

UNIVERSITE DE STRASBOURG
FACULTE DE MEDECINE STRASBOURG

Année 2018

N°145

THESE
PRESENTEE POUR LE DIPLOME DE
DOCTEUR EN MEDECINE

Spécialité de Médecine Générale

PAR

Lorenz Anne, Née le 03/06/1991 à Gleizé

**Prise en charge de l'alcoolisme :
La place du sevrage ambulatoire en médecine générale**

Président : Monsieur le Professeur Emmanuel Andrès

**Assesseurs : Monsieur le Professeur Jean-Christophe Weber
Madame la Professeur Laurence Lalanne-Tongio**

Directeur : Monsieur le Docteur Michel Kopp

Liste des Professeurs et Maîtres de Conférences

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG



1 FACULTÉ DE MÉDECINE (U.F.R. des Sciences Médicales)

- **Président de l'Université** M. DENEKEN Michel
- **Doyen de la Faculté** M. SIBILIA Jean
- **Assesseur du Doyen (13.01.10 et 08.02.11)** M. GOICHOT Bernard
- **Doyens honoraires :** (1976-1983) M. DORNER Marc
- (1983-1989) M. MANTZ Jean-Marie
- (1989-1994) M. VINCENDON Guy
- (1994-2001) M. GERLINGER Pierre
- (3.10.01-7.02.11) M. LUDES Bertrand
- **Chargé de mission auprès du Doyen** M. VICENTE Gilbert
- **Responsable Administratif** M. LE REST François

Edition MARS 2018
Année universitaire 2017-2018

HOPITAUX UNIVERSITAIRES
DE STRASBOURG (HUS)

Directeur général :
M. GAUTIER Christophe



A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE

MANDEL Jean-Louis Chaire "Génétique humaine" (à compter du 01.11.2003)

A2 - MEMBRE SENIOR A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)

BAHRAM Séiamak Immunologie biologique (01.10.2013 au 31.09.2018)
DOLLFUS Hélène Génétique clinique (01.10.2014 au 31.09.2019)

A3 - PROFESSEUR(E)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
ADAM Philippe P0001	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de chirurgie orthopédique et de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
AKLADIOS Cherif P0191	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
ANDRES Emmanuel P0002	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques / HC	53.01 Option : médecine Interne
ANHEIM Mathieu P0003	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
ARNAUD Laurent P0186	NRP6 NCS	• Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
BACHELLIER Philippe P0004	RP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
BAHRAM Seiamak P0005	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil Institut d'Hématologie et d'Immunologie / Hôpital Civil / Faculté	47.03 Immunologie (option biologique)
BALDAUF Jean-Jacques P0006	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
BAUMERT Thomas P0007	NRP6 CU	• Pôle Hépto-digestif de l'Hôpital Civil - Unité d'Hépatologie - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie / NHC	52.01 Gastro-entérologie ; hépatologie Option : hépatologie
Mme BEAU-FALLER Michèle M0007 / P0170	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
BEAUJEUUX Rémy P0008	NRP6 Resp	• Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales - Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BECMEUR François P0009	RP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
BERNA Fabrice P0192	NRP6 NCS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie Option : Psychiatrie d'Adultes
BERTSCHY Gilles P0013	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
BIERRY Guillaume P0178	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Neuroradiologie-imagerie ostéoarticulaire-Pédiatrie / Hôpital Hautepierre	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
BILBAULT Pascal P0014	NRP6 CS	• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : médecine d'urgence
BODIN Frédéric P0187	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie maxillo-faciale et réparatrice / Hôpital Civil	50.04 Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique ; Brûlologie
Mme BOEHM-BURGER Nelly P0016	NCS	• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
BONNOMET François P0017	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie orthopédique et de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURCIER Tristan P0018	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
BOURGIN Patrice P0020	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme BRIGAND Cécile P0022	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale

NHC = Nouvel Hôpital Civil HC = Hôpital Civil HP = Hôpital de Hautepierre PTM = Plateau technique de microbiologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
BRUANT-RODIER Catherine P0023	NRP0 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Maxillo-faciale et réparatrice / Hôpital Civil	50.04 Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Mme CAILLARD-OHLMANN Sophie P0171	NRP0 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
CANDOLFI Ermanno P0025	RP0 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
CASTELAIN Vincent P0027	NRP0 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital Hautepierre	48.02 Réanimation
CHAKFE Nabil P0029	NRP0 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire / Option : chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe M0013 / P0172	NRP0 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne P0028	NRP0 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne P0030	NRP0 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
CHAUVIN Michel P0040	NRP0 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
CHELLY Jameleddine P0173	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme CHENARD-NEU Marie- Pierre P0041	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe P0044	NRP0 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie / CCOM d'Illkirch	42.01 Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier P0193	NRP0 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01 Anesthésiologie-Réanimation ; Médecine d'urgence (option Anesthésiologie-Réanimation - Type clinique)
CRIBIER Bernard P0045	NRP0 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
DANION Jean-Marie P0046	NRP0 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie 1 / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
Mme DANION-GRILLIAT Anne P0047	S/nb Cons (1) (8)	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service Psychothérapeutique pour Enfants et Adolescents / HC et Hôpital de l'Elsau	49.04 Pédopsychiatrie
de BLAY de GAIX Frédéric P0048	RP0 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
DEBRY Christian P0049	NRP0 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
de SEZE Jérôme P0057	NRP0 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
DIEMUNSCH Pierre P0051	RP0 CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie-Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation (option clinique)
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène P0054	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04 Génétique (type clinique)
DUCLOS Bernard P0055	NRP0 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
DUFOUR Patrick (5) (7) P0056	S/nb Cons	• Centre Régional de Lutte contre le cancer Paul Strauss (convention)	47.02 Option : Cancérologie clinique
EHLINGER Matthieu P0188	NRP0 NCS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service de Chirurgie Orthopédique et de Traumatologie/Hôpital de Hautepierre	50.02 Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Natacha P0059	NRP0 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme FACCA Sybille P0179	NRP0 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de la Main et des Nerfs périphériques / CCOM Illkirch	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFI-KREMER Samira P0060	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
FALCOZ Pierre-Emmanuel P0052	NRP0 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
GANGI Afshin P0062	RP0 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David P0063	NRP0 NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
GENY Bernard P0064	NRP0 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GICQUEL Philippe P0065	NRP0 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
GOICHOT Bernard P0066	RP0 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et de nutrition / HP	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme GONZALEZ Maria P0067	NRP0 CS	• Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail / HC	46.02 Médecine et santé au travail Travail
GOTTENBERG Jacques-Eric P0068	NRP0 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie
GRUCKER Daniel (1) P0069	S/nb	• Pôle de Biologie - Labo. d'Explorations fonctionnelles par les isotopes in vitro / NHC • Institut de Physique biologique / Faculté de Médecine	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
HANNEDOUCHE Thierry P0071	NRP0 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Dialyse / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
HANSMANN Yves P0072	NRP0 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil	45.03 Option : Maladies infectieuses
HERBRECHT Raoul P0074	RP0 NCS	• Pôle d'Oncolo-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôp. Hautepierre	47.01 Hématologie ; Transfusion
HIRSCH Edouard P0075	NRP0 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
HOCHBERGER Jürgen P0076 (Disponibilité 30.04.18)	NRP0 CU	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Unité de Gastro-Entérologie - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie / Nouvel Hôpital Civil	52.01 Option : Gastro-entérologie
IMPERIALE Alessio P0194	NRP0 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Hautepierre	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve P0189		• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
JAULHAC Benoît P0078	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Méd.	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie P0079	NRP0 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, diabète et nutrition / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KAHN Jean-Luc P0080	NRP0 CS NCS	• Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine • Pôle de chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, chirurgie maxillo-faciale, morphologie et dermatologie - Serv. de Morphologie appliquée à la chirurgie et à l'imagerie / FAC - Service de Chirurgie Maxillo-faciale et réparatrice / HC	42.01 Anatomie (option clinique, chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)
KALTENBACH Georges P0081	RP0 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	53.01 Option : gériatrie et biologie du vieillissement
KEMPF Jean-François P0083	RP0 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main-CCOM / Illkirch	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme KESSLER Laurence P0084	NRP0 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie / Méd. B / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain P0085	NRP0 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
KINDO Michel P0195	NRP0 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
KOPFERSCMITT Jacques P0086	NRP0 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service d'Urgences médico-chirurgicales adultes/Nouvel Hôpital Civil	48.04 Thérapeutique (option clinique)
Mme KORGANOW Anne-Sophie P0087	NRP0 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane M0038 / P0174	NRP0 CS	• Pôle d'Imagerie - Service Imagerie 2 - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KRETZ Jean Georges (1) (8) P0088	S/nb Cons	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
KUHN Pierre P0175	NRP0 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II) / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel P0089	NRP0 CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôpital Hautepierre	47.02 Option : Cancérologie (clinique)
LANG Hervé P0090	NRP0 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
LANGER Bruno P0091	RP0 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale : option gynécologie-Obstétrique
LAUGEL Vincent P0092	NRP0 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital Hautepierre	54.01 Pédiatrie
LE MINOR Jean-Marie P0190	NRP0 NCS	• Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'Imagerie Ostéoarticulaire et interventionnelle/ Hôpital de Hautepierre	42.01 Anatomie
LIPSKER Dan P0093	NRP0 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-vénéréologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
LIVERNEUX Philippe P0094	NRP0 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la main - CCOM / Illkirch	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
MARESCAUX Christian (5) P0097	NRP0 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
MARK Manuel P0098	NRP0 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Cytogénétique, Cytologie et Histologie quantitative / Hôpital de Hautepierre	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MARTIN Thierry P0099	NRP0 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
MASSARD Gilbert P0100	NRP0 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme MATHELIN Carole P0101	NRP0 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie - Hôpital Civil	Gynécologie-Obstétrique ; Gynécologie Médicale
MAUVIEUX Laurent P0102	NRP0 CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre • Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe P0103	RP0 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MERTES Paul-Michel P0104	NRP0 CS	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / Nouvel Hôpital Civil	48.01 Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Nicolas P0105	NRP0 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôpital Civil	46.04 Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Ferhat P0106	NRP0 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
MONASSIER Laurent P0107	NRP0 CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie • Unité de Pharmacologie clinique / Nouvel Hôpital Civil	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier P0108	NRP0 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
MOLIN Bruno P0109	NRP0 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Transplantation / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
MUTTER Didier P0111	RP0 CS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Digestive / NHC	52.02 Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques P0112	NRP0 CS	• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / Hautepierre / NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
NISAND Israël P0113	NRP0 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale : option gynécologie-Obstétrique
NOEL Georges P0114	NCS	• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer Paul Strauss (par convention) - Département de radiothérapie	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option Radiothérapie biologique
OHLMANN Patrick P0115	NRP0 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme PAILLARD Catherine P0180	NRP0 CS	• Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme PERRETTA Silvana P0117	NRP0 NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC	52.02 Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick P0118	NRP0 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC	53.02 Chirurgie Générale
PETIT Thierry P0119	CDp	• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer - Paul Strauss (par convention) - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien P0181	NRP0 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAC Alain P0123	NRP0 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et nutrition / HP	44.04 Nutrition
PROUST François P0182	NRP0 CS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Hautepierre	49.02 Neurochirurgie
Mme QUOIX Elisabeth P0124	NRP0 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
Pr RAUL Jean-Sébastien P0125	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et NHC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
REIMUND Jean-Marie P0126	NRP0 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépato-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
Pr RICCI Roméo P0127	NRP0 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge P0128	NRP0 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme ROSSIGNOL -BERNARD Sylvie P0196	NRP0 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
ROUL Gérard P0129	NRP0 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme ROY Catherine P0140	NRP0 CS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (opt clinique)
SAUDER Philippe P0142	NRP0 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
SAUER Arnaud P0183	NRP0 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André P0184	NRP0 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC	46.04 Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SAUSSINE Christian P0143	RP0 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
SCHNEIDER Francis P0144	RP0 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation
Mme SCHRÖDER Carmen P0185	NRP0 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / Hôpital Civil	49.04 Pédopsychiatrie ; Addictologie
SCHULTZ Philippe P0145	NRP0 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Lawrence P0197	NRP0 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : Hépatologie
SIBILIA Jean P0146	NRP0 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie
Mme SPEEG-SCHATZ Claude P0147	RP0 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
Mme STEIB Annick P0148	RP0 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01 Anesthésiologie-réanimation (option clinique)
STEIB Jean-Paul P0149	NRP0 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Hôpital Civil	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
STEPHAN Dominique P0150	NRP0 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires - HTA - Pharmacologie clinique / Nouvel Hôpital Civil	51.04 Option : Médecine vasculaire
THAVEAU Fabien P0152	NRP0 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
Mme TRANCHANT Christine P0153	NRP0 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
VEILLON Francis P0155	NRP0 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / Hôpital Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel P0156	NRP0 NCS CS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Département de Santé Publique / Secteur 3 - Epidémiologie et Economie de la Santé / Hôpital Civil • Laboratoire d'Epidémiologie et de santé publique / HC / Fac de Médecine • Centre de Lutte contre le Cancer Paul Strauss - Serv. Epidémiologie et de biostatistiques	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VETTER Denis P0157	NRP0 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	52.01 Option : Gastro-entérologie
VIDAILHET Pierre P0158	NRP0 NCS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane P0159	NRP0 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales / Fac. de Médecine	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas P0160	NRP0 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de soins de suite et réadaptations gériatriques / Hôpital de la Robertsau	51.01 Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WATTIEZ Arnaud P0161 (Dispo 31.07.2019)	NRP0 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; Gynécologie médicale / Opt Gynécologie-Obstétrique
WEBER Jean-Christophe Pierre P0162	NRP0 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01 Option : Médecine Interne
WOLF Philippe P0164	NRP0 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / HP - Coordonnateur des activités de prélèvements et transplantations des HU	53.02 Chirurgie générale
Mme WOLFRAM-GABEL (5) Renée P0165	S/nb	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Morphologie appliquée à la chirurgie et à l'imagerie / Faculté • Institut d'Anatomie Normale / Hôpital Civil	42.01 Anatomie (option biologique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
----------------	-----	--	--

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Haute-pierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil
 * : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier) Cspi : Chef de service par intérim CSp : Chef de service provisoire (un an)
 CU : Chef d'unité fonctionnelle
 Pô : Pôle RPô (Responsable de Pôle) ou NRPô (Non Responsable de Pôle)
 Cons. : Consultanat hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chefferie de service) Dir : Directeur
 (1) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2018
 (3)
 (5) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2019
 (6) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2017
 (7) Consultant hospitalier (pour un an) éventuellement renouvelable --> 31.08.2017
 (8) Consultant hospitalier (pour une 2ème année) --> 31.08.2017
 (9) Consultant hospitalier (pour une 3ème année) --> 31.08.2017

A4 - PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES

HABERSETZER François	CS	Pôle Hépatologie-digestif 4190 Service de Gastro-Entérologie - NHC	52.01 Gastro-Entérologie
----------------------	----	---	--------------------------

MO112	B1 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)
-------	---

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
AGIN Arnaud M0001		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Haute-pierre	43.01 Biophysique et Médecine nucléaire
Mme ANTAL Maria Cristina M0003		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Haute-pierre • Faculté de Médecine / Institut d'Histologie	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme ANTONI Delphine M0109		• Centre de lutte contre le cancer Paul Strauss	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie
ARGEMI Xavier M0112		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil	45.03 Maladies infectieuses ; Maladies tropicales Option : Maladies infectieuses
Mme BARNIG Cindy M0110		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations Fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie
Mme BARTH Heidi M0005 (Dispo -> 31.12.2018)		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	45.01 Bactériologie - <u>Virologie</u> (Option biologique)
Mme BIANCALANA Valérie M0008		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
BLONDET Cyrille M0091		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Haute-pierre	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
BONNEMAINS Laurent M0099		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	54.01 Pédiatrie
BOUSIGES Olivier M0092		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
CARAPITO Raphaël M0113		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie
CERAILINE Jocelyn M0012		• Pôle d'Oncologie et d'Hématologie - Service d'Oncologie et d'Hématologie / HP	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie (option biologique)
CHOQUET Philippe M0014		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / HP	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
COLLONGUES Nicolas M0016		• Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01 Neurologie
DALI-YOUCHEF Ahmed Nassim M0017		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme de MARTINO Sylvie M0018		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Médecine	Bactériologie -virologie Option bactériologie-virologie biologique
Mme DEPIENNE Christel M0100 (Dispo->15.08.18)	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Cytogénétique / HP	47.04 Génétique
DEVYS Didier M0019		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
DOLLÉ Pascal M0021		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme ENACHE Irina M0024		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie
FILISSETTI Denis M0025		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
FOUCHER Jack M0027		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	44.02 Physiologie (option clinique)
GUERIN Eric M0032		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
Mme HELMS Julie M0114		• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service de Réanimation médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : Réanimation
HUBLELE Fabrice M0033		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / HP et NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
Mme JACAMON-FARRUGIA Audrey M0034		• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
JEGU Jérémie M0101		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Santé Publique / Hôpital Civil	46.01 Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention (option biologique)
JEHL François M0035		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
KASTNER Philippe M0089		• Pôle de Biologie - Laboratoire de diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme KEMMEL Véronique M0036		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme LAMOUR Valérie M0040		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme LANNES Béatrice M0041		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
LAVAUX Thomas M0042		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire
LAVIGNE Thierry M0043	CS	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service d'Hygiène hospitalière et de médecine préventive / PTM et HUS - Equipe opérationnelle d'Hygiène	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
Mme LEJAY Anne M0102		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (Biologique)
LENORMAND Cédric M0103		• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
LEPILLER Quentin M0104 (Dispo → 31.08.2018)		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / PTM HUS et Faculté de Médecine	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière (Biologique)
Mme LETSCHER-BRU Valérie M0045		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
LHERMITTE Benoît M0115		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques
Mme LONSDORFER-WOLF Evelyne M0090		• Institut de Physiologie Appliquée - Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie
LUTZ Jean-Christophe M0046		• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Serv. de Chirurgie Maxillo-faciale, plastique reconstructrice et esthétique/HC	55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MEYER Alain M0093		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
MIGUET Laurent M0047		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Haute-pierre et NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTNER M0049	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean M0050		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
NOLL Eric M0111		• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - Hôpital Haute-pierre	48.01 Anesthésiologie-Réanimation ; Médecine d'urgence
Mme NOURRY Nathalie M0011		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail - HC	46.02 Médecine et Santé au Travail (option clinique)
PELACCIA Thierry M0051		• Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR - Service SAMU/SMUR	48.02 Réanimation et anesthésiologie Option : Médecine d'urgences
PENCREAC'H Erwan M0052		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
PFUFF Alexander M0053		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie M0094		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
PREVOST Gilles M0057		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme RADOSAVLJEVIC Mirjana M0058		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
Mme REIX Nathalie M0095		• Pôle de Biologie - Labo. d'Explorations fonctionnelles par les isotopes / NHC • Institut de Physique biologique / Faculté de Médecine	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
RIEGEL Philippe M0059		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
ROGUE Patrick (cf. A2) M0060		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire (option biologique)
ROMAIN Benoît M0061		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme RUPPERT Elisabeth M0106		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme SABOU Alina M0096		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme SAMAMA Brigitte M0062		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme SCHNEIDER Anne M0107		• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie pédiatrique / Hôpital de Haute-pierre	54.02 Chirurgie Infantile
SCHRAMM Frédéric M0068		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme SORDET Christelle M0069		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
TALHA Samy M0070		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
Mme TALON Isabelle M0039		• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Infantile / Hôpital Haute-pierre	54.02 Chirurgie infantile
TELETIN Marius M0071		• Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
Mme URING-LAMBERT Béatrice M0073		• Institut d'Immunologie / HC • Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
VALLAT Laurent M0074		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Haute-pierre	47.01 Hématologie - Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VILLARD Odile M0076		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme WOLF Michèle M0010		• Chargé de mission - Administration générale - Direction de la Qualité / Hôpital Civil	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
Mme ZALOSZYC Ariane ép. MARCANTONI M0116		• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
ZOLL Jeffrey M0077		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC	44.02 Physiologie (option clinique)

B2 - PROFESSEURS DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Pr BONAHE Christian	P0166	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des techniques
Mme la Pre RASMUSSEN Anne	P0186	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques

B3 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Mr KESSEL Nils		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mr LANDRE Lionel		ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69. Neurosciences
Mme THOMAS Marion		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mme SCARFONE Marianna	M0082	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques

B4 - MAITRE DE CONFERENCE DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Mme CHAMBE Juliette	M0108	Département de Médecine générale / Faculté de Médecine	53.03 Médecine générale (01.09.15)
---------------------	-------	--	------------------------------------

C - ENSEIGNANTS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE
C1 - PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Pr Ass. GRIES Jean-Luc	M0084	Médecine générale (01.09.2017)
Pr Ass. KOPP Michel	P0167	Médecine générale (depuis le 01.09.2001, renouvelé jusqu'au 31.08.2016)
Pr Ass. LEVEQUE Michel	P0168	Médecine générale (depuis le 01.09.2000 ; renouvelé jusqu'au 31.08.2018)

C2 - MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE - TITULAIRE

Dre CHAMBE Juliette	M0108	53.03 Médecine générale (01.09.2015)
---------------------	-------	--------------------------------------

C3 - MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Dre BERTHOU anne	M0109	Médecine générale (01.09.2015 au 31.08.2018)
Dr BREITWILLER-DUMAS Claire		Médecine générale (01.09.2016 au 31.08.2019)
Dr GUILLOU Philippe	M0089	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Dr HILD Philippe	M0090	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Dr ROUGERIE Fabien	M0097	Médecine générale (01.09.2014 au 31.08.2017)

D - ENSEIGNANTS DE LANGUES ETRANGERES
D1 - PROFESSEUR AGREGE, PRAG et PRCE DE LANGUES

Mme ACKER-KESSLER Pia	M0085	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.03)
Mme CANDAS Peggy	M0086	Professeure agrégée d'Anglais (depuis le 01.09.99)
Mme SIEBENBOUR Marie-Noëlle	M0087	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.11)
Mme JUNGER Nicole	M0088	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.09)
Mme MARTEN Susanne	M0098	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.14)

E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Dr ASTRUC Dominique	NRP0 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Serv. de Néonatalogie et de Réanimation néonatale (Pédiatrie 2) / Hôpital de Hautepierre
Dr ASTRUC Dominique (par intérim)	NRP0 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / Hôpital de Hautepierre
Dr CALVEL Laurent	NRP0 CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Soins Palliatifs / NHC et Hôpital de Hautepierre
Dr DELPLANCQ Hervé	NRP0 CS	- SAMU-SMUR
Dr GARBIN Olivier	CS	- Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO Schiltigheim
Dre GAUGLER Elise	NRP0 CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - UCSA - Centre d'addictologie / Nouvel Hôpital Civil
Dre GERARD Bénédicte	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Département de génétique / Nouvel Hôpital Civil
Mme GOURIEUX Bénédicte	RP0 CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dr KARCHER Patrick	NRP0 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Hôpital de la Robertsau
Pr LESSINGER Jean-Marc	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biologie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil + Hautepierre
Mme Dre LICHTBLAU Isabelle	NRP0 Resp	• Pôle de Biologie - Laboratoire de biologie de la reproduction / CMCO de Schiltigheim
Mme Dre MARTIN-HUNYADI Catherine	NRP0 CS	• Pôle de Gériatrie - Secteur Evaluation / Hôpital de la Robertsau
Dr NISAND Gabriel	RP0 CS	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Dr REY David	NRP0 CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil
Dr TCHOMAKOV Dimitar	NRP0 CS	• Pôle Médico-chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques - HP
Mme Dre TEBACHER-ALT Martine	NRP0 NCS Resp	• Pôle d'Activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Maladies vasculaires et Hypertension - Centre de pharmacovigilance / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre TOURNOUD Christine	NRP0 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Centre Antipoison-Toxicovigilance / Nouvel Hôpital Civil

C - ENSEIGNANTS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE
C1 - PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Pr Ass. GRIES Jean-Luc	M0084	Médecine générale (01.09.2017)
Pr Ass. KOPP Michel	P0167	Médecine générale (depuis le 01.09.2001, renouvelé jusqu'au 31.08.2016)
Pr Ass. LEVEQUE Michel	P0168	Médecine générale (depuis le 01.09.2000 ; renouvelé jusqu'au 31.08.2018)

C2 - MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE - TITULAIRE

Dre CHAMBE Juliette	M0108	53.03 Médecine générale (01.09.2015)
---------------------	-------	--------------------------------------

C3 - MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Dre BERTHOU anne	M0109	Médecine générale (01.09.2015 au 31.08.2018)
Dr BREITWILLER-DUMAS Claire		Médecine générale (01.09.2016 au 31.08.2019)
Dr GUILLOU Philippe	M0089	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Dr HILD Philippe	M0090	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Dr ROUGERIE Fabien	M0097	Médecine générale (01.09.2014 au 31.08.2017)

