUA. 68 réponders (84 %) n'ont jamais eu recours à une ELSA. Cependant, 86,4 % ont déjà adressé un patient en hospitalisation principalement pour des sevrages simples et complexes. 71,6 % des réponders n'ont jamais eu recours à un CSSR et 64,2 % n'ont jamais adressé de patient vers un CSAPA. Les freins prédominants rencontrés sont le refus de prise en charge par le patient pour 66 médecins (81,4 %) et le manque d'informations sur les structures pour 47 réponders (58 %). Les solutions qui ressortent afin d'améliorer et faciliter l'utilisation de ces structures sont un numéro de téléphone unique dans le but d'hospitaliser un patient pour 63 médecins (79,7 %) et avoir une meilleure visibilité et être mieux informé sur les différents dispositifs addictologiques pour 59 praticiens (74,7 %). Conclusion : Cette étude permet de faire un état des lieux sur la pratique des médecins généralistes de la Haute-Vienne et leur recours aux dispositifs addictologiques dans la prise en charge d'un TUA. Cela montre que les médecins utilisent peu certaines de ces structures car ils ont un manque de connaissances de ces dernières même si le refus du patient d'une éventuelle prise en charge reste le principal frein dans l'orientation vers ces structures.

Mots-clés : Trouble d'usage d'alcool, dispositifs addictologiques, médecine générale, CSAPA.

Use by the general practitioners of the Haute-Vienne of sanitary and medico-social addictologiques devices of the department, in the management of alcohol use disorder

Introduction : The alcohol is the most psychoactive substance consumed in France and the 2nd premature cause of death. Alcohol use disorder complexity requires a pluri disciplinary work and a long-term care ; that's where addictologiques devices and the mutual aid and prevention associations. Objectives : Describe the use by the general practitioners of the Haute-Vienne of addictologiques devices of the department, the brakes wich they meet in the orientation towards these structures and the solutions which would may interest them to improve their management and the use of these devices. Method : It's a descriptive study interesting the general practitioners of the department. They where requested by email via a questionnaire of 18 questions to check their knowledge of addictologiques devices and the others organismes which can help them in their coverage. Results : 81 questionnaires on 236 sent emails where able to be exploited, that's a rate of 34,3 % answer. 74 practitioners (91,4 %) have already taken care an AUD. 68 responders (84 %) have never turned to an ELSA. However, 86,4 % have already sent a patient in hospitalisation mainly for simple and complex withdrawal. 71,6 % responders have never turned to a CSSR and 64,2 % have never sent a patient to a CSAPA. The predominant brakes are the denial of care by the patient for 66 practitioners (81,4 %) and the lack of informations on the structures for 47 responders (58 %). The solutions to improve and facilitate the use of these structures are an only phone number to hospitalizing a patient for 63 practitioners (79,7 %) and a better visibility and be better informed about the different addictologiques devices for 59 practitioners (74,7 %). Conclusion : This study allows a current situation on the general practitioners of the Haute-Vienne and their utilisation of addictologiques devices in the management of AUD. It shows that the doctors use little some of the structures because they have a lack of knowledge of the latter even if the denial of the patient of possible care remains the main brake in the orientation towards these strucutres.

Keywords : Alcohol use disorder, addictologiques devices, general practice, CSAPA.