D - ENSEIGNANTS DE LANGUES ETRANGERES
D1 - PROFESSEUR AGREGE, PRAG et PRCE DE LANGUES

Mme ACKER-KESSLER Pia	M0085	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.03)
Mme CANDAS Peggy	M0086	Professeure agrégée d'Anglais (depuis le 01.09.99)
Mme SIEBENBOUR Marie-Noëlle	M0087	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.11)
Mme JUNGER Nicole	M0088	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.09)
Mme MARTEN Susanne	M0098	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.14)

E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Dr ASTRUC Dominique	NRP0 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Serv. de Néonatalogie et de Réanimation néonatale (Pédiatrie 2) / Hôpital de Hautepierre
Dr ASTRUC Dominique (par intérim)	NRP0 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / Hôpital de Hautepierre
Dr CALVEL Laurent	NRP0 CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Soins Palliatifs / NHC et Hôpital de Hautepierre
Dr DELPLANCQ Hervé	NRP0 CS	- SAMU-SMUR
Dr GARBIN Olivier	CS	- Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO Schiltigheim
Dre GAUGLER Elise	NRP0 CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - UCSA - Centre d'addictologie / Nouvel Hôpital Civil
Dre GERARD Bénédicte	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Département de génétique / Nouvel Hôpital Civil
Mme GOURIEUX Bénédicte	RP0 CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dr KARCHER Patrick	NRP0 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Hôpital de la Robertsau
Pr LESSINGER Jean-Marc	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biologie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil + Hautepierre
Mme Dre LICHTBLAU Isabelle	NRP0 Resp	• Pôle de Biologie - Laboratoire de biologie de la reproduction / CMCO de Schiltigheim
Mme Dre MARTIN-HUNYADI Catherine	NRP0 CS	• Pôle de Gériatrie - Secteur Evaluation / Hôpital de la Robertsau
Dr NISAND Gabriel	RP0 CS	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Dr REY David	NRP0 CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil
Dr TCHOMAKOV Dimitar	NRP0 CS	• Pôle Médico-chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques - HP
Mme Dre TEBACHER-ALT Martine	NRP0 NCS Resp	• Pôle d'Activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Maladies vasculaires et Hypertension - Centre de pharmacovigilance / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre TOURNOUD Christine	NRP0 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Centre Antipoison-Toxicovigilance / Nouvel Hôpital Civil

G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94	KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01	LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12	LANG Jean-Marie (Hématologie clinique) / 01.09.2011
BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95	LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
BAUMANN René (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.10	LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.16	LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16
BIENTZ Michel (Hygiène) / 01.09.2004	MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.2017	MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13
BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95	MANDEL Jean-Louis (Génétique) / 01.09.16
BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03	MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14
BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99	MANTZ Jean-Marie (Réanimation médicale) / 01.10.94
BRETTES Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10	MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16
BROGARD Jean-Marie (Médecine interne) / 01.09.02	MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
BUCHHEIT Fernand (Neurochirurgie) / 01.10.99	MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
BURGHARD Guy (Pneumologie) / 01.10.86	MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15	MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10
CAZENAVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15	MINCK Raymond (Bactériologie) / 01.10.93
CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95	MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.2011
CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12	MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.2009
CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.16	OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00	PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15
CONRAUX Claude (Oto-Rhino-Laryngologie) / 01.09.98	PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11	Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.2011
DIETEMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17	REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17	RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
DORNER Marc (Médecine Interne) / 01.10.87	ROEGEL Emile (Pneumologie) / 01.04.90
DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa.Chir.) / 01.09.13	RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10	SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02	SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.2016	SCHAFF Georges (Physiologie) / 01.10.95
FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.2009	SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
GAY Gérard (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.13	SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01.08.11
GERLINGER Pierre (Biol. de la Reproduction) / 01.09.04	SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
GRENIER Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.97	SCHWARTZ Jean (Pharmacologie) / 01.10.87
GROSSHANS Edouard (Dermatologie) / 01.09.03	SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14	STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06	STOLL Claude (Génétique) / 01.09.2009
HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04	STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15
IMBS Jean-Louis (Pharmacologie) / 01.09.2009	STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03
IMLER Marc (Médecine interne) / 01.09.98	TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
JACQMIN Didier (Urologie) / 09.08.17	TONGIO Jean (Radiologie) / 01.09.02
JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11	TREISSER Alain (Gynécologie-Obstétrique) / 24.03.08
JAEGER Jean-Henri (Chirurgie orthopédique) / 01.09.2011	VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.16
JESEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04	VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06	VINCENDON Guy (Biochimie) / 01.09.08
KEMPF François (Radiologie) / 12.10.87	WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
KEMPF Ivan (Chirurgie orthopédique) / 01.09.97	WEITZENBLUM Emmanuel (Pneumologie) / 01.09.11
KEMPF Jules (Biologie cellulaire) / 01.10.95	WILHM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
KIRN André (Virologie) / 01.09.99	WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
KREMER Michel (Parasitologie) / 01.05.98	WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.96
KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07	WITZ JEAN-Paul (Chirurgie thoracique) / 01.10.90
KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08	
KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07	

Légende des adresses :

FAC : Faculté de Médecine : 4, rue Kirschleger - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.85.35.20 - Fax : 03.68.85.35.18 ou 03.68.85.34.67

HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :

- NHC : **Nouvel Hôpital Civil** : 1, place de l'Hôpital - BP 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 69 55 07 08

- HC : **Hôpital Civil** : 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.67.68

- HP : **Hôpital de Hautepierre** : Avenue Molière - B.P. 49 - F - 67098 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.12.80.00

- **Hôpital de La Robertsau** : 83, rue Himmerich - F - 67015 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.55.11

- **Hôpital de l'Elsau** : 15, rue Cranach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.67.68

CMCO - Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical : 19, rue Louis Pasteur - BP 120 - Schiltigheim - F - 67303 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.62.83.00

C.C.O.M. - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main : 10, avenue Baumann - B.P. 96 - F - 67403 Illkirch Graffenstaden Cedex - Tél. : 03.88.55.20.00

E.F.S. : Etablissement Français du Sang - Alsace : 10, rue Spielmann - BP N°36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.21.25.25

Centre Régional de Lutte contre le cancer "Paul Strauss" - 3, rue de la Porte de l'Hôpital - F-67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.25.24.24

IURC - Institut Universitaire de Réadaptation Clemenceau - CHU de Strasbourg et UGECAM (Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie) - 45 boulevard Clemenceau - 67082 Strasbourg Cedex

RESPONSABLE DE LA BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE ET ODONTOLOGIE ET DU DÉPARTEMENT SCIENCES, TECHNIQUES ET SANTÉ DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

Monsieur Olivier DIVE, Conservateur

LA FACULTÉ A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS LES DISSERTATIONS
QUI LUI SONT PRÉSENTÉES DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES
A LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES IMPROUVER

Serment d'Hippocrate

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admise 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.

Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis restée fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

Remerciements

A mon Président de Thèse, Monsieur le Professeur Emmanuel ANDRES, de m'avoir fait l'honneur d'accepter de présider ma thèse. Soyez assuré de mon profond respect et de ma reconnaissance.

A Madame la Professeur Laurence LALANNE-TONGIO et à Monsieur le Professeur Jean-Christophe WEBER de m'avoir fait l'honneur d'accepter de juger ce travail, veuillez trouver ici l'expression de mes sentiments respectueux.

A mon Directeur de Thèse, Monsieur le Docteur Michel KOPP, d'avoir accepté de diriger ce travail et de m'avoir accompagné tout au long de celui-ci. Je suis reconnaissante de votre disponibilité, de vos conseils et de votre bienveillance.

Aux Médecins Généralistes, qui ont accepté de me donner de leur temps et de me faire partager leurs vécus. Ces moments d'échange ont été très enrichissants.

A Monsieur le Docteur Gilbert ANDLAUER, de m'avoir donnée l'envie de faire « le plus beau métier ».

A Monsieur le Professeur Thomas VOGEL, de nous avoir appris à apprendre et à faire évoluer la médecine.

A Monsieur le Docteur Jean-Marc MICHEL, de m'avoir fait confiance et de m'avoir confortée dans ma pratique de la médecine.

A ma Famille et à mes Amis de m'avoir toujours encouragée et soutenue durant toutes ces belles années. Merci pour tout.

Table des matières

1	Introduction	19
1.1	Epidémiologie.....	19
1.1.1	Au niveau mondial.....	19
1.1.2	Sur le plan national	20
1.2	Qu'est-ce que l'alcoolisme ?.....	21
1.2.1	Définir les consommations	21
1.2.2	Un problème de santé publique majeur	22
1.3	L'éthanol.....	24
1.3.1	La pharmacocinétique.....	24
1.3.2	La pharmacodépendance	24
1.3.3	Nouvelles voies thérapeutiques	28
1.3.4	Le rôle de l'homocystéinémie	31
1.3.5	La génétique, quelle place actuelle ?	31
1.4	Le sujet de l'étude.....	33
1.4.1	Problématique : Prise en charge de l'alcoolisme en médecine générale	33
1.4.2	Hypothèse : La place du sevrage ambulatoire	34
1.5	L'objectif de l'étude.....	34
2	Matériel et Méthode	35
2.1	Description de l'étude.....	35
2.1.1	La recherche bibliographique	35
2.1.2	Type	35
2.1.3	La population étudiée	35
2.1.4	Lieux et période	35
2.2	Le guide d'entretien.....	35
3	Analyse des données	36
3.1	Caractéristiques des médecins généralistes.....	36
3.1.1	Démographies.....	36
3.1.2	Orientation d'exercice	36
3.2	Analyse des entretiens	37
3.2.1	La prévalence de l'alcoolodépendance.....	37
3.2.2	Le repérage et le diagnostic	38
3.2.3	Les propositions de prise en charge thérapeutique	41
3.2.4	Les limites et réticences au sevrage ambulatoire.....	45
3.2.5	La prise en charge spécialisée et le sevrage hospitalier.....	48
3.2.6	Le médecin traitant au centre d'une équipe pluri-professionnelle.....	53
3.2.7	La formation à la prise en charge de l'alcoolisme	55
4	Discussion	57
4.1	Les caractéristiques de l'étude	57
4.1.1	Les forces.....	57
4.1.2	Les limites.....	57
4.2	Les difficultés du diagnostic.....	58
4.2.1	Les difficultés liées au patient	58
4.2.2	Une sous-estimation chez les femmes ?	59
4.2.3	Le RPIB et son application.....	60
4.3	Le sevrage ambulatoire	62
4.3.1	Quelle pratique actuelle ?	62
4.3.2	Le bilan pré-sevrage	63
4.3.3	Le sevrage complet.....	64
4.3.4	La réduction de consommation.....	65
4.3.5	La prise en charge non médicamenteuse	69

4.3.6	Les avantages.....	72
4.3.7	Les freins à sa mise en place	73
4.3.8	Le syndrome de sevrage	76
4.4	Les CSAPA.....	78
4.4.1	L'activité.....	78
4.4.2	CSAPA et alcool :.....	79
4.4.3	La relation aux médecins traitants	80
4.5	L'équipe pluri-professionnelle.....	81
4.5.1	L'objectif	82
4.5.2	L'exemple du PSAAL	82
4.6	L'information sur l'alcoolisme	84
4.6.1	La formation des médecins traitants	84
4.6.2	La prévention	85
4.6.3	Les représentations sociales.....	89
5	Conclusion	91
	BIBLIOGRAPHIE.....	95
	ANNEXES	100
	VERBATIM ANONYME	104

Listes des abréviations et acronymes

API	Alcoolisation Ponctuelle Importante
CDT	Transferrine carboxy déficiente
5HT	Sérotonine
NMDA	Acide N-méthyl-D-aspartique
GABA	Acide gamma-aminobutyrique
ADN	Acide désoxyribonucléique
ALDH	Aldéhyde déshydrogénase human
EPSAN	Etablissement Public de Santé Alsace Nord
DRESS	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
OFDT	Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies
INPES	Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
INSERM	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
MDPH	Maisons Départementales des Personnes Handicapées
HAS	Haute Autorité de Santé
ANSM	Agence Nationale pour la Sécurité du Médicament et des produits de santé
SFA	Société Française d'Alcoologie
CSAPA	Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
ANPAA	Association Nationale de Prévention en Alcoologie et en Addictologie
RPIB	Repérage Précoce et Intervention Brève
FACE	Fast Alcohol Consumption Evaluation
DETA	Diminuer entourage trop alcool
AUDIT	Alcohol use disorders identification test
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
JAMA	Journal of the American Medical Association
CSST	Comité scientifique spécialisé temporaire
RTU	Recommandation temporaire d'utilisation
AMM	Autorisation de mise sur le marché
FMC	Formation médicale continue
DU	Diplôme universitaire
DPC	Développement professionnel continu

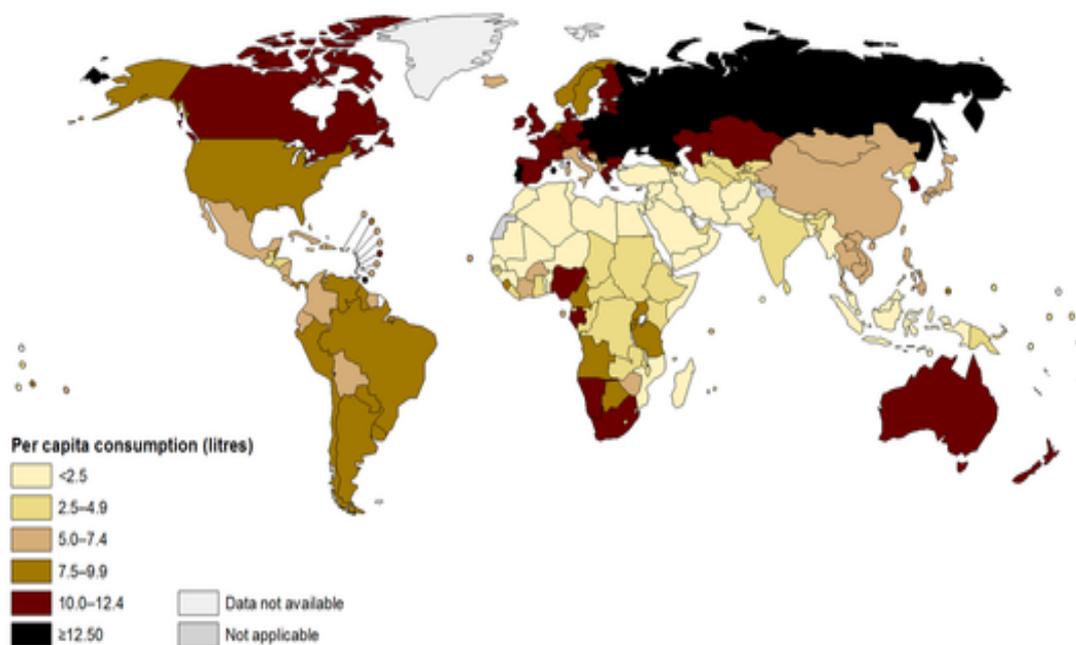
1 Introduction

1.1 Epidémiologie

1.1.1 Au niveau mondial

La consommation mondiale en 2010 était égale à 6,2 litres d'alcool pur consommé par personne de 15 ans et plus. Cette consommation varie considérablement d'une région à l'autre du monde. Plusieurs facteurs peuvent expliquer ceci : sociodémographiques, religieux, culturels, historiques, et le niveau de développement économique. En général, plus la richesse économique d'un pays est grande, plus sa consommation d'alcool est importante.

Les pays de l'ex-bloc soviétique et de l'union européenne représentent la région du monde où la consommation d'alcool est la plus élevée. Dans toutes les régions, les femmes sont plus souvent abstinentes à vie que les hommes. Plus de la moitié de l'alcool consommé appartient aux spiritueux (50,1%), suivis par la bière (34,8 %) et le vin (8 %) (1).



Consommation d'alcool totale en litre d'alcool pur de chaque pays divisée par le nombre de personnes âgées de plus de 15 ans en 2010 (OMS).

1.1.2 Sur le plan national

En France, malgré une nette diminution de la consommation ces cinquante dernières années, l'alcool reste la substance psychoactive la plus consommée dans la population générale adulte. Le vin est la boisson alcoolisée la plus consommée (37%).

En 2014, 86 % des personnes âgées de 15 à 75 ans ont déclaré avoir bu de l'alcool au cours de la dernière année avec un nombre déclaré de verres bus par semaine estimé à 5,5 en moyenne. La première ivresse a lieu en moyenne à l'âge de 15 ans.

Près de la moitié des 15-75 ans consomment de l'alcool au moins une fois par semaine, un sur dix quotidiennement soit 6 millions de personne (2).

Le mode de consommation s'est modifié ces dernières années. La consommation quotidienne a diminué, cependant les alcoolisations ponctuelles importantes (API) ont significativement augmenté. En 2014, l'API dans l'année concerne 38 % des 15-75 ans. Dans l'ensemble de la population, 17 % ont déclaré une API tous les mois et 5 % toutes les semaines. La fréquence des ivresses répétées et régulières est en hausse, particulièrement chez les femmes (2).

Par ailleurs, aucun rapport ne fait mention de chiffre sur la dépendance à l'alcool chez les patients de plus de 75 ans. Or nous savons que la population gériatrique est à risque et que l'alcoolodépendance apparaît dans un tiers des cas après 60 ans (3).

Comme dans d'autres pays occidentaux, la consommation d'alcool pendant la grossesse est la première cause d'handicap mental, d'origine non génétique. Une étude réalisée par l'institut BVA pour l'INPES en 2015 montre que 25% des français estime que toute consommation d'alcool pendant la grossesse comporte un risque pour le nouveau-né et 37% estime que les risques apparaissent seulement à partir d'une consommation quotidienne d'alcool.

1.2 Qu'est-ce que l'alcoolisme ?

1.2.1 Définir les consommations

Actuellement on décrit trois catégories de mésusage d'alcool qui sont l'usage à risque, l'usage nocif et l'usage avec risque de dépendance. Le mésusage correspond à une forme symptomatique de l'usage, il se traduit par des conséquences sociales, psychologiques ou médicales.

Selon l'OFDT, en 2014, 37 % des 18-75 ans sont des buveurs sans risque occasionnel, 11 % des buveurs sans risque régulier, 31 % des buveurs à risque ponctuel et 8 % à risque chronique. La consommation à risque ponctuel diminue nettement avec l'âge. La consommation à risque chronique est la plus importante chez les jeunes (14 % parmi les 18-25 ans) (4).

La consommation dite à risque

Selon les nouvelles recommandations 2017 en France, un usage à risque est défini par une consommation supérieure à deux verres d'alcool par jour chez l'homme et la femme, dix verres d'alcool par semaine. Pour la première fois ces recommandations préconisent une abstinence de deux jours consécutifs par semaine.

La consommation massive est définie par la consommation de 4 unités pour les femmes et 5 pour les hommes en moins de deux heures (5).

La consommation nocive

Cette consommation est définie par des dommages physiques (hépatite, pancréatite aiguë) ou psychiques (dépression, troubles du comportement) induits par la consommation répétée d'alcool, sans dépendance associée.

L'alcoolodépendance

L'alcoolodépendance correspondant à l'alcoolisme, représente une perte de la liberté de s'abstenir d'alcool, accompagnée de complications médico-psycho-sociales. Elle est définie par les critères diagnostics CIM-10 (Organisation Mondiale de la Santé) et DSM V (Association Américaine de Psychiatrie). (Annexe 5 et 6).

1.2.2 Un problème de santé publique majeur

L'alcoolisme est un problème de santé publique (6) du fait de sa gravité :

1. Physique

L'alcoolodépendance peut entraîner de nombreuses pathologies, elle est une cause majeure de plus de 200 maladies dont voici une liste non exhaustive : stéatose hépatique, hépatite alcoolique aiguë, cirrhose, pancréatite aiguës et chroniques, oesophagite, gastrite, névrite optique, polynévrite, syndrome d'alcoolisation fœtale, psychose alcoolique, encéphalopathie de Gayet Wernicke et syndrome de Korsakoff, maladie de Marchiafa-Bignami, encéphalopathie pellagreuse / métabolique, épilepsie, polyneuropathie, hématologiques (anémie, macrocytose, thrombopénie, leucopénie), dépression, troubles anxieux etc.

L'alcool est également un facteur de risque modifiable de :

- ✓ Cancers : cancers des voies aéro-digestives supérieures, cancer colorectal, cancer du sein, carcinome hépatocellulaire, cancer épidermoïde
- ✓ Cardio-vasculaire (hypertension artérielle, cardiomyopathie non obstructive)
- ✓ Démence (7) (démence alcoolique, maladie d'Alzheimer)
- ✓ Ostéoporose
- ✓ Epilepsie

2. Sociale

L'alcool est un facteur augmentant la morbi-mortalité. Au niveau mondial, l'alcool est le 3^{ème} facteur de risque de morbidité, après l'hypertension artérielle et le tabac. L'usage nocif de l'alcool (2) entraîne dans le monde 3,3 millions de décès chaque année.

En France, la consommation d'alcool est la deuxième cause de mortalité évitable, après le tabac. En 2009, en France, 49 000 décès par an sont liés à la consommation d'alcool que ce soit de manière directe ou indirecte selon l'INPES. Il s'agissait surtout de cancers (15 000 décès), de maladies cardio-vasculaires (12 000 décès), de maladies digestives (8 000 morts dues à des cirrhoses) et d'accidents et suicides (8 000 morts). Les autres décès relevaient d'autres maladies dont des troubles mentaux liés à l'alcool.

La mortalité liée à l'alcool est particulièrement élevée dans la tranche d'âge 20-39 ans, elle représente près de 25 % des décès.

Il a été estimé que l'augmentation à 40% de la proportion des sujets dépendants de l'alcool pouvant bénéficier d'un traitement pharmacologique induirait une réduction de la mortalité prématurée d'environ 8% (8).

Il n'existe pas de nouveau rapport depuis 2009 sur la mortalité liée à l'alcool, il serait intéressant de savoir comment celle-ci évolue.

3. Economique

La consommation d'alcool représente un coût élevé pour la société, par les coûts médicaux directs, les pertes de revenus, les dépenses induites par les accidents de travail (15% des accidents de travail), les accidents de la route et les infractions. Selon l'OFDT en 2015, le coût social de l'alcool est estimé à 120 milliards d'euros en 2010 (valeur des vies humaines perdues, dégradation de la qualité de vie, pertes de production, dépenses de prévention, répression et soins, économie de retraites non versées). Le coût annuel pour les finances publiques est de 4,9 milliards d'euros par an (9).

En 2006, les tribunaux ont prononcé plus de 271 condamnations pour homicide involontaire sous l'effet de l'alcool. En 2013, 111 550 condamnations pour conduite en état alcoolique (CEA) ont été inscrites au casier judiciaire national, soit une condamnation sur cinq pour délit en France.

⇒ Par ailleurs, l'alcool est l'une des premières causes d'hospitalisation en France, une étude sur les données d'hospitalisation de l'année 2012 (10) conclue qu'en milieu hospitalier, 10 % des séjours chez les hommes et 5 % chez les femmes sont liés aux complications de l'alcoolisme, et que 20 à 30 % des hommes hospitalisés et 10 % des femmes hospitalisées ont une consommation nocive d'alcool.

Ces différents éléments indiquent l'intérêt majeur à la prise en charge de cette pathologie. Tout d'abord par la prévention, le dépistage, dans un second temps par le sevrage ou au minimum la réduction de la consommation et enfin par l'aide au maintien de l'abstinence et l'aide psycho-sociale.

1.3 L'éthanol

L'éthanol (EtOH), ou encore alcool éthylique $\text{CH}_3\text{-CH}_2\text{-OH}$ se forme à partir de la fermentation directe des sucres (glucides) sous l'action des enzymes de certaines levures selon l'équation chimique de principe : $\text{C}_6\text{H}_{12}\text{O}_6 \rightarrow 2 \text{C}_2\text{H}_5\text{OH} + 2 \text{CO}_2$. Il est soluble dans l'eau et présent dans toutes les boissons alcoolisées.

1.3.1 La pharmacocinétique

- L'absorption de l'éthanol se réalise par diffusion simple, pour la majeure partie au niveau du duodénum et du jéjunum.
- La distribution vasculaire est très rapide au niveau cérébral, pulmonaire, hépatique. Il franchit la barrière placentaire.
- L'élimination est métabolique à plus de 80% au niveau hépatique ou par excrétion sous forme inchangée dans l'air expiré, les urines, la sueur.

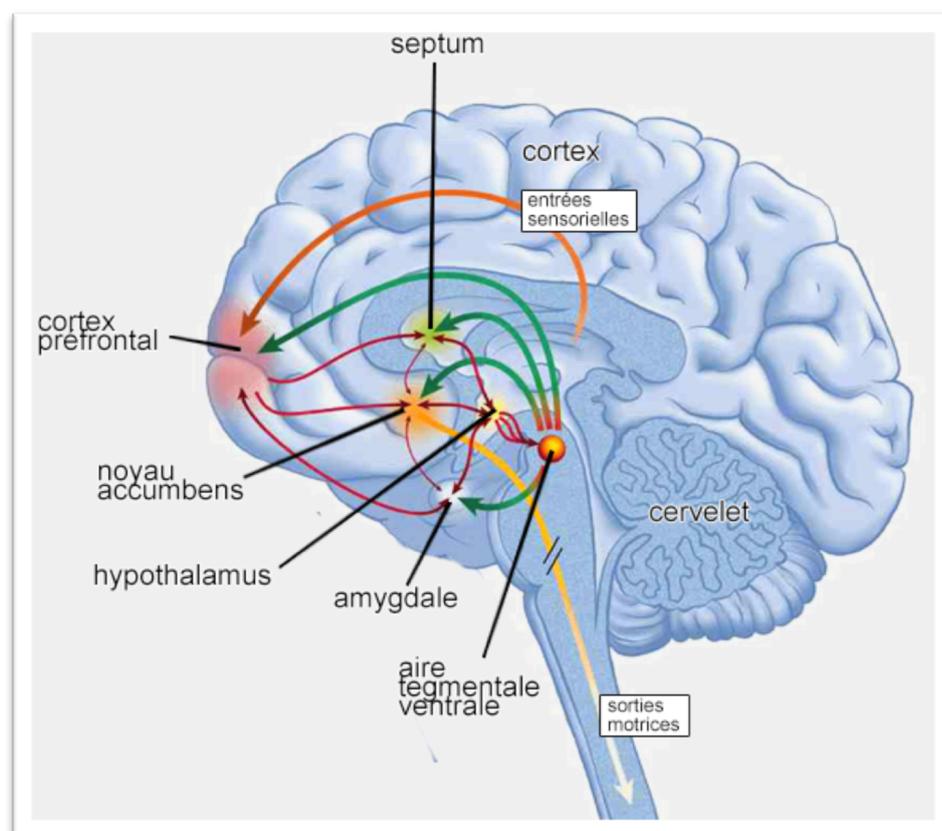
1.3.2 La pharmacodépendance

La pharmacodépendance est un état psychique et parfois physique caractérisée par des réponses comportementales. Celles-ci comportent toujours une compulsion à prendre la substance de façon continue ou périodique afin d'en ressentir à nouveau les effets correspondant au renforcement positif et pour éviter l'inconfort de son absence liée à des effets de sevrage, correspondant au renforcement négatif. (11)

Ce système est le circuit de récompense : il présente des composantes affective / motivationnelle et cognitive.

Anatomiquement il se compose :

- De l'aire tegmentale ventrale dans laquelle se trouve les neurones dopaminergiques, leurs axones se dirigent vers :
 - Le noyau accumbens, les neurotransmetteurs qui l'influencent sont la dopamine et la sérotonine ;
 - Le cortex pré-frontal permettant de réguler les fonctions exécutives ;
 - L'amygdale, centre de la mémoire émotionnelle et de la gestion des émotions en particulier la peur et l'anxiété ;
- Du septum,
- De l'hippocampe qui est responsable de la consolidation des souvenirs. Il conserve les souvenirs agréables liés à la prise d'alcool.
- De l'hypothalamus qui est le centre des fonctions physiologiques.



Satisfaction et récompense - Neuroperformance

1.3.2.1 Les neurotransmetteurs

L'action de l'alcool sur les différents neurotransmetteurs suivants est à l'origine de sa pharmacodépendance.

1.3.2.1.1 Dopamine

La dopamine, « l'hormone du plaisir », est l'élément clé du circuit de récompense, elle assure la connexion entre l'aire tegmentale ventrale et le noyau accumbens / cortex pré-frontal / amygdale. Sa libération augmente après la prise de toutes substances addictives (sauf les benzodiazépines).

⇒ L'alcool agit en bloquant les récepteurs NMDA (N-méthyl-D-aspartate), ce qui conduit à une libération accrue de dopamine. Le mécanisme exact n'est pas encore identifié. Les récepteurs NMDA sont les récepteurs neuronaux au glutamate, ils agissent sur le modelage du système nerveux central.

1.3.2.1.2 Sérotonine

La sérotonine (5-HT) est un neurotransmetteur régulant l'humeur, la douleur, le sommeil, la pression artérielle et la température corporelle. L'alcool augmente les taux de concentration sérotoninergique lors d'une consommation aiguë. Lors de l'abstinence il a été démontré (chez le rat alcoolodépendant) une diminution de la libération accumbique de sérotonine (12).

➤ L'administration d'inhibiteur de la recapture de la sérotonine est un des traitements de la dépression associée à l'alcoolodépendance.

De plus, nous savons que l'alcool agit comme un agoniste du récepteur 5HT3 (récepteur inotrope sérotoninergique) entraînant ainsi nausées/vomissements.

1.3.2.1.3 Acétylcholine

L'acétylcholine est un neurotransmetteur intervenant dans l'apprentissage, la mémorisation et la commande musculaire. La réduction générale de l'activité du système nerveux central sous l'effet de l'alcool est en majeure partie liée à la diminution du taux d'acétylcholine. L'alcool a une action directe en activant l'activité anti-cholinestérasique. Il potentialise donc son action diffuse endogène pouvant entraîner convulsions, coma et arrêt respiratoire.

1.3.2.1.4 Glutamate et GABA

1. Le glutamate est le principal neurotransmetteur excitateur. Il agit principalement sur les récepteurs NMDA. L'alcool est un antagoniste des récepteurs NMDA diminuant la transmission glutamatergique d'où son effet sédatif. Lors d'une alcoolisation chronique, le nombre de récepteurs NMDA augmente, c'est la « up regulation ».
2. Le GABA est synthétisé à partir du glutamate. Présent dans 30% des cellules nerveuses, il inhibe les neurones en permettant l'entrée d'ions chlorés dans la cellule. Il joue ainsi un rôle dans l'anxiolyse et la myorelaxation en diminuant la tonicité musculaire, le rythme cardiaque, les spasmes musculaires (13). Les récepteurs GABA_A se trouvent en forte concentration dans le cortex, les noyaux thalamiques et la couche granulaire du cervelet.
 - ❖ La prise aiguë d'alcool entraîne une potentialisation de la réponse GABAergique, les effets sont dépresseurs du système nerveux central ce qui est à l'origine des troubles de l'équilibre et de la survenue d'un possible coma éthylique.
 - ❖ La prise chronique d'alcool entraîne une désensibilisation des récepteurs GABA_A à l'origine d'effets excitateurs expliquant l'hyperexcitabilité caractéristique lors d'un sevrage : tremblements, crises d'épilepsie, délirium tremens (14).

RECHERCHE

Une étude suédoise et polonaise publiée en février 2018 a étudié les variations génétiques dans les sous-unités du récepteur GABA_A.

La sous unité $\gamma 2$ (Gabrg2) affecterait le risque de développement de l'alcoolisme. Cette étude a été réalisée en supprimant la sous unité $\gamma 2$ (Gabrg2) dans les cellules dopaminergiques du système méso-limbique chez des souris adultes. Ceci augmentait la consommation d'alcool et l'impulsivité / comportement exploratoire, de plus l'effet sédatif de l'alcool était réduit en faveur d'une activation locomotrice.

Les résultats suggèrent que les récepteurs GABA_A protègent contre le développement d'une consommation excessive d'alcool (15).

1.3.3 Nouvelles voies thérapeutiques

Les actions de l'alcool sur le neurotransmetteur GABA font l'objet de nombreuses recherches, à fin de développer de nouveaux traitements contre l'alcoolisme. Voici des études à la phase préclinique présentes dans la littérature (liste non exhaustive) :

1.3.3.1 Les canaux calciques neuronaux

Pour rappel, les neurotransmetteurs sont stockés dans les vésicules synaptiques de l'élément présynaptique. L'arrivée des potentiels d'action entraîne une entrée de calcium provoquant la libération des neurotransmetteurs (16).

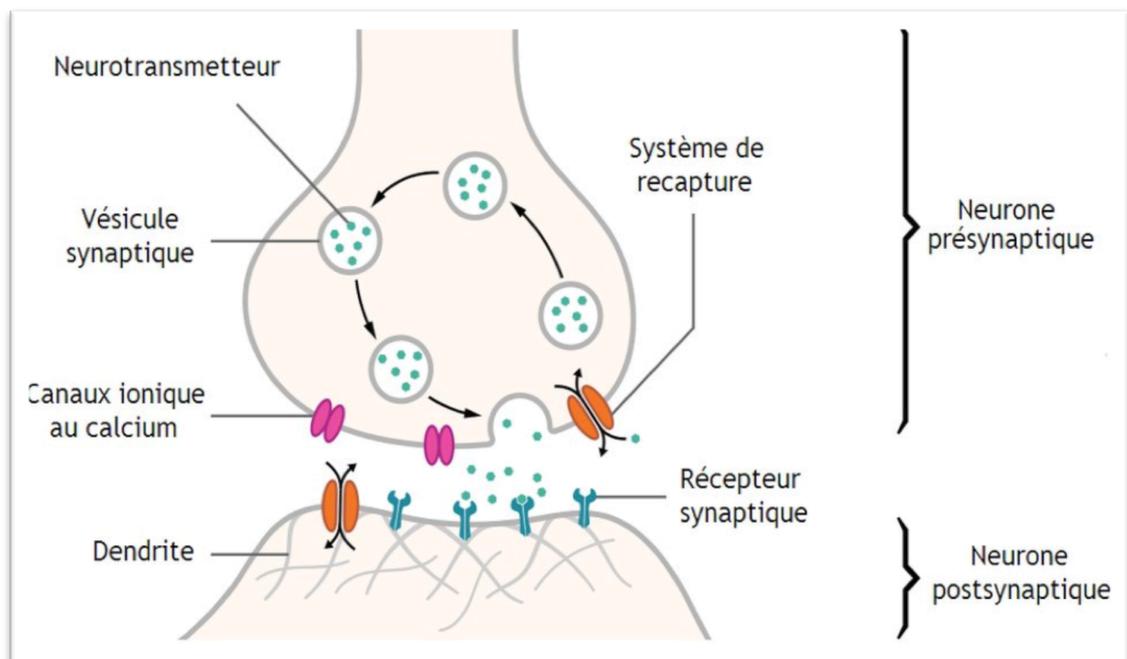


Image dérivée d'une image de Thomas Spletstoesser sous licence CC BY-SA 4.0

- « *A Blocker of N- and T-type Voltage-Gated Calcium Channels Attenuates Ethanol-Induced Intoxication, Place Preference, Self-Administration, and Reinstatement.* »
En 2008, cette étude américaine démontre sur des souris que l'inhibition sélective des canaux calciques de type N et T par l'antagoniste {6,6-bis (4-fluorophényl) hexyl) -4-(3,4,5-triméthoxybenzyl) pipérazine réduit l'intoxication à l'éthanol et diminue ses propriétés renforçantes. Ces résultats suggèrent que les inhibiteurs sélectifs des canaux calciques peuvent être utiles pour réduire l'intoxication aiguë à l'éthanol et la consommation d'alcool par les patients alcoolodépendants (17).
- « *P/Q-type voltage-gated calcium channels mediate the ethanol and CRF sensitivity of central amygdala GABAergic synapses* ». Cette étude américaine d'octobre 2017 a mis en évidence, à partir d'un travail sur des rats adultes, la diversité des actions de l'alcool aigu sur les canaux calciques voltages-dépendants P/Q ainsi qu'une action sur le système CRF/CRF1 pour produire une libération de GABA. Par ailleurs, les travaux indiquent que ces mécanismes sont encore engagés lors d'une exposition chronique à l'alcool. Les canaux calciques voltages-dépendants et les CRF1 sont alors des régulateurs des actions de l'alcool aigu sur la transmission synaptique (18).

Ces deux études démontrent l'importance des canaux calciques neuronaux dans la voie GABAergique et par conséquent dans la dépendance à l'alcool.

1.3.3.2 L'acétylation des histones

Quelques définitions :

- L'épigénétique est l'étude du changement d'activités des gènes qui sont transmis au fil des divisions cellulaires ou des générations, en dehors des mutations de l'ADN.
- Les histones sont des protéines basiques qui s'associent à l'ADN pour former la structure de base de la chromatine. Ils jouent un rôle dans le repliement de l'ADN.
- L'acétylation des histones agit dans la progression du cycle cellulaire, la recombinaison, la réparation de l'ADN et l'apoptose.
- Les histones désacétylases (HDAC) entraînent une diminution d'expression au niveau des zones concernées du génome.
- Les inhibiteurs des HDAC sont une nouvelle cible thérapeutique dans le traitement anti-cancéreux (19).

- « *Epigenetic basis of the dark side of alcohol addiction* » Cette étude américaine publiée en février 2018 a démontré sur des souris que l'exposition aigue à l'alcool produit une réponse anxiolytique par ouverture de la chromatine, par acétylation des histones des gènes de l'amygdale. Et que l'expression innée de l'isoforme HDAC2 entraîne le maintien d'un comportement anxieux et excessif.
L'inhibition des HDAC à l'aide de manipulations pharmacologiques ou génétiques a permis d'atténuer l'anxiété et ainsi la consommation d'alcool. Le remodelage de la chromatine fournit une base biologique pour les effets négatifs lors de la dépendance à l'alcool et ainsi des possibilités de nouvelles options thérapeutiques (20).
- « *Histone deacetylases mediate GABAA receptor expression, physiology, and behavioral maladaptations in rat models of alcohol dependence* » Cette étude publiée en 2018 a démontré que l'administration de Trichostatin A (TSA), inhibiteur des HDAC, réduisait chez la souris la consommation volontaire d'éthanol. De plus elle a permis de mettre en évidence l'importance des changements épigénétiques de l'expression de la sous-unité $\alpha 1$ des récepteurs GABA_A dans la dépendance à l'alcool. Cette étude suggère que les modifications épigénétiques observées (diminution des gènes GABRA1 et augmentation HDAC2 et HDAC3) dans le cortex pré-frontal sont spécifiques à l'exposition à l'éthanol.
Ainsi le traitement par TSA en aigu peut être utile dans la prévention des comportements de consommation, les effets de sevrage, la perte d'inhibition GABAergique. Cependant le traitement à long terme doit encore être évalué (21).

CONCLUSION

Les résultats de ces études indiquent le développement de nouvelles voies thérapeutiques des troubles de la consommation d'alcool en utilisant les voies GABAergiques et épigénétiques. Cependant ces nouvelles voies thérapeutiques sont étudiées à partir de données neurobiologiques, elles ne prennent pas en compte les facteurs environnementaux, psychologiques et sociaux des patients alcoolodépendants.

1.3.4 Le rôle de l'homocystéinémie

Une étude américaine de 2016, « *Homocysteine, Alcoholism, and Its Potential Epigenetic Mechanism* », s'est interrogée sur le rôle du taux plasmatique d'homocystéine. L'hypothèse principale était que la consommation d'alcool induit une hyperhomocystéinémie et que celle-ci intervient dans les changements épigénétiques et métaboliques. L'étude a démontré que l'exposition à l'alcool facilite, en provoquant l'hyperhomocystéinémie, le développement d'AVC (accident vasculaire cérébral) et de démence vasculaire. Des études approfondies sont nécessaires pour étudier les mécanismes de l'hyperhomocystéinémie en lien avec l'alcool et les thérapeutiques pouvant y être associées (22).

1.3.5 La génétique, quelle place actuelle ?

Dans la littérature, on s'y intéresse depuis longtemps et il a été démontré la part de génétique dans l'alcoolodépendance (23). L'identification des gènes impliqués font l'objet de multiples recherches. L'hypothèse actuelle est que l'étiologie génétique de la dépendance repose sur l'effet de plusieurs gènes (24).

Quelques exemples : (En plus des variations génétiques citées précédemment dans les sous-unités du récepteur GABA_A).

- L'Aldéhyde Déshydrogénase (ALDH) :

Le gène ALDHD2*2 (Aldéhyde Déshydrogénase 2), a été mis en évidence dans la modulation des comportements à l'alcool dans les populations asiatiques (25). Cette mutation présente chez près de 43 % de la population japonaise, semble protéger ses porteurs homozygotes du risque de développer une dépendance. En effet l'aldéhyde déshydrogénase 2 est une enzyme hépatique permettant la transformation de l'éthanal en acide acétique, son gène le ALDH2 est situé sur le chromosome 12. Les variations de ce gène entraînent une diminution de l'activité enzymatique et ainsi une diminution de production d'acide acétique (à l'origine des effets indésirables tels que les nausées).

Dans les populations européennes, les variations de codage ALDH sont très rares et n'expliquent donc pas la part génétique de l'alcoolodépendance.

- Le récepteur Dopaminergique D2 (DRD2) :

Le récepteur dopaminergique principalement étudié dans le domaine de l'alcoolodépendance est DRD2, et plus particulièrement son polymorphisme TaqI A. Il a été montré en 1990 (26) que la présence de l'allèle A1 du gène codant pour le DRD2 permettait de discriminer les sujets alcoolodépendants dans 77 % des cas, tandis que son absence caractérisait 72 % des non-alcooliques. La présence de cet allèle a également été reliée à des traits de personnalité particuliers il pourrait alors refléter la sévérité de l'alcoolisme ou l'existence d'une personnalité antisociale associée (27).

- La protéine Béta-Klotho :

La protéine Béta-Klotho est un corécepteur de l'hormone FGF21 (Fibroblast Growth Factor 21), sécrétée par le foie et impliquée dans la préférence des macronutriments chez l'homme. Chez les souris l'absence de protéine Béta-Klotho entraîne une préférence accrue de consommation d'alcool et l'hormone FGF21 inhibe la consommation d'alcool en agissant sur le cerveau. En partant de ces connaissances, une étude de répliation réalisée en 2016 sur 105 000 personnes d'origine européenne, a identifié le variant d'un gène dans Béta-Klotho. Les résultats suggèrent que la voie FGF21-Klotho régule la consommation d'alcool chez les humains (28).

⇒ Des travaux sont encore à réaliser sur le sujet. L'identification de la concentration des variants génétiques pourrait jouer un rôle dans le développement de nouvelles thérapeutiques et dans la prédiction des réponses aux traitements médicamenteux et aux psychothérapies.

1.4 Le sujet de l'étude

1.4.1 Problématique : Prise en charge de l'alcoolisme en médecine générale

Les médecins généralistes ont une place stratégique pour dépister et prendre en charge la dépendance à l'alcool. Une étude multicentrique réalisée en Europe en 2015 a mis en évidence que la proportion de patients alcoolodépendants en médecine générale est doublée par rapport à la population générale (29). Permettant un accompagnement de longue durée, le médecin traitant est la première personne-ressource tant pour le sujet que pour son entourage.

Selon les recommandations récentes de la Société Française d'Alcoologie, tout médecin généraliste devrait avoir reçu une formation lui permettant de repérer un mésusage de l'alcool et de réaliser une intervention brève. Si le patient ne relève pas d'une intervention brève, les médecins traitants devraient pouvoir proposer des interventions thérapeutiques afin de réduire la consommation d'alcool, d'introduire un traitement pour la prévention d'un syndrome de sevrage, une aide au maintien de l'abstinence ou à la prévention de la rechute (30).

La grande majorité des médecins estime que l'alcool est un problème majeur en médecine générale. Cependant, la majorité des patients présentant une alcoolodépendance ne sont pas pris en charge de façon optimale en médecine générale.

➤ Quelles en sont les causes ?

Selon une étude réalisée à Paris en 2010, 70% des médecins ne se sentent pas gênés à parler de l'alcool avec leur patient mais la majorité d'entre eux sont réticents à être impliqués dans le diagnostic et traitement de l'alcoolisme (31). Les causes citées dans cette étude et dans la littérature (32) (33), sont un manque de formation pour le traitement de l'alcoolodépendance en cabinet, le sentiment d'incapacité à prendre en charge cette maladie, la difficulté à aborder le sujet en consultation, l'investissement demandé pour le peu de résultat satisfaisant, le manque de moyen matériel et financier, les longs délais de prise en charge (hôpital, centre d'addictologie, postcure) et le manque de référent hospitalier en alcoologie.

➤ Quelles sont les attentes des patients ?

Une étude anglaise des années 80 (34) réalisée sur 2572 patients a démontré que 40% des patients estiment que leurs médecins généralistes devraient s'occuper de leur problème d'alcool et seulement 20% pensent qu'ils le font.

Par ailleurs, selon une thèse réalisée en 2009 à propos des attentes des patients alcoolodépendants, ceux-ci sont demandeurs d'une aide venant de leur médecin traitant et souhaitent les impliquer avant et après le sevrage (35) .

1.4.2 Hypothèse : La place du sevrage ambulatoire

Dans la littérature, il existe peu d'étude sur le sujet, une thèse réalisée en 2011 a démontré que le programme de sevrage ambulatoire est aussi sécurisant et efficace que le programme hospitalier (36). (Durée d'abstinence d'environ 6 mois, semblable aux études réalisées en hospitalier.) De plus selon les dernières recommandations de la SFA, les soins en alcoologie sont préférentiellement à réaliser en ambulatoire (grade A) (30).

Actuellement il est estimé que moins de 10% des personnes dépendantes de l'alcool bénéficient d'un traitement chaque année en France (37), il paraît donc essentiel que les médecins généralistes puissent repérer et proposer une intervention thérapeutique adaptée.

⇒ Dans ce travail, nous partons de l'hypothèse que le sevrage ambulatoire est le premier pas nécessaire en médecine générale pour la prise en charge des patients présentant une dépendance à l'alcool.

1.5 L'objectif de l'étude

L'objectif principal de ce travail est d'explorer les avis et pratiques des médecins généralistes envers le sevrage ambulatoire.

Les objectifs secondaires sont d'évaluer les relations actuelles avec les CSAPA, la formation des médecins traitants sur l'alcoolisme ; et de proposer une aide à la prise en charge des patients alcoolodépendants par la mise en place d'une équipe pluri-professionnelle entourant le médecin traitant.

2 Matériel et Méthode

2.1 Description de l'étude

2.1.1 La recherche bibliographique

La bibliographie a été réalisée sur le site de la bibliothèque Unistra, bases de données PubMed, Chocrane, la banque de Thèses de médecine générale, sur le site de l'HAS, de la SFA, de l'OFDT, de l'INPES. En utilisant les mots clés: alcoolisme, médecin généraliste, sevrage ambulatoire, traitement, difficultés. Elle a été réalisée à l'aide du logiciel Zotero.

2.1.2 Type

Cette étude est une recherche qualitative, le recueil de données a été réalisé par des entretiens individuels semi-structurés à partir d'un guide d'entretien. Ces entretiens ont été enregistrés et retranscrits pour réaliser un verbatim anonyme.

2.1.3 La population étudiée

La population est composée de treize médecins généralistes. Chaque médecin a été caractérisé par son sexe, son âge, sa durée, son milieu, ses modes et orientations d'exercice. Quatre médecins appelés ont refusé de participer à l'étude, par désintérêt pour le sujet.

2.1.4 Lieux et période

Les entretiens ont été réalisés au domicile pour l'un d'entre eux et au cabinet pour les douze autres. L'étude a été réalisée dans le Bas-Rhin, dans des zones urbaines de petites et moyennes tailles et dans des zones rurales.

Les entretiens ont été réalisés de juin à novembre 2017.

2.2 Le guide d'entretien

Le guide d'entretien (annexe 1) était constitué d'une description de l'étude (contexte / hypothèse / objectif), d'une liste de cinq thèmes à questions ouvertes portant sur le diagnostic / dépistage de l'alcoolisme, le sevrage, les relations aux structures d'addictologie, la place d'une équipe pluri professionnelle et la formation des médecins.

3 Analyse des données

3.1 Caractéristiques des médecins généralistes

Dans cette étude, les médecins les plus représentés sont des hommes à 75%, travaillant en association, en zone urbaine, sans orientation particulière. La moyenne d'âge est de 53 ans.

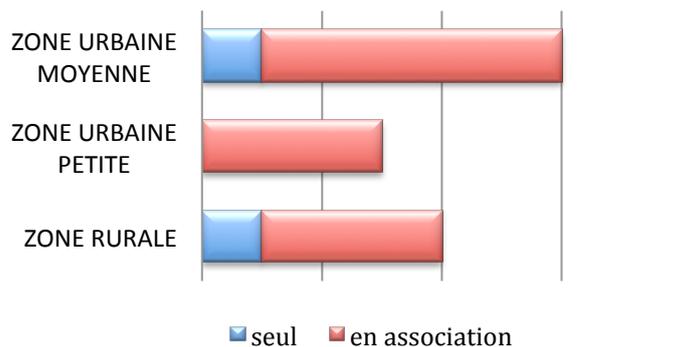
3.1.1 Démographies

a. Âges et sexes

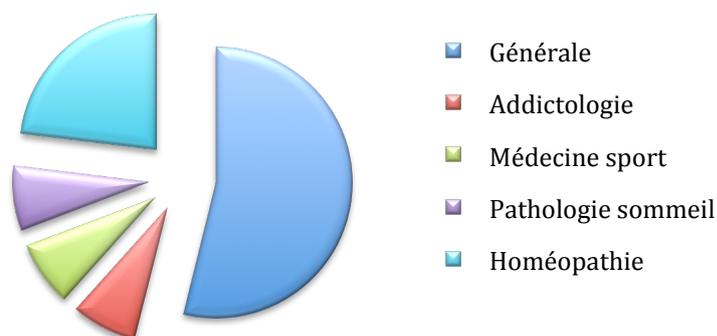
Les hommes représentent 75% de la population étudiée. Ils sont âgés à 70% de 45-65 ans et à 30% de 45-65 ans.

Les femmes représentent 25% de la population étudiée. Elles sont âgées à 67% de 25-45 ans et à 33% de 45-65 ans.

b. Lieux et mode d'exercices



3.1.2 Orientation d'exercice



3.2 Analyse des entretiens

3.2.1 La prévalence de l'alcoolodépendance

Aucun des médecins généralistes interrogés n'a pu donner précisément le nombre de patients alcoolodépendants suivis actuellement dans sa patientèle.

Huit d'entre eux ont donné un nombre approximatif qui variait entre 0,2 à 2% de leur patientèle totale.

Tous les médecins interrogés ont supposé que ce nombre était en-dessous de la réalité. Les causes citées de cette sous-estimation sont :

- La difficulté à évaluer le mésusage qui englobe : l'usage à risque (tel que des consommations excessives ponctuelles), l'usage nocif et la dépendance à l'alcool ;

« C'est difficile, disons des patients problématiques pas tant que ça enfin du moins soit je les ignore (...). »

« Alcoolodépendant une petite dizaine et autrement beaucoup plus. »

« (...) ceux que moi j'identifierai comme consommateurs excessifs là il y en a plus. »

« Il y a tous les problèmes liés à l'alcool avec des consommations massives ponctuelles qui ne font pas forcément l'objet d'un suivi. »

- La minimisation et le déni de nombreux patients ;

« Pas mal, plus que je ne pense car beaucoup banalise. Je ne sais pas. Bien plus que ceux qui l'avouent. »

« Les hommes, ils avouent assez facilement leurs excès en minimisant. »

« Il y a les buveurs excessifs qui vivent très bien avec leur alcool qui ne s'en plaignent pas. »

- La particularité de l'alcool : une addiction cachée ;

« Mais c'est difficile à aborder, pour les patients c'est beaucoup plus tabou de parler de l'alcool que du tabac ou de la drogue. L'alcool c'est vraiment une addiction cachée. »

« Qui m'en ont parlé, une dizaine maximum mais je pense qu'il y en a plus. »

« Il y a ceux dont on sait et ceux dont on ne sait pas, qui ne souhaitent pas en parler. »

« J'ai eu en tout plus de patients toxicomanes que je suis que d'alcooliques. Mais l'alcool c'est plus compliqué, plus caché. »

- La tolérance de certains médecins lorsqu'ils ne jugent pas que la consommation d'alcool est un impact sur la vie des patients.

« Sur leur santé c'est encore à voir mais c'est vrai qu'il y en a pas mal où il y a une tolérance surtout s'ils ont un certain âge. »

« Il y a des excessifs où je sais pertinemment qu'ils aiment le bon vin ou l'apéro etc. Donc il faudrait augmenter le nombre nettement mais il y a aussi une certaine tolérance comme il n'y a pas de conséquence sur leur vie. »

3.2.2 Le repérage et le diagnostic

La première étape pour diminuer la consommation est de repérer / diagnostiquer les consommateurs d'alcool à risque, pour lesquels le motif de consultation n'est que rarement une demande de soin direct vis à vis de l'alcool. Dans notre étude :

- Quatre médecins utilisent le repérage précoce.

« (...) quand j'ai un nouveau patient je demande toujours si il y a des addictions, tabac/alcool/drogue. »

« Sinon j'essaie de faire du repérage précoce. »

« Dans mon interrogatoire d'une première consultation, je demande toujours tabac/alcool/stupéfiants. »

« Je l'introduis systématiquement (...) »

- Les autres médecins abordent le problème de l'alcoolisme suite à des complications biologiques / physiques / accidentelles / relationnelles (familiales ou professionnelles).

« Soit c'est l'entourage qui parle, ou c'est moi qui essaie d'aiguiller la chose (...) Des complications oui, la prise de sang me permet souvent de parler de ça. »

« (...) lorsqu'il y a un problème en général devant une analyse sanguine où il y a des anomalies franches, triglycérides, gammaGT ou devant un problème d'hypertension, de diabète, d'obésité. »

« Sur des résultats biologiques, sur des problèmes socio-familiaux, sur des complications. »

« (...) un patient jeune qui a fait un infarctus et en creusant les facteurs de risques, il avait tendance à beaucoup boire, et à bien fumer. »

« Je questionne si je me rends compte que leurs problèmes sont liés à l'alcool. »

« Ou à travers d'autres sujets, comme des tensions déséquilibrées ou sur des bilans biologiques. »

« Le problème est souvent abordé suite à des accidents, blessures. Sur le lieu de travail, ou des accidents de la route. Et les complications sur le plan hépatique, neuropathique. »

« J'en parle sur des complications au niveau de la prise de sang ou sur des problèmes qu'ils ont eus (...) perte de permis, accident, chute, du diabète. »

« En leur demandant, par exemple pour un calcul de facteur de risque cardiovasculaire, combien de verres d'alcool ils prennent pas jour. »

- Certains médecins citent la difficulté liée au manque de temps lors d'une consultation.

« (...) ça rajoute un motif et puis il faut qu'il revienne, le tout ce n'est pas de l'évoquer mais de le prendre en charge. »

« Si le temps ne le permet pas je ne vais pas aborder un sujet qui n'est pas la priorité de la consultation. »

- Chez les différents médecins, la demande initiale de prise en charge vient rarement du patient lui-même. Elle est secondaire parfois à une demande judiciaire ou de l'entourage proche.

« Le plus souvent c'est quand même moi qui en ai parlé, sinon j'ai deux exemples qui sont venus en parler spontanément. »

« (...) Un qui est venu en parler spontanément. »

« Soit c'est l'entourage qui parle, ou c'est moi ... »

« En général ceux qu'on doit sevrer viennent spontanément, où accompagner de leur épouse, où ils sont sommés de se soigner de façon judiciaire. Mais c'est rare qu'ils viennent spontanément quand même. »

« Il y en a parfois qui viennent pour demander de l'aide mais ce n'est pas la majeure partie des cas. »

« Vous me demandiez si certains venaient spontanément en parler : non jamais. »

- Deux médecins interrogés n'abordent jamais le sujet si la demande ne vient pas explicitement du patient.

« Soit c'est une attente des patients donc c'est un accès rapide. Soit c'est en effet des patients que je suis depuis un certain temps pour lesquels il y a un terrain anxio-dépressif et on sait qu'il y a aussi une béquille consommation d'alcool, et quand on l'aborde il y a déjà un suivi un parallèle. »

« S'ils ne l'évoquent pas eux même non je ne l'aborde pas. »

- Deux médecins rapportent une sous-estimation et un retard diagnostique chez les femmes.

« Quand il s'agit de femmes c'est souvent beaucoup plus difficile. En général quand on s'en rend compte c'est souvent trop tard. »

« Je trouve qu'on arrive assez tard surtout chez les femmes, je me rends compte du nombre de fois où il y a des plaintes liées à une neuropathie et on remonte le fil pour arriver à une alcoolisation régulière depuis des années, c'est assez étonnant. »

3.2.3 Les propositions de prise en charge thérapeutique

Tous les médecins interviewés ont eu des expériences de sevrage hospitalier ou ambulatoire. Tous proposent des hospitalisations soit par l'intermédiaire du CSAPA le plus proche soit directement en service de médecine lorsque le patient le souhaite et/ou lorsqu'il existe des risques importants de syndrome de sevrage.

85% des médecins proposent ou ont déjà proposé durant leur exercice une prise en charge ambulatoire de l'alcoolisme (sevrage ou réduction de la consommation.)

❖ Le sevrage classique

Six médecins proposent au moment de l'étude des sevrages complets classiques par benzodiazépine (Diazépam ou Oxazépam), et vitaminothérapie (Bevitine et Pyridoxine) chez des patients alcoolodépendants. Les médecins les plus jeunes et récemment installés en tant que médecin traitant n'en proposent pas. Ce type de sevrage semble être moins fréquemment proposé depuis l'apparition des CSAPA et des traitements à visée de réduction de la consommation (de 70% à 50%).

« Oui ça m'est arrivé quand le centre d'addictologie n'existait pas encore. » « Par Valium et vitaminothérapie ? » « Oui et par Tiapridal. »

« A l'époque, il n'y avait pas de Baclofène, pas de Selincro. Effectivement il y avait du valium pour certain. Il y avait de l'Aotal essentiellement. »

« Juste un truc par an je fais deux sevrages en ambulatoire. C'est rien en ordre de grandeur. »

*« Je suis plutôt partisan du sevrage brutal. **S'ils** ont un problème avec l'alcool, il faut arrêter l'alcool. En général, ils sont plutôt partisans d'une prise en charge en ambulatoire. »*

« C'est pour beaucoup avec du diazépam. Mais sinon le gros des sevrages c'est vitaminothérapie et diazépam. »

« Oui parfois avec du valium, parfois avec de l'Esperal. Ou alors ils l'ont pris et ils ne l'ont pas supporté. Donc je n'ai jamais eu de succès. »

« Une benzodiazépine de courte durée d'action. Pour moi le sevrage c'est les benzodiazépines, j'utilise le Seresta. Le valium je n'aime pas trop car ça une demi-vie longue. »

« Et pour les sevrages par benzodiazépine / vitaminothérapie ? » « Oui plutôt quand ils sortent de cure. »

❖ La réduction de la consommation

Huit médecins interrogés introduisent des traitements à visée de diminution de la consommation, permettant la réduction des risques liés à l'alcool. Le Baclofène (Lioseral®) est le plus fréquemment introduit, plus rarement le Nalméfène (Selincro®). Un médecin utilise l'Acamprosate (Aotal®) pour la diminution en absence de dépendance.

Chaque médecin utilise préférentiellement un de ces deux traitements, un seul médecin spécialisé en addictologie jongle entre les deux. Il ne semble pas y avoir de différence vis à vis de l'ancienneté d'exercice dans l'introduction de ce type de traitement.

« Je suis beaucoup plus dans la réduction des risques et des dégâts que du sevrage. (...) J'ai pas mal recours au Baclofène. Je l'utilise comme c'est prévu dans la RTU. »

« On a essayé un tout petit peu le Baclofène avec ses limites en termes de fatigue. Sur la reprise de contrôle de la consommation massive, le Baclofène permet quand même la réduction des dérapages. »

« Par contre des diminutions par Baclofène ou Selincro il y en a des wagons. »

« Vous avez déjà proposé du Selincro ou du Baclofène ? » « Du Baclofène. »

« Il y a une personne qui sortait de Marienbronn, ça n'avait pas encore l'AMM. Il était à 9 comprimés par jour maintenant il est à trois, ça se passe bien. »

« Ca s'est bien passé. Je lui ai fixé un programme d'abstinence et j'ai introduit un traitement d'aide à l'abstinence. Donc je n'ai pas eu besoin d'un traitement de sevrage. »

« Il y a des médicaments type Aotal/Rovia et qui souvent marchent quand le patient a conscience et que c'est vraiment un excès plus que dans la dépendance. »

« Le Baclofène je l'ai prescrit, enfin je l'ai represcrit après avoir été mis en place par la psychiatre. On a un patient chez qui ça avait plutôt bien marché. »

« Alors j'utilise surtout le Selincro. »

« Et sinon à l'époque on avait essayé avec le Selincro, qui est vraiment pour baisser la consommation (...) ça fonctionne. »

Nous notons que plusieurs médecins émettent des réticences à ces traitements vis à vis de leurs effets secondaires, d'un manque de recul, de formation et sont dans l'attente de preuve de leur efficacité. Deux médecins ne souhaitent pas être le premier prescripteur d'un traitement à visée de réduction de risque, par manque d'expérience.

« La Baclofène, chaque fois que je l'ai proposé à des patients ils l'ont refusé parce qu'ils avaient entendu qu'il y avait des effets indésirables dangereux (...) »

« Le Baclofène je ne l'ai jamais utilisé, j'attends de voir. Ce n'est pas un traitement de sevrage. »

« Le Selincro pas du tout, je pense que j'ai des résistances à ce traitement, je ne suis pas emballé par la molécule et il se trouve qu'au CSAPA il ne la propose pas non plus. »

« Non jamais. J'ai lu de la documentation, je n'ai pas essayé. Je n'ai pas eu l'occasion. Et pour le traitement médicamenteux à part le valium je ne suis pas convaincu qu'ils apportent quelque chose. »

« Et le Selincro non ? » « Non, je ne connais pas c'est quoi ? »

« (...) Plutôt le fait d'avoir un deuxième regard en plus de vous ? » « Oui, voir l'indication d'un traitement également (...) D'en initier jamais, mais de renouveler un traitement par Baclofène oui. »

« Non, j'ai eu une formation sur le Baclofène où ils nous expliquaient qu'il fallait que ce soit des médecins spécialisés qui le mettent en place, donc je n'ai jamais vraiment osé faire ça. Si j'avais des patients qui étaient sous Baclofène je ferai juste des renouvellements, mais je ne l'ai jamais instauré. »

❖ Le suivi

Le suivi varie pour chaque médecin de deux/trois fois par semaine à une fois par mois, en fonction du type de sevrage, des patients et de la prise en charge extérieure associée.

« Beaucoup de consultation pour les suivre, une à deux fois par semaine pendant quinze jour et après on essayait d'espacer (...)»

« En sevrage strict, trois fois par semaine : ça les rassure, ça me rassure. »

« (...) je les revois à un mois, et je leur dis que je suis disponible s'il y a quoique ce soit. »

« C'est très variable. Il y a vraiment les trois cercles : le CSAPA, le patient et moi ; et on essaie de trouver le terrain d'entente qui convient à tout le monde. Il y a toujours la consigne s'il y a un souci de venir me voir. »

❖ Le traitement à visée psychologique

En fonction du contexte, certains médecins associent un traitement antidépresseur lors de ces sevrages. Par ailleurs en association aux traitements médicamenteux, il est fréquemment mis en place un suivi psychiatrique ou une psychothérapie. Plusieurs médecins rapportent l'importance de l'écoute et de la prise en charge non médicamenteuse dans cette pathologie.

« Oui ça m'est arrivé d'en mettre en route mais j'aime bien quand ils sont suivis par un psychiatre en même temps. »

« Le médicament est une chose, mais le médecin généraliste a une place importante. »

« Ce dont on a pas parlé, c'est que beaucoup de mes patients alcoolodépendants en plus du traitement par benzodiazépine ont un traitement antidépresseur que je mets en place aussi. Parfois la dépression n'est pas vraiment au premier plan, mais l'antidépresseur aide à tenir le coup. »

« Ca dépend s'il y a un problème psychiatrique ou non, (...) il y a un problème dépressif derrière. Donc j'ai introduit un traitement antidépresseur. Elle ne souhaitait pas voir de psychiatre. »

« Puis souvent je les envoie quand même en psychothérapie. »

« Nous sommes en première ligne donc nous pouvons leur donner un traitement qui peut les aider c'est déjà le dialogue, c'est souvent au domicile. »

3.2.4 Les limites et réticences au sevrage ambulatoire

Au moment de l'étude, trois médecins ne réalisent plus de sevrage ambulatoire et quatre médecins n'en n'ont jamais réalisé. Les patients sont dans ce cas adressés en service d'addictologie hospitalier ou à des CSAPA.

« Non, j'ai un patient (...) j'ai essayé de l'aider mais (...) il n'est pas revenu. »

« D'accord, jamais de sevrage en ambulatoire ? » « Non sur mon exercice non. »

« C'est le centre qui prend tout en charge et qui envoie en cure de sevrage en milieu hospitalier. »

« Un sevrage à domicile avec benzodiazépines ? » « Non, pas pour l'alcool ; ça ne fonctionne pas. »

« En ambulatoire, jamais ? » « Jamais. » « Et des diminutions de la consommation alcoolique ? Ça ne marche pas. »

Quelles en sont les causes ?

➤ Très fréquemment citées :

1) La responsabilité du patient : manque de volonté, isolement, absence de modification du mode de vie, culpabilité lors des rechutes.

« L'expérience du premier patient (...) il avait tellement honte qu'il n'est pas revenu. Et nous n'avons pas de prise parce qu'on ne peut pas aller le chercher à la maison. Non je pense que c'est plus lié au patient en lui-même qui se sent coupable, honteux lorsqu'il rechute et qui ne veut plus revenir. »

« C'est souvent le même type de patients avec un faible niveau socio-économique, isolés (...) ils replongent le weekend lorsqu'ils sont seuls de nouveau. Et à ce moment-là il n'y a personne pour les suivre chez eux donc ça ne fonctionne pas. Lorsqu'ils sortent de cure au bout de plusieurs semaines, ils se retrouvent seuls chez eux aussi et ils rechutent la plupart du temps. »

« Parce que je n'ai pas eu l'occasion de proposer ça et il n'y en pas beaucoup qui ont une super volonté. C'est compliqué. »

« Alors j'ai fait des sevrages en ambulatoire ça marche jamais ou quasiment jamais sauf s'ils sont super motivés. »

- 2) La représentation personnelle du médecin vis à vis du sevrage. Quatre médecins pensent que le sevrage ne fonctionne pas. A noter que les médecins réticents au sevrage ambulatoire sont les médecins réticents à l'efficacité des sevrages hospitaliers également.

« Oui on est déjà formaté comme ça, à dire oui la plupart du temps ça ne marche pas. Déjà dans nos études, le patient alcoolodépendant il l'était et il le restera toujours. Mais ça a évolué (...) »

« Le problème c'est que dans mon esprit le sevrage ça ne fonctionne pas. »

« (...) c'est tout simplement que je n'adhère pas, parce que j'ai constaté que ça ne marche pas. (...) j'ai essayé des sevrages en libéral mais on arrive toujours à l'hospitalisation parce que ça ne marche pas. »

« Pourquoi vous ne faites pas de sevrage ? » « Parce que ça ne marche pas. »

- 3) La mise en échec du praticien : le sevrage et le suivi sont chronophages avec in fine des rechutes fréquentes.

« C'est pas très gratifiant de suivre un patient alcoolodépendant parce qu'on est mis en échec, que le traitement médicamenteux ne fait pas tout et qu'on n'est pas formé pour gérer ça. »

« Ce qui est compliqué c'est le soin, le fait qu'on soit tout le temps en échec. C'est compliqué l'addictologie. »

« C'est vrai que je n'ai pas vraiment envie de me spécialiser dans tout ça car, ce sont des choses très chronophages, on n'a pas beaucoup de résultat, on est plutôt embêté, il y a beaucoup d'échecs. »

« Ça demande de la disponibilité. (...) Ce sont des consultations à rallonge donc je suis content quand c'est la dernière consultation de la journée. »

« (...) un manque de temps, du coup oui j'ai peur de m'engager. »

« C'est chronophage aussi comme consultation, on peut pas juste prescrire Valium/Baclofène. »

« Ceux sont des échecs à répétitions, des rechutes et c'est vrai qu'on se lasse parce qu'on se dit que ça ne sert à rien. »

➤ Fréquemment citées :

4) La difficulté à faire adhérer les patients au sevrage et au suivi

« Je ne sais pas si je m'y prends mal ou quoi mais je n'arrive pas à les suivre. Et ceux qui ont des problèmes d'alcool et qui ne veulent pas s'arrêter ils continuent à venir me voir mais quand je leur parle d'arrêter, ils me disent oui je vais faire attention je vais diminuer. »

« Voilà j'ai du mal à faire adhérer les patients, ils sont bien comme ils sont, ils ne se rendent pas compte des effets délétères de l'alcool. »

5) L'inquiétude provoquée par le risque d'une complication de sevrage à domicile.

« Il y en a d'autres qui atteignent un niveau trop important, où je ne prendrai pas le risque. Proposer d'emblée un sevrage sans savoir ça peut m'angoisser, je ne crois pas que je serai trop tranquille. »

« Alors sevrage pour les patients lourds avec prévention du délirium tremens etc.. non. »

➤ Autre :

6) La peur de drainer une patientèle orientée addictologie.

« Je n'ai pas envie de savoir le faire car je n'ai pas envie de drainer cette patientèle. »

3.2.5 La prise en charge spécialisée et le sevrage hospitalier

3.2.5.1 Les CSAPA

La majeure partie des médecins interrogés, onze, se sont mis en relation avec les CSAPA à proximité à fin de les aider dans la prise en charge des patients alcoolodépendants.

Sept d'entre eux sont satisfaits du travail pluridisciplinaire et de la prise en charge spécialisée réalisée dans les centres d'addictologie. De plus, ils rapportent une réelle collaboration avec le médecin traitant permettant une prise en charge optimisée des patients.

« Oui très bon contact. Nous avons des coups de fils et des courriers de retour. Je singularise assez la relation avec l'un ou l'autre médecin. »

« Oui assez facilement, des contacts téléphoniques (...) si on souhaite des informations on sait qu'on peut facilement les joindre. »

« Il y a beaucoup de travail de coordination avec le médecin traitant. »

« Oui, ils travaillent vraiment bien et les patients sont assez contents en général. Ils ont réalisé pas mal de sevrage à la codéine depuis que ça a été remboursé ça c'est très bien passé aussi. »

« Maintenant à Sélestat on a un centre d'addictologie, donc ça nous libère de patients difficiles. »

« Oui des courriers à chaque fois. Je ne me sens pas isolé par rapport à eux. »

« Oui, je travaille beaucoup avec le CSAPA (...) où il y a un infirmier, une psychiatre/psychothérapeute. Quand j'adresse les patients au CSAPA c'est très rare que la décision aboutisse à un besoin d'hospitalisation. Les gens vont facilement au CSAPA (...) car c'est un petit hôpital donc les gens qui y consultent n'ont pas l'impression d'aller dans une usine à sevrage. »

« Je pense par rapport à chaque cas de patients. Ils se faisaient une idée d'un sevrage où ils envisageaient vraiment une hospitalisation et du coup le fait d'avoir un autre regard par un spécialiste addictologue ça leur permettait de voir aussi qu'en effet c'était possible de faire des choses en externe. »

Les problématiques notées par quatre médecins sont :

- Un manque de retour / communication (courrier, contact téléphonique) avec le médecin traitant.

« Non c'est eux qui ne répondent pas au contact. Ils ont fait une soirée formation l'autre jour, il y a beaucoup de médecins généralistes qui ont découvert qu'ils existaient à ce moment-là. »

« Je ne peux pas dire qu'il y est trop de retour, je pense à un patient en particulier que j'avais adressé où je n'ai eu aucun retour. »

« Par rapport aux structures d'addictologies ? » « Plutôt isolée, c'est vrai que j'avais déjà eu un contact où j'avais fait les démarches par rapport aux rendez-vous, et le retour que j'avais eu c'est qu'ils préfèrent que ce soit le patient qui prenne lui-même contact. »

« C'est vrai qu'on ne communique pas, je n'ai pas de courrier, je ne sais pas qui les voit, je ne sais pas ce que ça donne. C'est vrai qu'il n'y a pas de communication sauf lorsque le patient a raté un rendez-vous et dans ce cas il vient chez moi pour renouveler l'ordonnance. »

- Un isolement dans les zones rurales chez des patients qui ne peuvent se déplacer, n'ont plus le permis où chez des personnes âgées présentant une atteinte des fonctions supérieures.

« Oui, c'est vrai ça peut poser un problème pour certains patients, entre autre ceux qui n'ont plus le permis. »

« C'est souvent un frein car il y a des gens qui ne peuvent pas se déplacer et nous on est en zone rurale, il y a des patients qui ne peuvent pas aller faire un suivi à H. ou W. »

- Un refus des patients d'être suivis en addictologie par peur d'être stigmatisés.

« Mais certains patients ne veulent pas être suivis en addictologie. »

« Il y en a beaucoup qu'on accompagne à domicile c'est vrai. (...) mais qu'on n'arrive pas à envoyer en addictologie. »

« (...) ils ont peur d'être stigmatisés donc une consultation d'addictologie pour eux c'est difficile, ils ne veulent pas être considérés comme un drogué. »

Pour les deux médecins n'ayant jamais travaillé avec les CSAPA et les deux autres médecins n'adressant plus de patients aux CSAPA, les raisons citées sont : l'absence de demande médicale dans la patientèle, l'absence de plus-value à la prise en charge par rapport à la prise en charge pouvant être réalisée par le médecin traitant.

« Pas directement. Je sais qu'il y a une structure à la gare qui prend en charge surtout le Subutex où j'adresse des patients. Pour ce qui est de l'alcool, comme je n'ai pas vraiment de demande au niveau médical (...) c'est plus difficile. »

« Non ça ne change rien du tout au risque de rechute, à la qualité de prise en charge. »

« Bien que les centres d'addictologies j'en suis un petit peu revenu. (...) Parce qu'ils n'apportent pas beaucoup plus qu'un bon médecin généraliste à mon avis. Ils font de la médecine générale. Les hôpitaux je préférerais qu'ils se recentrent sur leur activité principale, l'hospitalisation, plutôt que de faire des consultations de médecine générale qui n'apporte pas grand-chose. »

« En général non (...) vu le petit nombre de résultats, y a longtemps que j'en ai plus envoyés. »

3.2.5.2 Les sevrages en services hospitaliers

Sept médecins travaillent directement avec des services de médecine ou d'addictologie pour la mise en place de sevrages hospitaliers. A noter que le terme de 'vrai sevrage' est employé à deux reprises vis à vis du sevrage hospitalier.

Deux médecins interrogés ont déjà travaillé avec des hôpitaux psychiatriques pour une prise en charge le plus souvent dans des situations d'urgence.

« Sevrage hospitalier j'en ai une dizaine par an. Sur la base d'arguments cliniques et de choix des patients. »

« J'ai une dame qui est venu avec sa fille qui avait découvert les problèmes d'alcool de sa maman et qui souhaitait une hospitalisation. On l'a hospitalisé en médecine interne parce qu'elle avait des triglycérides très hautes. Elle a donc été sevrée à l'hôpital mais ce n'était pas un service d'addictologie. »

« Si quelqu'un vient, je lui propose de se faire hospitalisé, je téléphone ici au service d'addictologie ou Pfastatt. Ils acceptent ou non. »

« (...) une dizaine de fois mais des vrais sevrages avec hospitalisation suivie éventuellement d'une postcure. »

« Alors un vrai sevrage c'est hospitalier la plupart du temps à W. »

« On l'a fait à l'hôpital en médical B, une fois en psychiatrie. En psy c'est pas mal parce qu'ils s'occupent de la postcure derrière. On a plus de chance que ça marche. »

« Deux/trois fois sur Brumath plutôt dans des situations catastrophiques avec gendarmes. Ce n'est pas vraiment du sevrage, plutôt pour des situations aigües à Brumath. »

Dans un second temps, les patients sont adressés en postcure, les deux existantes actuellement en Alsace étant Marienbronn et Chateauwalk. Deux médecins réalisent le suivi en post-hospitalier, en ambulatoire.

« Ah oui car la huitaine de jour dans un service de médecine, il y a tout un accompagnement qui manque. Et qu'on arrive à faire en ambulatoire souvent. »

« Oui, je travaille avec n'importe quel hôpital dans un service de médecine puis je prends la suite au retour. »

3.2.5.3 Les professionnels libéraux

1) Les psychiatres

Sur le plan de la prise en charge psychiatrique, neuf médecins travaillent avec des psychiatres libéraux. La principale limite notée et ne permettant pas d'augmenter le nombre de prise en charge à l'aide d'un psychiatre est l'accessibilité/délai de rendez-vous. De plus, le coût est un deuxième facteur limitant contrairement aux consultations au CSAPA.

« Oui je ne savais pas à qui m'adresser mais j'essayais surtout d'ouvrir la porte aux psy pour avoir leur aide. Mais j'y allais lentement, pour pas que le patient se referme dès que l'on évoque le mot de psychologue ou psychiatre, ou de l'infirmière psy. »

« Oui j'avais travaillé avec deux psychiatres qui consultaient à l'EPSAN. »

« Oui ça m'est arrivé d'en mettre en route mais j'aime bien quand ils sont suivis par un psychiatre en même temps. »

« (...) les personnes sont suivis par des psychiatres à l'extérieur ? » « Ça arrive oui, des libéraux aussi. »

« Oui avec un en particulier qui est addictologue psychiatre. »

« (...) un rendez-vous chez le psychiatre c'est très long et un psychologue n'est pas remboursé.(...) Les facteurs limitant sont le délai de rendez-vous et le prix. C'est l'intérêt de la consultation d'addictologie, il y a un psychologue et un psychiatre sur place. »

« Oui éventuellement, sauf que les psychiatres sont inaccessibles donc on est en première ligne. Et quand les gens peuvent aller voir des psy, il s'est déjà passé beaucoup de choses et en général 6 mois/un an. »

« Oui, après (...) c'est toujours compliqué d'avoir un psychiatre disponible. J'ai deux/trois adresses où je peux appeler pour intercaler des patients mais ce n'est pas fréquent car c'est toujours compliqué. »

2) Les infirmiers

Dans le cadre d'un sevrage, les médecins généralistes font peu souvent appel à des infirmiers à domicile, les trouvant peu formés dans ce domaine.

« Les seuls infirmiers qui passent à domicile dans le secteur sont les infirmiers de l'EPSAN pour le suivi psychiatrique, les autres ne sont pas formés pour ça. »

« Non les infirmiers dans la vallée ne sont pas trop formés à ça (...), ce n'est pas dans leur culture. »

« Dans ce cas-là, le plus important c'est la formation de psychologues et des infirmiers. »

3.2.6 Le médecin traitant au centre d'une équipe pluri-professionnelle

Nous avons interrogé les médecins traitants sur la mise en place d'une équipe pluri-professionnelle lors de l'initiation d'un sevrage ambulatoire. En partant de l'hypothèse qu'en entourant le médecin traitant d'une équipe, ceci l'aiderait à réaliser et à proposer avec moins de difficulté et d'appréhension un sevrage en alcool.

Sur les treize médecins interrogés, onze pensent qu'il y aurait actuellement la place pour une équipe pluri-professionnelle, en particulier un psychologue ou psychiatre et un suivi infirmier au domicile si besoin autour du médecin traitant. Cela permettrait de rassurer le médecin, de mieux appréhender les problèmes pouvant être engendrés par un sevrage. Cette équipe serait dans ce cas une aide au médecin traitant pouvant travailler également avec les CSAPA environnants.

« Oh oui, je suis partant (...) Je pense qu'il y aurait de quoi faire. (...) Je pense que ça serait une prise de conscience, de contact plus facile pour les gens. »

« Oui ça serait plus simple et oui j'en ferais plus si il y avait un passage à la maison pour voir comment ils vont ou si quelqu'un pouvait aller voir comment ils vont lorsqu'on a pas de nouvelle. Ce serait plus rassurant. »

« (...) on est pas formé pour gérer ça. C'est pour ça que l'histoire de l'équipe ça serait pas mal. »

« Dans l'idéal c'est toujours un travail d'équipe, c'est mieux d'être à plusieurs pour gérer ce type de problème. »

« Je pense que c'est possible mais ça ne peut pas se faire sans la coordination avec les CSAPA. Qu'on mette autour des professionnels de santé qui ont une appétence particulière pour cette problématique, oui tout à fait. Des infirmiers il y en aurait plusieurs qui seraient intéressés pour ça et qui seraient disponibles. »

Les principaux avantages cités sont la meilleure adhérence du patient lorsque le sevrage est proposé et mis en place par le médecin traitant du fait de la relation de confiance préexistante, de la plus forte discrétion au cabinet du médecin traitant ainsi que de la facilité d'accès. Ceci dépendant du profil et de la volonté du patient.

« Oui je pense que ça pourrait être pas mal, ils ont peur d'être stigmatisés donc une consultation d'addictologie pour eux c'est difficile, ils ne veulent pas être considérés comme un drogué. Le fait de faire quelque chose à domicile ça pourrait être bien mais je pense que pour les cas lourds il faudrait quand même les mettre en arrêt. Ça serait plus facile à négocier pour un suivi à domicile plutôt qu'une hospitalisation. »

« Oui complètement. Ça me paraît clair. C'est souvent un frein car il y a des gens qui ne peuvent pas se déplacer et nous on est en zone rurale (...) Si on pouvait le faire à domicile ça serait bien. »

« Et chez des patients bien compliants, il faut qu'ils soient d'accord, qu'ils reconnaissent le trouble, qu'ils n'aient pas peur du regard des autres. (...) Mais les autres oui ça serait bien d'avoir ce genre de structure. »

« Oui ça serait plus simple. Je pense que les patients préféreraient être traités par leur propre médecin traitant plutôt que d'aller dans des structures d'addictologie et tout reprendre depuis le début. Tout ce qui passe par le médecin traitant c'est toujours plus efficace, que ce soit le dépistage, la prévention. »

« Oui, j'ai aussi notion d'un délai de consultation assez long donc je pense qu'en effet plus on a un accès facilité, tout en restant dans une démarche active des patients, en réseau, oui je pense qu'il y a de la place. »

« C'est une bonne question, il y en a qui préfèrent que ça ne soit pas le médecin généraliste pour pas qu'on sache et il y en a qui préfèrent parce qu'ils nous connaissent et qu'ils ont confiance ; ça dépend du profil du patient. »

Deux médecins ne sont pas favorables à la mise en place d'une équipe car les structures actuelles le permettent déjà et pour eux ceci ne changerait pas l'efficacité du sevrage.

« Vous pensez que ça ne changerait rien à la prise en charge ? » « Non, car on ne sort pas le patient de son milieu. »

« Je pense qu'en France on pourrait avec un réseau d'étude adéquat et d'implication des médecins en santé primaire, on pourrait faire de la vraie prévention, les intéresser à ces choses-là. (...) Je pense que c'est plus souhaitable, un droit commun aux soins de qualité pour tous, plutôt que des niches de réseau qui seront toujours autour des villes, de quelques médecins, de 2-3 spécialistes. On a des CSAPA, on a des psy, c'est une question de volonté. »

3.2.7 La formation à la prise en charge de l'alcoolisme

La majorité des médecins interrogés rapportent un défaut de formation lors des études à la faculté de médecine par rapport à l'alcoolisme. Plusieurs d'entre eux se sont formés seuls lors de leur exercice de la médecine générale, en lisant des articles, en se renseignant sur internet.

« Elle n'est pas top, j'avais fait des formations en parallèle qui étaient bien. C'est important d'avoir des bonnes relations avec des spécialistes justement pour en parler. Le module d'addictologie à la faculté n'est pas énorme. »

« Je me suis dit que j'allais me former tout seul, par la lecture et par la suite par mon expérience. »

« Sur le plan théorique c'est essentiellement le livre de collègue des enseignants pour les généralistes que je trouve très bien fait. J'ai pas réellement eu d'autres formations. C'est surtout le fait d'en parler, de travailler sur soi, de s'enlever les freins qui empêchent d'en parler (...) »

« A la fac et ensuite plus rien. »

« Des choses que j'ai dû lire. Sinon elle doit être nulle je pense. A la faculté on n'avait rien du tout. A part si on passait dans un service de gastro. »

« Du coup je me suis dit que j'allais me former tout seul, par la lecture et par la suite par mon expérience. (...) Et je trouve que l'excellente formation c'est tout simplement internet. »

Trois médecins sont passés dans un service réalisant des sevrages ou des consultations d'addictologie lors de leurs externat/ internat.

« Comme contre formation, c'était mon premier semestre d'interne en gériatrie à Pfastatt et de garde je devais aussi m'occuper du service d'addictologie et d'avoir à gérer des patients en DT et à injecter des doses de diazépam incroyable, ça ne m'a pas beaucoup aidé »

« A la faculté il n'y a rien. Quand j'étais en consultations à Colmar en médecine interne, j'avais assisté à des consultations d'addictologies. »

Certains ont participé à des formations médicales continues sur les traitements de l'alcoolisme. Un médecin s'est formé à l'addictologie et a une reconnaissance d'addictologie en Allemagne. La formation est alors pour tous dépendante de la volonté des médecins.

« Sachant que je ne suis pas passé par des services forcément très formateur au niveau de la prise en charge en addictologie. Après j'avais fait une FMC il y a quelques années. »

« Ma formation je l'ai faite dans ma pratique. Le Selincro, j'ai suivi une formation continue. »

« (...) par des supports sur internet. La faculté de Strasbourg dispense des cours ciblés médecin généraliste. »

« J'étais externe dans un centre de sevrage. »

« J'ai fait plein de formation d'addictologie (...) j'ai fait pendant 20 ans des cours à la faculté. »

« J'ai fait un DPC d'une journée sur le Baclofène. Je n'ai pas fait d'autre formation. »

« Dans les FMC ça apparaît, c'est libre, c'est à notre bon vouloir. »

« Déjà pour être bien formé il faut vouloir se former, il faut chercher la formation. »

« Après je pense qu'il y a des diplômes universitaires si l'on veut. »

A noter que les médecins de notre étude proposant des sevrages ambulatoires à leurs patients sont les médecins qui ont réalisé des FMC ou DPC sur le sujet. A contrario le fait d'être passé dans un service d'addictologie durant les études ne semble pas avoir un impact sur la prise en charge addictologique.

4 Discussion

4.1 Les caractéristiques de l'étude

4.1.1 Les forces

Cette étude apporte de nouvelles données sur la pratique du sevrage ambulatoire en médecine générale, ce sujet étant encore rarement décrit dans la littérature.

L'échantillon de médecins traitants interrogés est diversifié (sexe, âge, lieux et durée d'exercice, mode d'exercice, patientèle) et est la cible de la problématique posée. Les médecins les plus représentés sont des hommes travaillant en association de 53 ans en moyenne, ceci correspondant à l'âge moyen national. Au premier janvier 2016, le tableau de l'Ordre recense 88 886 médecins généralistes en activité régulière âgés en moyenne de 52 ans, représentés à 54% par les hommes et 46% par les femmes (38). (A noter : sur les quatre médecins généralistes qui ont été contactés et ont refusé de participer à l'étude, on décompte trois femmes).

Par ailleurs, le fait de réaliser une étude qualitative a permis de recueillir les expériences et les représentations variées de chacun.

4.1.2 Les limites

La principale limite de notre étude est son sujet : l'alcoolisme. En effet sa prise en charge étant difficile, les médecins traitants se sentent souvent en échec ou jugés lorsqu'on les interroge, provoquant alors des biais de réponse et de désirabilité sociale. Ceci a été marqué lors des entretiens par une liberté de parole et de partage d'expérience « en off » lorsque l'enregistrement était suspendu.

De plus il existe un biais de rappel lors des interrogatoires, les médecins devaient réaliser un effort de mémoire afin de répondre aux questions provoquant sûrement des oublis / une concentration sur les faits récents.

Enfin lors de la constitution de l'échantillon on retrouve un biais de recrutement, les médecins qui ont donné leur accord sont pour onze d'entre eux des maîtres de stage. Ils sont alors plus fréquemment à même de discuter de leur pratique avec leur interne / externe, de se rencontrer, de remettre en question leur pratique, de participer à des formations.

4.2 Les difficultés du diagnostic

Le nombre de patients alcoolodépendants dans notre étude est sous-estimé par rapport aux données nationales (0,2 à 2%). D'après une enquête alcool auprès des patients de médecins généralistes libéraux en Ile-de-France en 2000 (39) : 4,5% des patients présentent une alcoolodépendance. Selon l'étude d'Anderson et al en 2005, en Europe 5% des hommes et 1% des femmes seraient alcoolodépendants (40).

Les médecins rapportent des difficultés à aborder le sujet, à repérer et à évaluer les différentes formes de consommation.

4.2.1 Les difficultés liées au patient

4.2.1.1 Le déni

La principale difficulté citée liée au patient est le déni de son alcoolodépendance. Le déni est un symptôme fréquent dans l'alcoolisme qui rend sa prise en charge difficile en contribuant à mettre en échec et à démotiver le médecin. De plus en évoquant l'alcoolisme chez des patients en déni, certains médecins ont peur de fragiliser la relation de confiance préexistante.

« Peur de ce que ça déclenche. »

Le déni est expliqué chez le patient comme un moyen de défense / protection vis à vis de la prise de conscience de l'alcoolisme et des conséquences personnelles et sociales que ceci implique.

Dans les réflexions écrites sur le sujet, il n'existe pas d'intérêt à faire céder le déni au détriment du patient (41). A contrario, l'objectif principal est de motiver le patient en impliquant les familles, en offrant des choix thérapeutiques, en fixant des objectifs intermédiaires et en s'adaptant à chaque phase d'acceptation du patient (42).

4.2.1.2 Le contexte social

Les autres difficultés rapportées sont les problématiques liées au mode de vie des patients. Dans notre étude les médecins rapportent un isolement fréquent de ces patients sur le plan social et familial. De plus nous savons que l'alcoolodépendance peut entraîner une perte de son travail et suspension de permis, entretenant l'isolement et la difficulté de réhabilitation dans la vie active. Cet isolement et l'absence de repères se traduisent également par un nomadisme médical compliquant la prise en charge.

4.2.2 Une sous-estimation chez les femmes ?

Dans notre étude, deux médecins rapportent un retard de diagnostic chez les femmes, l'alcoolisme étant alors diagnostiqué au décours de graves complications. En dehors des causes sus-citées, quelles sont les autres explications pouvant entraîner ce retard ?

La consommation d'alcool chez les femmes est-elle sous-estimée, minimisée ? Est-il lié aux représentations que ce fait le médecin traitant d'un patient alcoolodépendant ? Le déni et le refus de soins sont-ils plus important chez les femmes ?

Une étude réalisée en France en 1996 et 2006 a démontré qu'en dix ans la tendance chez les femmes à refuser leur dépendance à l'alcool a diminué et qu'elles acceptent plus facilement des soins spécifiques (43).

Dans la littérature, les articles sur la consommation d'alcool chez la femme sont pour la plupart en lien avec les risques lors de la grossesse et le syndrome d'alcoolisation fœtale. Nous retrouvons des informations dans les études épidémiologiques sur l'augmentation de la consommation ces dernières décennies chez la femme. En effet selon le baromètre santé 2014 les épisodes d'ivresse au cours de l'année augmentent en particulier chez les jeunes femmes par rapport au baromètre 2010 (2).

De plus les données épidémiologiques nous informent que les femmes des positions socioéconomiques élevées tendent à boire de façon régulière d'avantage que les femmes occupant des positions moins favorisées.

⇒ Cependant aucun article n'est retrouvé sur une éventuelle sous-estimation ou sur un retard diagnostique. Il serait intéressant de savoir si celui-ci existe réellement de façon significative afin de sensibiliser les médecins et soignants à son repérage.

4.2.3 Le RPIB et son application

4.2.3.1 *Le repérage précoce*

Il est estimé que 75 % de la population adulte française rencontre une fois par an au moins le médecin généraliste (44) et que 20 à 30% des adultes consultants ont un problème avec l'alcool (45). Dans la littérature comme dans notre étude, il est mis en évidence la place du médecin généraliste en première ligne lors des complications (physiques / psychologiques / sociales) liées à l'alcool.

Pour envisager de contrôler et de traiter l'alcoolisme, il faut tout d'abord le repérer, le motif de consultation n'étant que très rarement une demande de soin liée à l'alcool. Les dernières recommandations (30) de la SFA préconisent le repérage d'un mésusage de l'alcool chez tout patient, en priorité par le médecin généraliste (grade A).

Le repérage précoce se base sur des questionnaires FACE (retenue en France), DETA, AUDIT, AUDIT C (régulièrement utilisé dans les études internationales) qui évaluent le risque encouru en fonction de la consommation d'alcool. Il peut se faire à l'aide d'un support et permet d'aborder de façon systématique le sujet de l'alcool et ainsi de diminuer les potentielles réticences des médecins et patients (46).

Le questionnaire FACE (Annexe 2) se compose de cinq questions, un score > 4 et > 5 respectivement chez la femme et l'homme représente un mésusage alcoolique, un score > 8 représente une dépendance.

L'AUDIT C (Annexe 3), tient compte à la fois de la fréquence de consommation au cours des douze derniers mois, du volume absorbé un jour de consommation type et de la fréquence des épisodes d'alcoolisation ponctuelle importante. Un score égal ou supérieur à 3 chez la femme et égal ou supérieur à 4 chez l'homme doit faire évoquer un mésusage de l'alcool. Un score égal ou supérieur à 10 chez la femme ou chez l'homme doit faire évoquer une dépendance.

4.2.3.2 L'intervention brève

Après le repérage, la seconde étape est l'intervention brève. Dans la littérature, il a été prouvé que l'intervention brève induit une réduction significative de la consommation moyenne d'alcool (47). Ceci a été repris dans plusieurs méta-analyses, la dernière en 2015 (48) qui portait sur vingt-huit études réalisées dans le monde lors de soins de santé primaire ou soins d'urgence.

L'intervention brève permet de restituer les résultats des questionnaires, d'informer sur les risques et de les évaluer, d'informer sur les méthodes d'arrêt ou de sevrage, d'évaluer la motivation, les attentes du patient. (49). Elle se réalise avec empathie, absence de jugement et respect du choix du patient.

Lors d'une étude en 2006 en France, une majorité de praticiens s'estiment compétents pour prodiguer des conseils de modération mais seuls 35% d'entre eux pensent que leur intervention est efficace (45).

Notre étude ne portait pas spécifiquement sur le repérage mais il a été montré que celui-ci n'était que faiblement utilisé (quatre sur treize médecins). Or celui-ci existe depuis les années 90 et fait régulièrement l'objet de stratégies de promotion dans la prise en charge de l'alcoolisme en France depuis les années 2000.

⇒ Quelles en sont les causes ? Méconnaissance ? Difficulté d'approche ? Manque de temps ? La notion de consultation chronophage a été citée à trois reprises dans notre étude. Il semble nécessaire de poursuivre la médiatisation auprès des médecins généralistes et les formations sur le RPIB.

⇒ L'acte de RPIB doit-il être revalorisé financièrement en médecine générale ?

4.3 Le sevrage ambulatoire

4.3.1 Quelle pratique actuelle ?

Lors de notre étude, la moitié des médecins seulement proposent des sevrages chez des patients alcoolodépendants. Lors de la mise en place de sevrages classiques les médecins suivent les recommandations et introduisent un traitement par benzodiazépine et vitaminothérapie.

La moitié de ces médecins réalisent le sevrage et le suivi seul sans aide extérieure. L'autre moitié est aidée de psychiatres libéraux ou CSAPA. Aucun médecin ne travaille en collaboration avec des infirmiers à domicile. Le suivi varie en fonction des médecins et du risque de complication, d'une à trois fois par semaine pour les patients alcoolodépendants.

Nous notons que le sevrage est de moins en moins proposé et introduit par le médecin traitant, en diminution de 20%. Les jeunes médecins récemment installés ne proposent pas de sevrage classique, cette différence n'apparaît pas vis à vis des traitements pour la réduction de consommation.

Les causes évoquées à cette diminution, dans l'étude sont :

- ⇒ Les échecs de sevrage entraînant une démotivation des médecins à en réaliser à nouveau ;
- ⇒ L'apparition des nouveaux traitements à visée de réduction de la consommation qui semblent être plus facile à mettre en place, apportent plus de résultats et sont ainsi mieux acceptés par les médecins et les patients ;
- ⇒ L'installation des CSAPA qui ont permis de déléguer la prise en charge difficile et chronophage des patients présentant une dépendance à l'alcool.

4.3.2 Le bilan pré-sevrage

Le sevrage en ambulatoire ne se réalise jamais en urgence, ses contre-indications sont : l'isolement social et familial, les comorbidités sévères somatiques ou psychiatriques, la fragilité liée à l'âge, la poly-toxicomanie et la consommation associée de substance psychoactive ancienne et à forte dose (benzodiazépine), le risque de syndrome de sevrage majeur, l'antécédent de délirium ou crises comitiales.

Il s'agit d'un projet préparé, à fin d'augmenter les chances de réussite et de prévenir les complications, un bilan avant sevrage est nécessaire :

- Un bilan clinique : Tension artérielle, fréquence cardiaque, examen abdominal, troubles cognitifs, recherche d'une co-addiction (tabagisme, toxicomanie).
- Un bilan biologique : Numération formule sanguine avec plaquette, bilan hépatique (ASAT, ALAT, GammaGT, phosphatase alcaline), taux prothrombine, albuminémie, transferrine carboxy-déficiente (le plus spécifique), natrémie, kaliémie, glycémie à jeun. Avec accord du patient et si prise de risques : dépistage HIV, hépatite B et C.
- En cas d'anomalie, compléter par un bilan d'imagerie : échographie hépatique, imagerie cérébrale si épilepsie.
- Recherche de comorbidités psychiatriques et évaluation du risque suicidaire.
- Une évaluation sociale : Entourage ? Situation professionnelle actuelle compatible avec un sevrage ? arrêt de travail ? Situation financière ? Situation judiciaire ?
- Confirmer la bonne compréhension du sevrage et éventuelles complications.

Rappel sur les marqueurs biologiques de l'alcoolisme :

Le CDT est le marqueur le plus spécifique et sensible lors de la consommation excessive et régulière d'alcool. L'absence d'anomalies ne permet pas d'éliminer un mésusage, cependant leur dosage peut être utile pour le dépistage et le suivi après sevrage.

	Nom développé	Sensibilité	Spécificité	Augmentation si consommation alcool excessive	Normalisation après sevrage	Prix
GammaGT	Gamma Glutamyl Transferase ou Gamma Glutamyl Transpeptidase	34 à 84%	11 à 85%	2 semaines	2 mois	2,16 €
CDT	carbohydate ou Carboxy Deficient Transferrin	82%	96%	1 semaine	2 à 4 semaines	13,50 €
VGM	Macrocytose mesurée par le Volume Globulaire moyen dans le cadre d'une NFS	15 à 69%	26 à 91%	2 mois	3 mois	9,45 €
Triglycérides						1,89 €
Transaminases		30%	Faible		2 mois	2,70 €

4.3.3 Le sevrage complet

4.3.3.1 Sevrage classique

Protocole de sevrage en ambulatoire selon la conférence de consensus de 1999 (50) :

- arrêt total de toute prise d'alcool dès le premier jour ;
- évaluation du syndrome de sevrage par score de Cushman (51) ;
- prescription d'un arrêt de travail (non systématique) ;
- prescription d'une hydratation orale d'au moins 1,5 litre d'eau par jour, l'hyperhydratation est par contre déconseillée, elle pourrait aggraver une hyponatrémie, elle-même en cause dans l'aggravation du syndrome de sevrage ;
- prescription d'une benzodiazépine à demi-vie longue qui permet de réduire de 10% à moins de 2% les accidents de sevrage. La prescription doit être limitée à 7 jours et doit respecter une décroissance progressive : diazépam, un comprimé de 10 mg toutes les 6 heures (ou 30 mg d'Oxazépam ou 2 mg de Lorazépam ou 15 mg de Chlorazépate) pendant un à trois jours, puis réduction jusqu'à l'arrêt en quatre à sept jours ;
- prescription de vitamine B1 (thiamine) : 2 comprimés de 250 mg par jour pendant 3 semaines ;
- consultations rapprochées pendant la première semaine avec le médecin ; indiquer un numéro de téléphone pour joindre le médecin si nécessaire ;
- suivi à domicile par IDE si possible matin et soir la première semaine.

4.3.3.1.1 La vitamine B1

Une carence en vitamine B1-thiamine secondaire à une intoxication alcoolique chronique peut entraîner une encéphalopathie de Gayet Wernicke, elle-même pouvant évoluer vers un syndrome de Korsakoff. La thiamine est une vitamine hydrosoluble présente dans les viandes, céréales et légumes. Chez le patient alcoolodépendant, la carence est principalement due à la malabsorption, même en l'absence de malnutrition associée. Le syndrome d'encéphalopathie de Gayet-Wernicke n'est fréquemment détecté qu'en post-mortem.

Lors d'un sevrage, dans la littérature, il est actuellement recommandé (guide NICE 2010) de réaliser une supplémentation en vitamine B1 lors de tout sevrage ambulatoire. Or une étude réalisée au Royaume-Uni en 2012 a démontré qu'actuellement des patients identifiés comme à risque d'encéphalopathie de Gayet-Wernicke ne reçoivent pas de traitement adéquat et par conséquent développent des lésions cérébrales qui auraient pu être évitées (52).

La supplémentation est réalisée en per os ou en intraveineux en fonction des risques. Ainsi il est décrit deux groupes :

- Faible risque : Patients sans pathologies associées à la consommation excessive d'alcool, ni dénutrition. Supplémentation par Thiamine 250mg per os.

- Fort risque : Patients présentant un syndrome de sevrage clinique et/ou une hépatopathie et/ou une dénutrition avérée ou à risque (perte de poids dans l'année, anorexie.)
Supplémentation par Thiamine 250mg IV pendant cinq jours puis 250mg per os.

Ce traitement se poursuit jusqu'à une stabilisation neurologique et/ou retour à un état nutritionnel équilibré.

4.3.3.1.2 La vitamine B6

La vitamine B6 est indiquée lors des sevrages, en courte durée à fin de diminuer le risque de convulsions. Sa durée de prescription doit être surveillée par le médecin, en effet donnée sur une longue période, le principal risque est de développer une neuropathie.

Idéalement elle est prescrite en association avec le cofacteur PP (vitamine B3) à fin d'éviter le risque de Pellagre.

4.3.4 La réduction de consommation

La réduction de la consommation se concentre sur les conséquences ou les effets du comportement de consommation (53) et non plus sur l'usage de l'alcool en lui-même.

Dans notre étude 60 % des médecins interrogés utilisent des traitements à visée de réduction de la consommation.

Le Baclofène (Lioseral®) est le traitement le plus utilisé pour la réduction de la consommation, le Nalméfène (Selincro®) étant en deuxième position. Chaque médecin utilise préférentiellement un traitement sur lequel il s'est renseigné ou a suivi une formation, un seul médecin spécialisé en addictologie jongle entre les deux.

Les réticences vis à vis de ces traitements rapportées sont le manque de recul, d'expérience, de preuve d'efficacité, le manque de formation quant à leur utilisation et l'importante prévalence d'effets secondaires.

⇒ Le Baclofène (Lioseral®) semble avoir bénéficié de sa médiatisation ces dernières années, en effet malgré quelques réticences il est le traitement le plus prescrit. A noter que les entretiens de notre étude ont été réalisés avant la controverse d'avril 2018 suite à l'annonce du CSST "Évaluation du rapport bénéfice/risque du Baclofène dans le traitement de patients alcoolodépendants".

4.3.4.1 Nalméfène (Selincro®)

Le Nalméfène (Selincro®) a une action sur le système cérébral de la récompense, antagoniste opioïde. Il est indiqué pour une consommation à risque élevé, sans symptômes physiques de sevrage. La posologie est d'un comprimé par jour une à deux heures avant la consommation d'alcool. Selon l'HAS, avis en 2015 : service médical rendu modéré (54), en effet ce traitement permettrait selon les études une majoration de l'abstinence de trois jours par mois.

4.3.4.2 Quel avenir pour le Baclofène ?

Le Baclofène (Lioseral®), agoniste récepteur GABAB, est un myorelaxant. Les propriétés pharmacologiques du Baclofène, ont conduit à l'étude de son utilisation pour le traitement de la dépendance à l'alcool. Des essais initiaux italiens, ouverts et randomisés ont montré l'efficacité de 30 mg / jour de Baclofène sur la consommation d'alcool et la prévention des rechutes. De plus, en 2008, Dr O. Almeisen a rapporté s'être traité de sa dépendance à l'alcool par Baclofène à doses élevées (120-270 mg / jour), affirmant une suppression prolongée du besoin d'alcool et l'absence de symptômes de dépendance. Depuis le Baclofène a été largement exposé aux médias en France.

Le Baclofène a obtenu une RTU en mars 2014 (55) par l'ASNM dans l'aide au maintien de l'abstinence après un sevrage chez des patients dépendants à l'alcool et en échec des thérapies disponibles, et dans la réduction majeure de la consommation d'alcool jusqu'au niveau faible de consommation tel que défini par l'OMS chez des patients alcoolodépendants à haut risque et en échec des autres thérapies disponibles.

Lors de cette RTU, les posologies recommandées sont : posologie initiale de 15 mg par jour pendant 2 à 3 jours à augmenter progressivement. Au-delà d'une posologie de 120 mg/j : un deuxième avis par un collègue expérimenté dans la prise en charge de l'alcoolodépendance doit être sollicité. La posologie de 300 mg/jour ne doit jamais être dépassée.

Ceci a été modifié suite aux dernières études évaluant le rapport bénéfice/risque de ce traitement.

Un point sur les dernières études françaises :

a. L'étude Alpadir

L'étude Alpadir (Reynaud et al 2017) est un essai multicentrique en double aveugle, versus placebo, en milieu hospitalier. L'objectif de cette étude est d'évaluer l'efficacité de Baclofène à haute dose (180 mg) sur l'abstinence complète pendant vingt semaines (après sevrage et après 3 à 14 jours d'abstinence avant la randomisation). L'étude a porté sur 316 patients. Sur le critère principal aucune différence scientifiquement significative n'a été mise en évidence entre les deux groupes (11,9% sous Baclofène et 10,5% sous Placebo) (56).

b. L'étude Bacloville

L'étude Bacloville est un essai thérapeutique en double aveugle, versus placebo, en milieu ambulatoire (suivis en médecine générale/CSAPA), incluant 320 patients. L'objectif principal est de montrer l'efficacité à un an du Baclofène sur la proportion de patients avec une consommation d'alcool à faible niveau de risque ou nulle. Les résultats déjà présentés à des congrès sont en faveur d'une efficacité supérieure à 20% par rapport au placebo (57).

- Ces deux études présentent des résultats divergents qui pourraient s'expliquer par une dose maximale quasiment doublée de Baclofène dans l'étude Bacloville (300mg/j vs 180mg/j), par des biais de méthodologie et une faible puissance.

c. L'étude de l'INSERM 2017

En 2017, grâce à plusieurs banques de données, l'INSERM révèle les données à partir de 213 000 sujets (entre le premier janvier 2009 et le 31 décembre 2015) sur les risques du Baclofène. Il est noté un profil de sécurité « préoccupant » avec un risque accru d'hospitalisation et de décès qui augmentent avec la dose (58).

- ⇒ Suite à cette étude l'ANSM a décidé de réviser la RTU et ne pas autoriser des doses supérieures à 80mg/j contrairement à la RTU de 2014.

En Avril 2018, le CSST "Évaluation du rapport bénéfice/risque du Baclofène dans le traitement de patients alcoolo- dépendants" prenant en compte ces différentes données, a décidé que l'efficacité du Baclofène était cliniquement insuffisante et a conclu que le rapport bénéfice/risque était négatif. La demande d'AMM a donc été refusée.

Devant ces différents résultats et la décision de l'ANSM, la SFA demande qu'un essai clinique comparatif plus grand et présentant moins de biais soit réalisé afin d'améliorer les connaissances sur le Baclofène, sur sa tolérance et sur son rapport bénéfice/risque (58).

4.3.4.2.1 Diminution de l'appétence et maintien de l'abstinence

4.3.4.2.1.1 L'Acamprosate (Aotal®),

L'Acamprosate est un agoniste GABA, il aide à réduire l'appétence pour l'alcool. Il est indiqué dans l'aide au maintien de l'abstinence, il est notamment utilisé pour son effet neuroprotecteur. Selon l'HAS, avis en 2012 : service médical rendu important.

⇒ Dans notre étude, il semble être moins prescrit depuis l'arrivée des traitements à visée de réduction des risques et n'est prescrit que par des médecins exerçant depuis 20 ans et plus.

4.3.4.2.1.2 Topiramate (Epitomax®)

Le Topiramate est un antiépileptique qui agit sur les voies GABA et glutamatergique, ainsi il diminuerait l'effet de récompense. Une étude réalisée en 2007 (dans JAMA) a montré que le Topiramate était plus efficace que le placebo pour réduire le pourcentage de jours de consommation excessive entre le début et la 14e semaine. Les effets indésirables les plus fréquents ont été: paresthésie, perversion du goût, anorexie et difficulté de concentration (59). Aucun avis de l'HAS sur son indication dans l'alcoolisme.

4.3.4.2.1.3 Naltrexone (Revia®)

Le Naltrexone est un antagoniste opioïde, il permet de réduire l'appétence pour l'alcool en diminuant ses effets plaisants. Selon l'HAS, avis en 2015 : service médical rendu important.

4.3.4.2.1.4 Les autres

- Le Disulfirame (Espéral®) est un médicament à effet antabuse (associé à l'alcool, il provoque des manifestations déplaisantes)
- La Gabapentine (Neurontin®) est un antiépileptique. Une étude américaine de 2014 (60) a montré un intérêt de la Gabapentine versus placebo dans le traitement de la dépendance à l'alcool, à la dose de 1800 mg. Les nombreuses limites de cette étude ne permettant pas de recommander actuellement l'utilisation de la Gabapentine.
- L'Ondansétron (Zophren®), réduirait les risques chez les patients porteurs du gène 5'-HTTLP, à l'origine du transporteur de la sérotonine. Actuellement il n'existe pas dans la littérature de résultat significatif pour cette hypothèse (61).

4.3.5 La prise en charge non médicamenteuse

Le sevrage ambulatoire se compose d'un sevrage physique / médicamenteux et psychologique. Cette phase nécessite un travail d'accompagnement dans une perspective de réadaptation (50). Dans notre étude, l'écoute est ressortie comme l'une des pierres angulaires du traitement de l'alcoolisme par le médecin traitant.

« Nous sommes en première ligne donc un traitement qui peut les aider c'est déjà le dialogue. »

4.3.5.1 Les thérapies

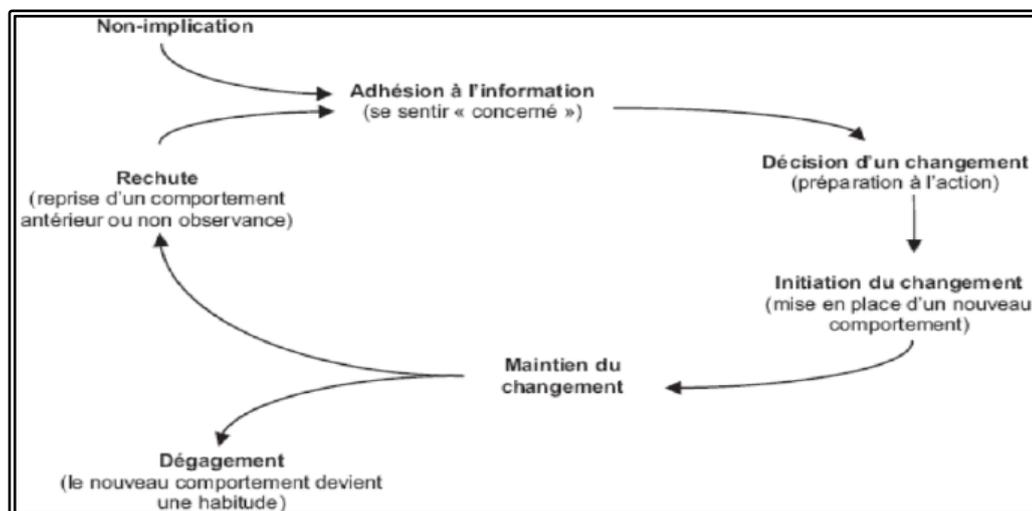
L'étude MATCH (62) concernant plus de 1700 patients américains a démontré que chacune des thérapies était efficace, sans supériorité de l'une par rapport aux autres.

❖ Les thérapies cognitivo-comportementales

Elles aident le participant à se fixer un but et à se récompenser lorsqu'un objectif est atteint. Dans ce traitement, l'alcoolisme est considéré comme une réaction inadaptée qui est devenue le seul moyen de faire face à des situations difficiles. La thérapie consiste à élaborer des techniques afin de modifier ce comportement. Elles occupent actuellement une place importante notamment dans le maintien à long terme du sevrage et sont les thérapies les plus codifiées et évaluées dans l'alcoolodépendance.

❖ La technique de l'entretien motivationnel (EM)

L'entretien motivationnel représente un autre traitement psychologique efficace, il s'appuie sur les différents stades de préparation au changement des conduites addictives. Ces stades sont décrits par le cercle de Prochaska et DiClemente.



Les objectifs de l'entretien motivationnel sont la prise de conscience du problème, d'explorer les ambivalences, de développer la détermination, de déterminer les obstacles aux changements et d'accompagner la décision d'un changement. Ces entretiens doivent être réalisés avec empathie, il est nécessaire d'éviter l'affrontement, de valoriser le patient. En effet la volonté de changement va en partie dépendre des échanges et des entretiens avec son entourage et son médecin. Il est nécessaire lors d'une rechute de dédramatiser et pousser le patient à s'engager à nouveau dans le processus (63).

- ⇒ Il semble important que les médecins traitants connaissent ces différents stades et sachent identifier à quel niveau du parcours se situe leur patient pour pouvoir les aider de façon adaptée.
- ⇒ De plus en sachant que le stade de rechute fait partie du parcours de soin, ceci permettra au médecin de réduire son sentiment de mise en échec.

❖ Les thérapies psychodynamiques

Ces thérapies sont individuelles, interpersonnelles, familiales, elles aident les patients à prendre conscience des difficultés inconscientes jusqu'à présent. La place des psychothérapies dynamiques est discutée, leur utilisation dépendant des orientations personnelles des thérapeutes, mais aussi de la présence éventuelle chez le sujet alcoolodépendant de troubles de la personnalité.

4.3.5.2 Les mouvements d'entraide

Dans la littérature nous retrouvons de nombreuses études qui ont démontré le bénéfice d'une participation à une association d'entraide dans le maintien de l'abstinence. En 2013, une étude utilisant les données du projet MATCH auprès de 226 patients a démontré des effets significatifs sur la réduction de la consommation d'alcool (64). Une étude incluant 3417 personnes en 2006 (65) a démontré que la participation aux Alcooliques Anonymes aide les patients à accepter et à suivre leur traitement plus longtemps.

Cependant du fait de biais de sélection importants ces études sont difficiles d'interprétation.

Nous savons que ces mouvements permettent une identification avec d'autres personnes touchées par la même maladie. Ils permettent aux patients de réfléchir sur leur vécu, sur les situations qui les mettent en difficulté et d'écouter l'expérience des autres. Ces associations permettent de redonner du courage aux patients. Elles sont également à destination de l'entourage du patient et permet à celui-ci d'apprendre, de se protéger et d'accompagner le patient.

En Alsace, les mouvements existants sont Assistance Alcool, Croix bleue, Association des Alcooliques Anonymes, Amis de la Santé, Vie Libre.

Les Alcooliques anonymes (AA) sont les seuls en France à proposer un programme très structuré à tous les patients qui se présentent chez eux. Cependant contrairement aux autres associations tel qu'Assistance Alcool, ils ne proposent pas d'activité sociale (musique, sport, visites de sites, etc.), ces activités ayant le but de recréer des liens sociaux, importants dans le processus de reconstruction.

⇒ Dans notre étude, le sujet des mouvements d'entraide n'a pas été abordé lors des entretiens et les médecins généralistes n'y ont pas fait allusion. Cependant nous pensons que ces mouvements sont un atout majeur lors d'un sevrage en ambulatoire pour le patient et le médecin traitant.

Il serait intéressant de savoir dans quelles mesures les médecins traitants connaissent ces structures et leur travail, et de proposer une collaboration pour optimiser la prise en charge du patient. A noter que la SFA propose une plaquette de présentation des principales associations sur son site.

4.3.5.3 Les aides financières

L'allocation adulte handicapé est de plus en plus difficile à obtenir pour les patients alcoolodépendants, il faut pour cela que la demande soit réalisée par un médecin psychiatre. Les soins en CSAPA sont pris en charge, ceci permettant à tout patient une prise en charge globale avec médecin / psychologue / assistance sociale. A noter qu'il a été cité dans notre étude que le prix d'une consultation chez un psychologue en ambulatoire était un frein pour certains patients souffrant d'alcoolisme. Il n'existe actuellement pas d'autre aide financière.

4.3.6 Les avantages

4.3.6.1 Thérapeutiques

Le principal avantage du sevrage ambulatoire proposé par le médecin traitant est la relation de confiance préexistante.

« Tout ce qui passe par le médecin traitant c'est toujours plus efficace, que ce soit le dépistage, la prévention. »

De plus le suivi est réalisé par le médecin traitant pendant et après le sevrage permettant une régularité et une aide au maintien de l'abstinence. Ceci permet également de lutter contre le nomadisme médical et l'observance aléatoire des différents rendez-vous médicaux et paramédicaux. Le sevrage ambulatoire implique également d'avantage l'entourage (lorsqu'il est présent) à domicile, permettant ainsi le soutien du patient.

4.3.6.2 Vie socio-professionnelle

Ce type de sevrage a l'avantage de permettre une discrétion des soins par rapport à un sevrage hospitalier. Les patients ont la liberté selon leur volonté de poursuivre leur vie professionnelle.

De plus le sevrage s'introduit dans le mode de vie existant, poursuite de la vie familiale et sociale permettant de changer pas à pas ses habitudes contrairement à un sevrage en institution où le retour aux habitudes de vie de façon brutale à la sortie entraîne souvent la rechute.

4.3.6.3 Economique

Un sevrage ambulatoire est 7 à 8 fois moins cher qu'un sevrage hospitalier (66). Il nécessite moins de matériel et est facile d'accès.

⇒ De plus il a été démontré lors d'une thèse en 2011 que les résultats sur la durée moyenne d'abstinence (environ six mois) étaient similaires après un sevrage institutionnel ou ambulatoire (36).

4.3.7 Les freins à sa mise en place

4.3.7.1 Les limites pour les patients

Les limites citées par les patients lors d'études dans la littérature (36) sont la nécessité d'une détermination majeure, les difficultés physiques et psychologiques, le manque d'encadrement opposé à la sécurité ressentie lors des soins hospitaliers.

4.3.7.2 La prévalence des troubles psychiatriques

Nous savons que l'alcoolodépendance est fréquemment associée à des comorbidités psychiatriques (67). En effet un quart des patients hospitalisés en psychiatrie ont présenté ou présenteront un mésusage à l'alcool (68).

Ces troubles ajoutent une difficulté à la prise en charge de ces patients en ambulatoire, qui sont fragiles, peu compliants et souvent résistant aux thérapeutiques proposées.

Il est important pour ces patients de proposer des soins en collaboration avec un psychiatre.

4.3.7.2.1 Dépression

Dans notre étude la dépression associée au mésusage alcoolique a été à plusieurs reprises évoquée par les médecins. En fonction de la situation, certains d'entre eux introduisent un traitement antidépresseur lors de la décision de prise en charge et sevrage. La dépression secondaire à l'alcoolisme est le plus souvent retrouvée chez la femme.

Dans la littérature il est estimé en fonction des études que 40% à 70% des patients alcoolodépendants non abstinents présentent des symptômes dépressifs et il a été démontré que le sevrage induit une amélioration de l'humeur (69). Exemple d'une étude en 1997 réalisée auprès de 2700 patients dépendants à l'alcool lors d'une prise en charge pour sevrage : 40% présentaient des syndromes dépressifs à l'admission contre 4% à un mois d'abstinence sans introduction de traitement antidépresseur (70).

A noter que l'alcoolodépendance est également fréquente chez les patients bipolaires, la consommation d'alcool est alors en générale augmentée lors des phases maniaques.

4.3.7.2.2 L'anxiété

Près de 10 % des patients alcoolodépendants présentent un trouble anxieux, contre 3,7% dans la population générale. La fréquence du trouble panique est de 4,2 % chez les alcoolodépendants et la phobie sociale de 3,2 % (71).

4.3.7.2.3 Les troubles de la personnalité

Les troubles de la personnalité sont fréquemment retrouvés chez les patients alcoolodépendants. Tous les troubles de la personnalité sont touchés mais les personnalités anxieuses sont les plus représentées (évitante, dépendante, obsessionnelle, borderline) (72).

4.3.7.2.4 La schizophrénie

Il est estimé que 20 à 50 % des patients souffrant de schizophrénie présentent un abus ou une dépendance à l'alcool (67).

4.3.7.3 La prévalence des troubles cognitifs

Il a été rapporté dans notre étude la difficulté de prise en charge à domicile des patients présentant une atteinte des fonctions cognitives.

Dans la littérature, nous retrouvons que les troubles cognitifs augmentent le risque de mésusage alcoolique, *1,5 (*Catchement Area Study* (73)).

De plus il a été démontré lors d'une étude multicentrique française en 2018 que l'alcool est un facteur de risque (*3,4 chez la femme et *3,6 chez l'homme) de tout type de démence.

Le dépistage et le sevrage sont d'autant plus difficiles dans cette population lorsque ces patients ne vivent pas en institution. Chez ces patients fragiles, le sevrage se fait en hospitalier.

⇒ Actuellement les solutions apportées sont la lutte contre l'isolement, l'implication des familles et des aides à domicile à fin de réduire voire d'arrêter l'approvisionnement d'alcool à domicile et la substitution de l'alcool par bière ou vin sans alcool.

4.3.7.4 *Les réticences des médecins traitants*

Selon une thèse réalisée en Picardie en 2016 auprès de médecins traitants : le principal frein (cité par 75% des médecins) à la prise en charge de l'alcoolisme est le refus du patient. Les autres limites évoquées sont la difficulté d'aborder le thème de l'alcool, les délais de prise en charge en structure, la méconnaissance des réseaux de soins en addictologie, le manque de temps en consultation, le manque de formation (74).

Selon l'étude Strand 1, les facteurs rendant la prise en charge difficile pour les médecins sont leur manque de légitimité pour poser des questions aux patients sur ce sujet, les réticences des patients, la faiblesse des résultats obtenus par rapport à l'énergie nécessaire (75).

Dans notre étude les réticences retrouvées à la prise en charge thérapeutique de l'alcoolodépendance sont en majeure partie celles déjà citées dans la littérature. La plus fréquente est liée à une mise en échec du médecin secondaire à un investissement important (54%). On retrouve également les difficultés liées au patient (46%) (refus, difficulté d'adhésion), à la prise en charge de l'alcoolisme, la variabilité interindividuelle, le manque de formation et d'expérience.

« L'alcool c'est du cas par cas, il n'y a pas une méthode qui fonctionne et il faut pouvoir s'adapter. »

De plus, spécifiquement au sevrage ambulatoire, les réticences étaient liées aux doutes sur l'efficacité de cette prise en charge (30%) et sur le risque de complications à domicile (15%). Un médecin a cité la peur de drainer une patientèle présentant une dépendance à l'alcool.

⇒ Les freins rapportés par les médecins interviewés expliquent la complexité de la prise en charge des patients présentant une dépendance à l'alcool. Cependant en dehors des retenues liées aux risques de complications à domicile, ces réticences ne sont pas spécifiques au sevrage ambulatoire.

4.3.8 Le syndrome de sevrage

Le syndrome de sevrage de l'alcool ne survient que chez un tiers des patients alcoolodépendants en cas d'arrêt brutal de l'usage d'alcool. La survenue des symptômes est maximale au cours des 72 premières heures mais peuvent se voir jusqu'à 7-10 jours après un arrêt de l'alcool. Le risque de syndrome est évalué à l'aide du Score de Cushman sur 21 points. (Minime entre 0 et 7, moyen entre 8 et 14, sévère entre 15 et 21).

Quels sont ces symptômes ?

1. Des troubles psycho-comportementaux : anxiété, insomnie, cauchemars, irritabilité, agitation psychomotrice
2. Des troubles neurovégétatifs : sueurs, tremblements, tachycardie, hypertension artérielle ;
3. Des troubles digestifs : vomissements, nausées, anorexie, diarrhée.

Ces symptômes sont souvent qualifiés en pratique de « pré-délirium tremens ». A noter que les sueurs et tremblements matinaux sont régulièrement retrouvés le matin chez les patients alcoolodépendants entraînant une consommation d'alcool dès le matin.

En absence de prévention médicamenteuse par benzodiazépine et vitaminothérapie B1-B6, ce tableau peut évoluer vers les complications suivantes :

1. Crise d'épilepsie, le plus souvent généralisée de type tonico-clonique. Absence d'anomalie électroencéphalographique.
2. Le delirium tremens est le signe d'un syndrome de sevrage majeur engageant le pronostic vital. Il associe un syndrome confusionnel, une agitation, un délire onirique, une inversion du rythme nyctéméral, des hallucinations visuelles de type zoopsies, une agressivité ainsi qu'une accentuation des signes physiques de sevrage décrit ci-dessus.
3. L'encéphalopathie de Gayet-Wernicke.

4.3.8.1 Son traitement

4.3.8.1.1 Delirium tremens

1. Hospitalisation au mieux en soins intensifs ou continus, surtout si des pathologies médicales non psychiatriques sont associées.
2. Réhydratation intraveineuse et correction des troubles hydro-électrolytiques. Le traitement d'une hypokaliémie fait appel à l'apport conjoint de potassium et de magnésium. Correction de l'hyperthermie.
3. Traitement vitaminique par vitamine B1 à forte dose avant toute perfusion de sérum glucosé et poly-vitamines.
4. Benzodiazépine à durée de vie longue (diazépam) à haute dose par voie intraveineuse jusqu'à sédation. Il est important de disposer de moyens de réanimation et d'antidote (Flumazénil).
5. Surveillance (constante, hydratation, ionogramme sanguin, créatininémie, phosphorémie).
6. Soins de nursing, Détection et traitement des complications du décubitus (pneumopathie, thrombose...).
7. Le bilan paraclinique initial doit être d'autant plus complet que le facteur déclenchant du DT est inconnu. Il comprend au minimum un ionogramme sanguin avec glycémie et créatininémie, un dosage des CPK, une numération formule sanguine, un bilan d'hémostase, un ECG, une radiographie pulmonaire.

4.3.8.1.2 Les crises convulsives

Les crises convulsives de sevrage ne justifient pas un traitement anti-comitial au long cours.

Le traitement de la crise est avant tout étiologique. Recherche d'un trouble métabolique (hypoglycémie, hyponatrémie, hypoxie), d'une infection cérébro-méningée, d'une intoxication médicamenteuse.

4.3.8.1.3 L'encéphalopathie de Gayet Wernicke

Son traitement repose sur une hospitalisation en urgence et des fortes doses intraveineuses de thiamine. Ce traitement repose sur des données empiriques et les recommandations actuelles internationales sont très hétérogènes sur les posologies à administrer (76).

4.4 Les CSAPA

4.4.1 L'activité

4.4.1.1 Définition et mission

Les CSAPA sont des lieux d'accueil spécialisés mise en place par le plan gouvernemental 2007-2011 de prise en charge et de prévention des addictions. Ce sont des structures à caractère médico-social assurant gratuitement et de façon anonyme une prise en charge pluridisciplinaire (médicale, psychologique, sociale et éducative) et un suivi dans la durée tout au long du parcours de soins des patients. Les CSAPA regroupent des centres auparavant spécialisés en alcoologie ou en toxicomanie.

Les CSAPA se divisent en deux groupes : les structures en ambulatoires (environ 380 en 2014) et les centres avec hébergement (50 en 2014)

Les différentes missions des CSAPA sont (77) :

1. L'accueil, l'information, l'évaluation médicale, psychologique et sociale et l'orientation de la personne concernée ou de son entourage. L'équipe peut également aider au repérage des usages nocifs.
2. La réduction des risques liés à la consommation ou au comportement en cause.
3. La prise en charge médicale (bilan de santé, sevrage) et psychologique (soutien, psychothérapie individuelle ou familiale, groupes de parole).
4. La prescription et le suivi de traitements médicamenteux, dont les traitements de substitution aux opiacés.
5. La prise en charge sociale et éducative, qui comprend l'accès aux droits sociaux et l'aide à l'insertion ou à la réinsertion.
6. L'accueil des jeunes et de leur entourage dans le cadre de Consultations Jeunes Consommateurs (mission non obligatoire).

4.4.1.2 La répartition territoriale

Nous savons que les spécificités territoriales de dispositifs de soins ont un rôle majeur dans le parcours de soins des patients. En effet plus l'offre de soins est complète et accessible, plus celle-ci représente un avantage dans la prise en charge du patient.

Les CSAPA en ambulatoire sont présents dans l'ensemble des départements français. Ils se situent au plus près des patients et réalisent par leur grand nombre (environ 430) un maillage de tout le territoire. Ils permettent une prise en charge de nombreux patients. Le nombre de personnes reçues a augmenté de 10 % entre 2010 et 2014. Ces structures ont accueilli en 2014 environ 288 000 personnes.

En Alsace il existe actuellement entre les services hospitaliers, les CSAPA ambulatoires et résidentiels, les antennes des CSAPA, une trentaine de structures. (Prédominante dans le Bas Rhin.) Néanmoins, malgré cette répartition importante, il a été souligné dans notre étude un délai de rendez-vous et une saturation de certains CSAPA.

De plus deux médecins travaillant dans des zones rurales ont noté un isolement de certains patients lié à une difficulté d'accès à ces structures. Pour ces patients qui présentent des difficultés à se déplacer (perte de permis, isolement social et familial, troubles cognitifs, accidentés) l'accès à ces structures qui se situent en général dans les villes ou centres hospitaliers est problématique. Pour ces patients, la prise en charge en ambulatoire semble la plus adaptée. Cependant un médecin travaillant également en zone rurale ne rapporte pas cette difficulté en mettant en avant l'avantage du réseau de chemin de fer en Alsace. L'Alsace est une des régions de France les mieux desservies mais qu'en est-il dans les autres régions ?

4.4.2 CSAPA et alcool :

L'alcoolisme est l'addiction la plus fréquemment représentée dans les CSAPA. L'alcool est cité par environ la moitié du public des CSAPA, le cannabis par une personne sur cinq, les opiacés (y compris traitements de substitution aux opiacés en mésusage) également par près de une personne sur cinq, le tabac une personne sur vingt. Lors d'une poly-addiction l'alcool est le produit cité comme posant le plus de problèmes pour près de neuf personne sur dix (78).

4.4.3 La relation aux médecins traitants

Dans notre étude, 85% des médecins travaillent ou ont travaillé avec des CSAPA de proximité vis à vis de la dépendance à l'alcool. La majeure partie d'entre eux sont satisfaits des soins réalisés dans ces structures et de la prise en charge complète qu'elle apporte (évaluation / traitement médical / psychothérapie / suivi / soutien.) En effet les CSAPA permettent aux médecins traitants d'être aidés ou de déléguer les patients face auxquels ils se sentent dépassés ou mis en échec et/ou de les aider lors de prise en charge difficile.

Les médecins ne travaillant pas avec les CSAPA dans notre étude mettent en avant une absence de plus-value par rapport au travail pouvant être fait en médecine générale.

La plupart des médecins rapportent de bons contacts et un accès facile lorsqu'il faut joindre les CSAPA pour adresser un patient. Cependant, il ressort de notre étude qu'il est nécessaire de poursuivre l'amélioration de la continuité des soins entre ces structures et les médecins traitants. En effet plusieurs médecins se sentent isolés vis à vis de ces structures et regrettent le manque de retour (courrier, contact téléphonique.) Il serait intéressant d'avoir le point de vue des CSAPA : reçoivent-ils les courriers des médecins traitants lorsqu'on leur adresse un patient ? Sont-ils prévenus lors d'une modification de suivi ? De traitement ?

Nous savons que la communication entre soignants est la pierre angulaire du parcours de soins du patient. Sans celle-ci le suivi adéquat est compromis. Un résultat similaire sur la nécessité d'améliorer les échanges entre CSAPA et médecin traitant avait été retrouvé dans une thèse réalisée en 2016 à Paris sur le recours aux consultations d'addictologie (77).

Pour aller plus loin :

Quel est le rôle du médecin traitant lorsque celui-ci a adressé son patient en CSAPA ? Le médecin doit-il être contacté en premier lors d'une décision de sevrage en ambulatoire ? Le suivi vis à vis de l'alcool doit-il être totalement délégué aux médecins du CSAPA comme c'est le cas pour la plupart des médecins dans notre étude ?

Ce rôle semble encore mal défini ...

4.5 L'équipe pluri-professionnelle

Dans notre étude, en dehors des CSAPA, 70% des médecins interrogés travaillent avec des psychiatres libéraux pour la prise en charge des patients présentant une alcoolodépendance. La principale limite à ce travail en collaboration est l'accessibilité / délai de rendez-vous lorsque les médecins ne connaissent pas spécifiquement un ou des psychiatres avec qui travailler. En effet les psychiatres sont surchargés en libéral et à l'hôpital.

Nous notons dans l'étude comme dans la littérature (77) que la connaissance de l'offre de soins semble inégale. Or plus le médecin connaît ses partenaires spécialisés en addiction, mieux il pourra orienter et traiter le patient et plus il pourra échanger et apprendre.

Par ailleurs dans le cadre d'un sevrage, les médecins traitants rapportent ne faire que peu souvent appel à des infirmiers à domicile par défaut de personnels formés dans ce domaine.

L'étude SAMBA, « évaluation d'un dispositif de pratiques d'infirmières avancées comparé à une prise en charge de référence en médecine générale », est une étude interventionnelle comparative prospective randomisée multicentrique actuellement en cours en France dont l'objectif principal est de démontrer que la délégation protocolisée à un infirmier avancé de la gestion d'un sevrage ambulatoire planifié (SAP) entraîne un taux d'hospitalisation à 15 jours non-inférieur à la gestion du SAP par un médecin généraliste (79).

Cette étude prouve la volonté actuelle de s'orienter vers les sevrages ambulatoires en s'appuyant sur des équipes pluri-professionnelles.

Nous sommes partis de l'hypothèse qu'en entourant le médecin traitant d'une équipe formée (psychiatre et/ou psychologue / infirmiers), celui-ci serait plus apte à prendre en charge les patients présentant une dépendance à l'alcool. En effet le rôle du médecin traitant est de coordonner les soins, il est donc important qu'il fasse partie du réseau.

Par ailleurs, il a été démontré lors d'une étude publiée dans le JAMA en octobre 2017 (80) que les soins en collaboration (définis par des soins incluant une prise en charge psychiatrique (psychiatre/infirmiers) associée au médecin traitant) permettent un accès significativement plus important au traitement (73 [39,0%] vs 32 [16,8%]) et à l'abstinence (32,8% vs 22,3%) à 6 mois par rapport aux soins habituels en santé primaire.

⇒ Dans notre étude, 85% des médecins interrogés sont favorables à cette hypothèse permettant au médecin traitant d'être au centre de la prise en charge. Les avantages cités sont la meilleure adhérence du patient du fait de la relation de confiance préexistante, la plus forte discrétion au cabinet du médecin traitant et la facilité d'accès au sevrage.

4.5.1 L'objectif

L'objectif principal d'une équipe pluri-professionnelle est de permettre la réalisation par le médecin traitant d'un sevrage en ambulatoire, en absence de contre-indication.

En effet cette équipe permet :

- Le maintien à domicile avec soin personnalisé ;
- Une sécurité du soin avec des infirmiers à domicile formés et en lien avec des services hospitaliers si nécessaire ;
- Un délai de prise en charge rapide ;
- Un respect des recommandations de sevrage de la conférence de consensus de 1999 ;
- Un suivi psychiatrique ou psychologique adapté au patient et en lien avec le médecin traitant ;
- Une aide et un accompagnement du médecin traitant lors d'une décision de sevrage ;
- Une valorisation de la place et le rôle du médecin généraliste (81) et ainsi une augmentation de l'implication dans le traitement de l'alcoolisme.

4.5.2 L'exemple du PSAAL

A Lyon, il existe depuis fin 2011 le PSAAL (Programme de Sevrage Ambulatoire Alcool Lyonnais) (82) qui est un outil mis à disposition des médecins généralistes permettant l'accompagnement au cours des sevrages ambulatoires, il vise la sécurité et l'optimisation des moyens thérapeutiques. Il s'appuie sur un réseau d'infirmiers libéraux qui sont formés à l'addictologie et au suivi des sevrages d'alcool en ambulatoire.

4.5.2.1 Les différents acteurs

C'est le médecin généraliste (éventuellement celui des CSAPA / ELSA) qui adresse le patient en consultation avant l'inclusion puis revoit le patient à J3 et J10 du sevrage afin de juger de l'évolution du sevrage. Il reste le médecin prescripteur : bilans biologiques, médicaments, passages infirmiers et arrêt de travail. Des consultations post sevrage à J30, J45, 6 mois et 1 an sont réalisées par le médecin généraliste.

L'infirmier à domicile donne son accord pour le suivi du patient, avec des passages 2 fois par jour les 3 premiers jours puis 1 fois par jour les 7 jours suivants et 1 fois par semaine pendant les 4 semaines qui suivent.

Il évalue et adapte le traitement en fonction du score de Cushman. Il dispense le traitement prescrit, surveille le bon déroulement du sevrage, reste à l'écoute du patient et de son entourage et fait le lien avec les partenaires (83). Un entretien infirmier coordinateur PSAAL est réalisé à J15 post sevrage (83).

Il existe un journal de bord pour le patient et un journal pour la transmission entre les soignants.

4.5.2.2 L'évaluation du PSAAL

En 2017, une thèse (84) a été réalisée afin d'évaluer les résultats des sevrages ambulatoires mis en place par le PSAAL en comparaison aux résultats des sevrages hospitaliers. Les objectifs secondaires étaient d'évaluer l'implication des généralistes dans le suivi secondaire et de rechercher un éventuel changement de pratique en alcoologie.

Les résultats sont comparables à ceux constatés en sevrage résidentiel (1/3 de rechute, 1/3 de reprise de consommation contrôlée, 1/3 de sevrage maintenu). De plus le protocole suivant les recommandations de sevrage a permis de standardiser et d'améliorer la pratique.

Les résultats secondaires sont l'augmentation de la formation des généralistes en alcoologie et la responsabilisation de prise en charge des patients alcoolodépendants. Pour le suivi après l'action du PSAAL, près de 60 % des médecins généralistes ont continué le suivi sur une durée totale de plus de 6 mois.

4.6 L'information sur l'alcoolisme

4.6.1 La formation des médecins traitants

La formation n'est pas le seul facteur justifiant la faiblesse dans la prise en charge de l'alcoolisme. Néanmoins nous avons montré dans notre étude et nous savons dans la littérature (75) que les médecins ayant reçu une formation adaptée assurent de façon plus fréquente une prise en charge des patients alcoolodépendants.

Une étude réalisée en 2010 sur un échantillon de médecins français a montré qu'environ la moitié des médecins généralistes regrettent un manque de formation pour le traitement de l'alcoolisme en cabinet, et ne se sentent pas capables de le prendre en charge (31).

Dans notre étude, tous les médecins participant regrettent un déficit d'enseignement vis à vis de l'alcoolisme. « L'alcool » est cité comme un sujet difficile. Certains souhaiteraient également une meilleure formation des psychologues / infirmiers avec lesquels ils travaillent. Ceci correspondant à la recommandation de la SFA (grade A) : tout professionnel de santé devrait bénéficier d'une formation initiale et/ou continue pour acquérir cette compétence.

Actuellement à l'université un item de l'ECN (N°74) est dédié à l'alcool. Il existe par la suite des DU, DPC, FMC sur le sujet. Cependant ces formations sont optionnelles et dépendantes de la volonté du médecin. En France l'enseignement sur l'alcool ne semble pas être pour l'instant une priorité.

De plus nous avons découvert que la majorité des médecins n'appliquent pas le repérage précoce : par manque de formation / connaissance ? Ceci a également été mis en évidence par un sondage réalisé auprès de médecins généralistes par la Cour des Comptes qui note que deux tiers des médecins généralistes ne connaissent pas le dispositif de repérage et que 2 % seulement le pratiquent de manière formalisée (85).

Un médecin ne connaissait pas le Selincro et plusieurs médecins ont rapporté ne pas introduire de traitement à visée de réduction de risque ni de sevrage classique par défaut de formation.

Dans ce contexte, il semble nécessaire de sensibiliser et de majorer la formation des internes et des médecins généralistes à la prise en charge de l'alcoolisme.

Voici quelques pistes de réflexion :

- ⇒ Augmenter les terrains de stages en structures spécialisées ? Pratiquer des formations au sein des CSAPA pour les médecins généralistes ? Informer par mail ou courrier les médecins traitants des derniers traitements / recommandations ? Informer sur l'efficacité des sevrages ambulatoires ? Définir le rôle du médecin traitant dans la prise en charge de l'alcoolodépendance à fin de faciliter sa prise en charge et de faciliter l'accès à ce « sujet difficile » ? Former les infirmiers libéraux qui le souhaitent au suivi d'un patient présentant un mésusage d'alcool ?

4.6.2 La prévention

Pour lutter contre le mésusage de l'alcool, plusieurs mesures semblent nécessaires telles que limiter l'accès à l'alcool (réduire les points de vente, limiter l'accès pour les jeunes), taxer les boissons alcoolisées proportionnellement au degré, interdire la publicité. Diminuer l'attractivité, informer et prévenir sur les risques.

4.6.2.1 L'impact du médecin traitant

Le principal acteur de la prévention médicale est le médecin traitant. Dans notre étude plusieurs médecins ont mis en évidence l'importance de la relation de confiance médecin-malade et de ce fait l'impact du discours du médecin traitant auprès des patients.

Il est nécessaire que les informations sur les risques soient données auprès de tous les patients sur les effets néfastes de l'alcool au même titre que le tabac et les autres drogues.

4.6.2.2 Les mesures du gouvernement, insuffisantes ?

Le gouvernement a un rôle évident dans la prévention et la promotion de la santé. En effet il permet grâce aux mesures prises de sensibiliser la population et de diminuer les risques liés à l'alcool. Un exemple : la nette diminution des accidents de la route depuis la diminution du taux d'alcoolémie légale au volant associé à des mesures de sécurité routière (de 1994 à 2016, moins 44% d'accident mortels liés à l'alcool (86)).

Cependant selon le rapport de la Cours des Compte de 2016 sur « les politiques de lutte contre les consommations nocives d'alcool » (85) les mesures gouvernementales liées à l'alcool ne sont pas suffisantes et celle-ci appellent à une prise de conscience collective et proposent un cadre d'action aux objectifs clairs.

4.6.2.2.1 Les principales dates historiques de la législation de l'alcool

1959 : Ordonnance n° 59-107 : interdiction de la vente d'alcool à des mineurs.

1991 : Loi Evin redéfinit la réglementation sur la publicité en interdisant la propagande ou la publicité directe ou indirecte en faveur des boissons alcooliques

2003 : Mesures contre l'alcool au volant : Entre 0,5 et 0,79 g/l, le contrevenant perdra six points sur son permis. Au-delà de 0,8 g/l, le véhicule est immobilisé, le permis est retiré.

2009 : Loi HPST du 21 juillet 2009 : interdiction des open bars, obligation de formation pour vendre de l'alcool à emporter la nuit, restriction des horaires de vente dans les stations-service (de 8h à 18h contre 6h à 22h auparavant), interdiction de vente des boissons alcooliques réfrigérées dans les stations-service.

2015 : L'alcoolémie tolérée pour les jeunes conducteurs passe à 0,2g/l, ce qui signifie l'interdiction totale de boire avant de conduire.

4.6.2.2.2 Le plan gouvernemental 2013-2017

La prévention était un des axes du dernier plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017 (6), les actions proposées étaient : (liste non exhaustive)

- 1) de valoriser et renforcer les stratégies de prévention,
 - ⇒ En créant une commission interministérielle de prévention des conduites addictives, en agissant sur l'environnement (quartier, famille), en promouvant le repérage précoce et l'intervention brève, en renforçant les partenariats entre les mondes professionnels/éducatifs et les dispositifs médico-sociaux.
- 2) de prévenir dans le monde du travail,
 - ⇒ En modifiant le code du travail relatif à l'alcool sur les lieux de travail (pour la mise en place de mesures de limites de consommation d'alcool), en améliorant **les connaissances des effets de l'alcool sur la sécurité/la santé et les relations de travail.
- 3) d'accroître l'impact des campagnes de communication
 - ⇒ En prenant en compte les spécificités des jeunes dans l'élaboration et la diffusion des messages, en favorisant la prise de conscience des risques sanitaires et sociaux chez les femmes, en particulier lors de la grossesse.

Le nouveau plan gouvernemental 2018-2022 n'est pas encore disponible.

4.6.2.2.3 Les campagnes nationales

Actuellement les campagnes nationales sur les risques d'un mésusage d'alcool sont pour la majeure partie liés à la consommation excessive d'alcool au volant ou ciblant la consommation chez les jeunes. Il semble important de sensibiliser la population par des campagnes à tous les risques liés à la consommation excessive d'alcool.

Y a-t'il actuellement des campagnes mettant en avant les nouvelles recommandations de l'OMS pour la consommation d'alcool ? Pour le tabac, il a été mis en place la campagne « un mois sans tabac », qu'en est-il pour l'alcool ? Par ailleurs, nous pouvons citer les assouplissements de l'encadrement de la publicité des boissons alcoolisées, il existe actuellement sur tout le territoire des affichages publicitaires incitant à la consommation d'alcool que nous pouvons mettre en parallèle avec les affichages de prévention sur les méfaits du tabac.

Les campagnes se heurtent encore à des lobbies en France. Nous pouvons citer l'exemple de la campagne en 2017 de l'institut national du cancer s'intitulant « Réduire sa consommation d'alcool diminue le risque de cancers. Franchement c'est pas la mer à boire. » Par la suite le lobby du vin s'était indigné du fait de la présence d'un tire-bouchon sur l'affiche et avait interpellé le Président pour le retrait de ce visuel.

4.6.2.2.4 Le rapport de la cour des comptes 2016

Selon la Cour des Comptes (85) plusieurs problématiques liées à l'insuffisance des mesures sont actuellement en rapport avec un défaut de prévention de l'alcoolisme en France.

Il est par ailleurs noté que ces dernières années le dépistage de l'alcool au volant régresse, du fait des contraintes pesant sur les forces de sécurité et de la lourdeur de la procédure. A noter une légère augmentation du nombre de décès au volant lié à une consommation excessive d'alcool en 2015-2016 selon l'OFDT.

De plus contrairement à ce qui était souhaité, la taxation des boissons alcoolisées n'est pas strictement proportionnelle à la teneur en alcool. Le vin représente ainsi 58 % de la consommation et seulement 3,6 % des droits d'accise.

⇒ Les recommandations de ce rapport proposent de faire du problème d'alcool en France une réelle priorité de santé publique. Comment ? Le premier pas nécessaire semble être d'agir sur l'information auprès de la population.

4.6.2.2.5 Les propositions de l'ANPAA

En avril 2018, l'ANPAA (addictologues, pneumologues, spécialistes de santé publiques, nutritionniste etc.) a écrit une lettre ouverte au gouvernement afin de proposer dix mesures afin de d'améliorer l'information relative à l'alcool (87):

1. Indiquer sur les contenants la quantité en grammes d'alcool et de sucre, le nombre de calories de manière claire, lisible et contrastée.
2. Faire figurer sur les contenants et sur toute publicité pour une boisson alcoolisée un pictogramme clair, visible et contrasté marquant la contre-indication de toute consommation aux femmes enceintes.
3. Inscrire sur les contenants et sur toute publicité pour une boisson alcoolisée la mention "l'alcool est dangereux pour la santé" de manière claire, lisible et contrastée.
4. Interdire sur tout support toutes les mentions supplémentaires non légales du type "à consommer avec modération".
5. Interdire la publicité pour l'alcool conformément aux dispositions initiales de la loi Evin (interdiction de la publicité directe et indirecte dans les supports qui s'imposent à tous, forme réglementée sur tous les autres supports autorisés), et l'étendre au numérique (Internet, réseaux sociaux).
6. Diffuser les repères de consommation de l'avis d'experts de Santé publique France au travers de campagnes publiques multimédias et de tous les documents publics concernant l'alcool.
7. Taxer l'alcool proportionnellement au contenu en grammes d'alcool et définir un prix minimum de vente par unité d'alcool pour toutes formes d'alcool.
8. Mettre en œuvre et prendre en charge la prévention, le repérage précoce et l'intervention brève des consommateurs par les médecins, ainsi que le traitement des malades de l'alcool dans l'ensemble du système de soin.
9. Financer une recherche indépendante par la création d'un fonds alcool abondé par les taxes sur l'alcool et sur les bénéfices des industriels de l'alcool.
10. Publier un rapport parlementaire biennal évaluant la mise en œuvre et l'application de ces nouvelles mesures ainsi que l'application des textes existants dont les interdictions de la vente d'alcool aux mineurs, les "open bars" concernant tous les types de boissons alcoolisées, le sponsoring des soirées jeunes et toutes formes de parrainages sportifs et culturels... par des fabricants ou distributeurs de boissons alcoolisées.

⇒ Le plan gouvernemental, le rapport de la cour des comptes, les propositions de l'ANPAA entrent dans une démarche de prévention et d'information auprès de la population. Ces différentes réflexions sont encourageantes pour la prise en charge du mésusage d'alcool en France cependant sans l'application médicale et gouvernementale de ces mesures, la prévention ne pourra être efficace dans notre société.

4.6.3 Les représentations sociales

4.6.3.1 *L'alcool en France*

L'alcool est socialement et culturellement ancré en France et particulièrement en Alsace par sa religion, sa viticulture, sa culture, sa place dans les relations sociales qu'elles soient privées ou professionnelles. En effet en France, l'alcool est une drogue « de sociabilisation », elle est présente dans tous les fêtes, repas de famille, dîner d'affaires, gastronomie, elle est synonyme de convivialité et de plaisir. De plus, l'alcool est encore dans certains milieux une marque de virilité. (Exemple cité par un médecin interviewé d'une femme qui se vantait de boire plus que son époux). De ce fait, modifier sa représentation est difficile, cependant les choses évoluent doucement et la multiplication des dernières publications et recommandations le prouvent.

4.6.3.2 *Le poids économique de l'alcool*

Le chiffre d'affaires des boissons alcoolisées vendues (marché intérieur et export) représente en 2011, en France, 22,1 milliards d'euros. La consommation d'alcool génère également des recettes fiscales sous forme de TVA, des droits de consommations et de cotisations sociales. Selon les associations (la filière vitivinicole et l'association des brasseurs de bière et la fédération française des spiritueux) la production et la vente d'alcool sont à l'origine de 721 000 emplois (directs et indirects) en France (88).

4.6.3.3 *Quelle image dans le milieu médical ?*

Il a été démontré dans notre étude et dans la littérature (89) qu'il existait de fortes représentations personnelles des médecins vis à vis de l'alcool, du patient alcoolodépendant et de son traitement. Les adjectifs / descriptions qui ont été associés aux patients présentant un problème de consommation d'alcool sont : *homme, coupable, honteux, alcoolo, isolé, faible niveau socio-économique, n'ont pas une super volonté, sont bien comme ils sont, ne se rendent pas compte.*

Ces représentations sont liées en partie aux représentations dans la société mais également et de façon importante aux représentations véhiculées durant nos études.

⇒ Il est intéressant de se remettre en question sur la façon dont les patients alcoolodépendants sont présentés et reçus par l'équipe médicale et paramédicale dans les services et aux urgences.

Dans notre étude, un médecin a permis de mettre en évidence l'ambivalence qui existait lors de ses études et qui existe toujours au sein de la médecine, en citant deux de ses professeurs :
« Je me souviens pendant mes études, un professeur-psychiatre qui avait commencé son cours en disant il faut que vous appreniez quelque chose de très important avec l'alcool, il faut que vous transmettiez au patient la notion que c'est une maladie. Ce qui veut dire qu'il y a des traitements et que l'on peut en guérir. Et il a développé son cours par rapport à ça. Un autre professeur-interniste nous a dit je vais vous expliquer une chose fondamentale concernant l'alcoolisme, il faut que le patient comprenne que ce n'est pas une maladie, que c'est dans sa tête, c'est fonction de sa volonté. »

Ceci est également perçu dans notre étude, effectivement pour plusieurs médecins convaincus de l'importance du dépistage, de la réduction de la consommation et du sevrage. D'autres sont persuadés que le patient est le frein principal à la prise en charge.

De plus le sevrage est souvent étiqueté comme inefficace par les médecins, ceci étant probablement lié aux rechutes fréquentes, qui nous le savons font partie du soin.

En dehors des représentations dans le domaine médical, chaque médecin a sa relation avec l'alcool, son vécu personnel. Afin de ne pas banaliser la consommation d'alcool de ses patients, il serait souhaitable de réaliser dans un premier temps un travail sur sa propre consommation d'alcool.

Toutes ces représentations contribuent à rendre l'alcoolisme une addiction cachée. Il est important de promouvoir l'information / la formation pour permettre la modification / l'évolution des représentations sociales. De plus le médecin doit être convaincu des recommandations et de leur utilité afin de les suivre.

⇒ Afin de permettre une prise en charge optimale de ces patients, ne faut-il pas commencer par modifier les connaissances des médecins et personnels soignants vis à vis de cette pathologie et de ses traitements ? Ceci ne devrait-il pas être expliqué dès le premier cycle d'étude médicale ?

« Beaucoup de chose à faire entrer dans les mœurs et l'esprit des gens ».

5 Conclusion

En France, la proportion de patients alcoolodépendants consultants en médecine générale est doublée par rapport à la population générale. Le médecin traitant est le premier acteur de la prévention, du dépistage, de la proposition de prise en charge thérapeutique et de la coordination des soins.

Nous nous sommes intéressés à la place du sevrage ambulatoire en médecine générale. Dans notre étude, celui-ci est proposé par seulement la moitié des médecins.

Les freins exposés à sa mise en place sont : la mise en échec du médecin faisant suite à un investissement important (54%) ; les difficultés liées au patient (46%) (déli, refus de soins, difficulté d'adhésion, comorbidités associées) ; les doutes sur l'efficacité des thérapeutiques (30%) ; les risques de complications à domicile (15%).

Nous notons que le sevrage ambulatoire est de moins en moins proposé et introduit par les médecins traitants, les jeunes médecins récemment installés ne le proposent d'ailleurs jamais. Les causes évoquées sont l'installation des CSAPA, qui permettent la prise en charge difficile et chronophage des patients alcoolodépendants et l'arrivée des nouveaux traitements à visée de réduction de la consommation, qui sont actuellement recommandés et apparaissent comme une solution plus facile à mettre en place en comparaison au sevrage.

Le Baclofène (Lioseral®) semble d'ailleurs avoir bénéficié de sa médiatisation ces dernières années, en effet malgré quelques réticences il est le traitement le plus prescrit, avant le Selincro (Nalméfène®). Cependant ces données ont été recueillies avant le CSST du Baclofène (Lioseral®) d'avril 2018.

Par ailleurs, cette étude souligne la nécessité d'accompagnement des médecins traitants face à la complexité de la prise en charge du patient alcoolodépendant. Les structures d'addictologie existantes sont une aide déjà bien installée. Néanmoins il est important d'établir le rôle du médecin traitant lorsqu'un patient est adressé à une structure spécialisée et de poursuivre l'amélioration des processus de continuité des soins.

De plus, 85% des médecins interrogés sont favorables à la mise en place d'une équipe pluridisciplinaire formée (infirmiers, psychologues, psychiatres) qui permettrait d'encadrer le sevrage et de valoriser la place centrale du médecin traitant et ainsi d'augmenter la responsabilisation de prise en charge des patients alcoolodépendants.

Il paraît également essentiel de rappeler et de ne pas sous-estimer l'importance de la prise en charge psycho-sociale associée (mouvements d'entraides, thérapies etc.) lors d'un sevrage.

Nous avons vu que le poids des représentations sociales et personnelles liées à l'alcool et à l'alcoolisme dans la société et surtout dans le milieu médical, est un facteur limitant à sa prise en charge. Il en résulte l'intérêt d'améliorer l'application des mesures de prévention et d'information auprès de la population générale.

Par ailleurs, on note un réel déficit de formation des médecins traitants vis à vis de l'alcoolisme. Dans ce contexte, il semble nécessaire de sensibiliser et de majorer la formation des internes et des médecins généralistes à la prise en charge de l'alcoolisme. D'augmenter les terrains de stages en structures spécialisées ? De pratiquer des formations au sein des CSAPA pour les médecins généralistes ? De revaloriser les actes de RPIB et de sevrage ambulatoire ?

La promotion du sevrage ambulatoire passera par la modification des perceptions actuelles, l'amélioration de la formation auprès des médecins traitants, l'établissement d'un rôle défini pour ceux-ci. A noter qu'une évolution est en cours. La multiplication des dernières études, publications et recommandations le prouvent.



RESUME

Introduction :

Actuellement il est estimé que moins de 10% des patients alcoolodépendants bénéficient d'un traitement chaque année en France. Les médecins généralistes ont une place stratégique pour dépister et proposer une prise en charge thérapeutique. Il existe actuellement peu d'étude sur le sevrage ambulatoire, or nous pensons que celui-ci représente le premier pas nécessaire à la prise en charge de la dépendance alcoolique en médecine générale.

Méthode : Nous présentons ici une étude qualitative réalisée à l'aide d'entretiens individuels semi-structurés, auprès de 13 médecins traitants, de juin à novembre 2017.

Résultats : Dans notre étude, le sevrage ambulatoire est proposé par seulement la moitié des médecins. Les freins exposés à sa mise en place sont : la mise en échec du médecin faisant suite à un investissement important (54%) ; les difficultés liées au patient (46%) (déli, refus de soins, difficulté d'adhésion, comorbidités associées) ; les doutes sur l'efficacité des thérapeutiques (30%) ; les risques de complications à domicile (15%).

Par ailleurs, cette étude souligne la nécessité d'accompagnement des médecins traitants face à la complexité de la prise en charge du patient alcoolodépendant. Les structures d'addictologie existantes sont une aide déjà bien installée, cependant le rôle du médecin traitant nécessite d'être mieux défini. 85% des médecins interrogés sont favorables à la mise en place d'une équipe pluridisciplinaire formée (infirmiers, psychologues, psychiatres) qui permettrait d'encadrer le sevrage et de valoriser la place centrale du médecin traitant. Par ailleurs, nous notons un déficit de formation des médecins vis à vis de l'alcoolisme.

Conclusion : Le sevrage ambulatoire est de moins en moins proposé par les médecins traitants. Sa promotion passera par la modification des perceptions actuelles, l'amélioration de la formation, l'accompagnement et la valorisation de la place centrale du médecin traitant.

ABSTRACT

Introduction : Currently it's estimated that less than 10% of alcohol-dependent patients profits from a treatment each year in France. General practitioner have a strategic place to detect and propose a therapeutic care. Only a few studies about ambulatory withdrawal exists, we think it represents the first necessary step to the therapeutic care of alcoholism in general medical practice.

Method : It's a qualitative study done on the basis of semi-directive interviews of 13 general practitioner, from June to November 2017.

Results : In our study, alcoholic ambulatory withdrawal is proposed by only half of the doctors. The cited reluctance to do it are : the doctors failure following an important investment (54%) ; patient's difficulties (46%) (denial, refusal of care, difficulty of adhesion, comorbidities associated) ; doubts about the effectiveness of therapeutic (30%) ; risks of complications in ambulatory care (15%). Furthermore, this study shows the need of accompaniment for general practitioner in the complexity therapeutic care of alcohol-dependent patients. Currents structures in addictology are a significant support, however the role of the general practitioner requires to be better defined. 85% of the doctors are favourable to a trained multi-professional team (nurses, psychologists, psychiatrists) which would help to coordinate withdrawal and to develop the central places of general doctor. We notice a deficit in the training of doctors about therapeutic care of alcoholism.

Conclusion : Ambulatory withdrawal is less and less proposed by general practitioner. Its promotion will require modification of current perceptions, training's improvement, the accompaniment and the valorization of the central place of the general practitioner.

BIBLIOGRAPHIE

1. World Health Organization. Global status report on alcohol and health. 2014.
2. Richard J-B, Palle C, Guignard R, Nguyen-Thanh V, Beck F, Arwidson P. La consommation d'alcool en France en 2014. Avril 2015;(32).
3. Coble YD, Davis RM, Head CA, Howe JP, Karlan MS, Kennedy WR, et al. Alcoholism in the Elderly. JAMA. 13 mars 1996;275(10):797-801.
4. Observatoire française des drogues et des toxicomanies. Rapport national 2014 (données 2013) à l'EMCDDA par le point focal français du réseau Reitox. 2014.
5. NIH [Internet]. Disponible sur: <https://www.niaaa.nih.gov/alcohol-health/overview-alcohol-consumption/moderate-binge-drinking>
6. Plan gouvernemental de lutte contre la drogue et les conduites addictives.2013-2017. www.drogues.gouv.fr.
7. Schwarzwinger M, Pollock BG, Hasan OSM, Dufouil C, Rehm J, Baillot S, et al. Contribution of alcohol use disorders to the burden of dementia in France 2008–13: a nationwide retrospective cohort study. Lancet Public Health. 1 mars 2018;3(3):e124-32.
8. Les médecins généralistes ont une place centrale dans le dispositif de soins aux personnes dépendantes de l'alcool. Société Française d'Alcoologie. 2014.
9. Rapport national OFDT 2014 - OFDT [Internet]. [cité 17 mai 2018]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/publications/collections/rapports/rapports-nationaux/rapport-national-ofdt-2014/>
10. Paille F, Reynaud M. L'alcool une des toutes premières causes d'hospitalisation en France. février 2015;
11. (Expertise collective). Médicaments psychotropes : Consommations et pharmacodépendances. Inserm. Paris; 2012.
12. Weiss F, Parsons LH, Schulteis G, Hyytiä P, Lorang MT, Bloom FE, et al. Ethanol self-administration restores withdrawal-associated deficiencies in accumbal dopamine and 5-hydroxytryptamine release in dependent rats. J Neurosci Off J Soc Neurosci. 15 mai 1996;16(10):3474-85.
13. Talani G, Lovinger DM. Interactions between ethanol and the endocannabinoid system at GABAergic synapses on basolateral amygdala principal neurons. Alcohol Fayettev N. déc 2015;49(8):781-94.
14. modulations de la réponse GABA-A : l'alcool [Internet]. [cité 25 mars 2018]. Disponible sur: <http://neurobranches.chez-alice.fr/neurophy/aainhib4.html>
15. Stojakovic A, Walczak M, Cieślak PE, Trenk A, Sköld J, Zajdel J, et al. Several behavioral traits relevant for alcoholism are controlled by $\gamma 2$ subunit containing GABA receptors on dopamine neurons in mice. Neuropsychopharmacol Off Publ Am Coll Neuropsychopharmacol. 5 févr 2018;
16. De Waard M, Strube C, Villaz M. Canaux calciques et complexe SNARE en interaction pour l'exocytose des neurotransmetteurs. 1998;
17. Newton PM, Zeng L, Wang V, Connolly J, Wallace MJ, Kim C, et al. A blocker of N- and T-type voltage-gated calcium channels attenuates ethanol-induced intoxication, place preference, self-administration, and reinstatement. J Neurosci Off J Soc Neurosci. 5 nov 2008;28(45):11712-9.
18. Varodayan FP, Logrip ML, Roberto M. P/Q-type voltage-gated calcium channels mediate the ethanol and CRF sensitivity of central amygdala GABAergic synapses. Neuropharmacology. oct 2017;125:197-206.

19. Mottet D, Castronovo V. Les histones désacétylases: Nouvelles cibles pour les thérapies anti-cancéreuses. *médecine/sciences*. août 2008;24(8-9):742-6.
20. Pandey SC, Kyzar EJ, Zhang H. Epigenetic basis of the dark side of alcohol addiction. *Neuropharmacology*. 1 août 2017;122:74-84.
21. Bohnsack JP, Hughes BA, O'Buckley TK, Edokpolor K, Besheer J, Morrow LA. Histone deacetylases mediate GABAA receptor expression, physiology, and behavioral maladaptations in rat models of alcohol dependence. Springer Nature. février 2018;
22. Kamat PK, Mallonee CJ, George AK, Tyagi SC, Tyagi N. Homocysteine, Alcoholism, and Its Potential Epigenetic Mechanism. *Alcohol Clin Exp Res*. déc 2016;40(12):2474-81.
23. Pinto E, Anseau M. Facteurs génétiques de l'alcool-dépendance. *L'Encéphale*. oct 2009;35(5):461-9.
24. Zuo L, Lu L, Tan Y, Pan X, Cai Y, Wang X, et al. Genome-wide association discoveries of alcohol dependence. *Am J Addict*. déc 2014;23(6):526-39.
25. Samochowiec J, Samochowiec A, Puls I, Bienkowski P, Schott BH. Genetics of alcohol dependence: a review of clinical studies. *Neuropsychobiology*. 2014;70(2):77-94.
26. Blum K, Noble EP, Sheridan PJ, AA M, Ritchie T, Jagadeeswaran P, et al. Allelic association of human dopamine D2 receptor gene in alcoholism. *JAMA J Am Med Assoc*. 1 mai 1990;263:2055-60.
27. Foll BL, Gallo A, Strat YL, Lu L, Gorwood P. Genetics of dopamine receptors and drug addiction: a comprehensive review: *Behav Pharmacol*. févr 2009;20(1):1-17.
28. Schumann G, Liu C, O'Reilly P, Gao H, Song P, Xu B, et al. KLB is associated with alcohol drinking, and its gene product β -Klotho is necessary for FGF21 regulation of alcohol preference. *Proc Natl Acad Sci*. 13 déc 2016;113(50):14372-7.
29. Rehm J, Allamani A, Elekes Z, Jakubczyk A, Manthey J, Probst C, et al. Alcohol dependence and treatment utilization in Europe – a representative cross-sectional study in primary care. *BMC Fam Pract [Internet]*. 29 juill 2015 [cité 5 janv 2017];16. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4518612/>
30. Aubin PH-J, Gillet C, Rigaud A. Mésusage de l'alcool dépistage, diagnostic et traitement. *Alcoologie Addictologie*. 2015;37(1):5–84.
31. Wilson GB, Lock CA, Heather N, Cassidy P, Christie MM, Kaner EFS. Intervention against Excessive Alcohol Consumption in Primary Health Care: A Survey of GPs' Attitudes and Practices in England 10 Years On. *Alcohol Alcohol*. 1 sept 2011;46(5):570-7.
32. Kaner EF, Wutzke S, Saunders JB, Powell A, Morawski J, Bouix JC, et al. Impact of alcohol education and training on general practitioners' diagnostic and management skills: findings from a World Health Organization collaborative study. *J Stud Alcohol*. sept 2001;62(5):621-7.
33. Benkiran L. Le médecin généraliste face aux principales addictions aux produits (tabac, alcool, cannabis, opiacés, cocaïne): freins au repérage et à la gestion dans la pratique courante: enquête qualitative réalisée auprès de 20 praticiens de la région PACA. [Faculté médecine de Nice]; 2014.
34. Wallace P, Cutler S, Haines A. Randomised Controlled Trial of General Practitioner Intervention in Patients with Excessive Alcohol Consumption. *BMJ (Clinical Research Ed.)*; 1988.
35. Terrade P. Attentes des patients alcool-dépendants vis à vis de leur médecin généraliste avant et après sevrage. [Poitiers]; 2009.
36. Marchal I. Evaluation du sevrage ambulatoire chez les patients dépendants à l'alcool [Internet]. [Poitiers]; 2011. Disponible sur: j:hjk
37. Alcool & Santé [Internet]. Inserm. [cité 7 juill 2018]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/alcool-sante>

38. atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf [Internet]. [cité 19 avr 2018]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf
39. Halfen S, Vongmany N, Gremy I. Enquête alcool auprès des patients de médecins généralistes libéraux en Ile-de-France. 2002.
40. Anderson P, Baumberg B, McNeill A. Alcohol in Europe. Report to the European Commission. 2005.
41. Menecier P, Rotheval L, Plattier S, Fernandez L, Ploton L. Le déni en alcoologie, à travers ce qu'il n'est pas. *Drogue Santé Société*. 2016;15(2):39-59.
42. Charon F, Van Woensel G. Le déni: un symptôme de l'alcoolisme. *Rev Médecine Générale*. 2000;170:58.
43. Charrel C-L, Cuervo-Lombard C-V, Miron M, Fruntes V, Béra-Potelle C, Limosin F. Alcohol Dependence in Women: Difficulty of Its Assessment in General Practice. *J Womens Health*. 21 janv 2010;19(2):343-8.
44. Michaud P, Batel P. Consommations d'alcool à risque ou à problèmes et interventions brèves. *Gastroenterol clin biol* 2002;26(Suppl):B158-62.
45. Milhet M, Diaz Gomez C. Alcoolisations excessives et médecine de ville. La promotion du Repérage précoce et de l'intervention brève. 2006.
46. Caillaud F. Repérage d'une consommation d'alcool à risque en médecine générale : acceptabilité et intérêt de l'utilisation d'un outil. [Faculté de médecine Limoges]; 2014.
47. Dr. Couzigou. Intervention brève en alcoologie. Hôpital Haut-Lévêque. Service d'hépatogastro-entérologie.
48. Elzerbi C, Donoghue K, Drummond C. A comparison of the efficacy of brief interventions to reduce hazardous and harmful alcohol consumption between European and non-European countries: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Addict Abingdon Engl*. juill 2015;110(7):1082-91.
49. HAS. Outil d'aide au repérage précoce et intervention brève : alcool, cannabis, tabac chez l'adulte. 2014.
50. Objectifs, indications et modalités du sevrage du patient alcoolo-dépendant. Conférence de consensus. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé; 1999.
51. Robert P. Utilisation de la grille de Cushman dans le sevrage simple de l'alcool. Institut Robert Debré.
52. Thomson A, Marshall J, Bell D. Time to act on the inadequate management of Wernicke's Encephalopathy in the UK. *Alcohol and alcoholism* Vol 48, No 1, pp, 4-8. 2013.
53. Marlatt G, Witkiewitz K. Harm reduction approaches to alcohol use: health promotion, prevention, and treatment. *Addict Behav*. 2002 déc;27(6):867 – 86.
54. Selincro (nalméfène), antagoniste opioïde. Progrès thérapeutique mineur pour réduire la consommation d'alcool. HAS; 2013.
55. RTU baclofène : Premières données collectées et rappels sur les modalités de prescription - Point d'information - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. [cité 19 mai 2018]. Disponible sur: <http://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/RTU-baclofene-Premieres-donnees-collectees-et-rappels-sur-les-modalites-de-prescription-Point-d-information>
56. Reynaud M, Alpadir. Essai multicentrique en double aveugle versus placebo évaluant l'efficacité de Baclofène à hautes doses chez des patients ayant une dépendance à l'alcool. 2017.
57. Jaury P. Bacloville. présentation des résultats de la première étude randomisée en double aveugle multicentrique en milieu ambulatoire du baclofène versus placebo chez des sujets dépendants à l'alcool. 2014.

58. Naassila M, Paille F. Baclofène et consommation d'alcool : que peut-on en dire en 2018 ? Société française d'alcoologie; 2018.
59. Johnson BA, Rosenthal N, Capece JA, Wiegand F, Mao L, Beyers K, et al. Topiramate for treating alcohol dependence: a randomized controlled trial. *JAMA*. 10 oct 2007;298(14):1641-51.
60. Mason BJ, Quello S, Goodell V, Shadan F, Kyle M, Begovic A. Gabapentin Treatment for Alcohol Dependence: A Randomized Controlled Trial. *JAMA Intern Med*. 1 janv 2014;174(1):70-7.
61. Kenna GA, Zywiak WH, Swift RM, McGeary JE, Clifford JS, Shoaff JR, et al. Ondansetron reduces naturalistic drinking in nontreatment-seeking alcohol-dependent individuals with the LL 5'-HTTLPR genotype: a laboratory study. *Alcohol Clin Exp Res*. juin 2014;38(6):1567-74.
62. Matching Alcoholism Treatments to Client Heterogeneity: Project MATCH posttreatment drinking outcomes. *J Stud Alcohol*. janv 1997;58(1):7-29.
63. Aubin HJ, Meunier M, Berghout C. Les thérapies cognitivo-comportementales de l'alcoolisme. *La lettre de l'hépatogastroentérologue*; 2004.
64. Pagano ME, White WL, Kelly JF, Stout RL, Tonigan JS. The 10-year course of Alcoholics Anonymous participation and long-term outcomes: a follow-up study of outpatient subjects in Project MATCH. *Subst Abuse*. 2013;34(1):51-9.
65. Ferri M, Amato L, Davoli M. Alcoholics Anonymous and other 12-step programmes for alcohol dependence. *Cochrane Database Syst Rev*. 19 juill 2006;(3):CD005032.
66. Michaut F-M. Protocole de sevrage ambulatoire du sujet alcoolo-dépendant. 2014.
67. Cognat-Brageot M, Louville P, Limosin F. Comorbidités psychiatriques dans l'alcoolodépendance. *Lett Hépatogastroentérologue*. 2013;16(3):112-116.
68. Liraud F, Verdoux H. [Clinical and prognostic characteristics associated with addictive comorbidity in hospitalized psychiatric patients]. *Encephale*;26(3):16-23. 2000.
69. Liappas J, Paparrigopoulos T, Tzavellas E, Christodoulou G. Impact of alcohol detoxification on anxiety and depressive symptoms. *Drug Alcohol Depend*. 1 oct 2002;68(2):215-20.
70. Schuckit MA, Tipp JE, Bucholz KK et al. The life-time rates of three major mood disorders and four major anxiety disorders in alcoholics and controls. *Addiction* 1997;92(10):1289- 304.
71. Lejoyeux M, Embouazza H. Troubles psychiatriques et addictions. *Addictologie* 2e Édition Paris Masson. 2013;55-66.
72. Bottlender M, Preuss UW, Soyka M Association of personality disorders with Type A and Type B alcoholics. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2006;256(1):55-61.
73. Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, et al. Catchment Area Study. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. *JAMA*. Vol 264. No.19; 1990.
74. Ternisien S. Utilisation du réseau de soins en alcoologie d'Amiens par les médecins généralistes du Grand Amiénois : étude statistique quantitative. [Faculté de médecine d'Amiens]; 2016.
75. Naudet M. Prévention, dépistage et prise en charge du problème d'alcool en médecine générale : essai d'analyse d'un déni collectif. Société française de médecine générale; 2004.
76. Wiet A-S. Repérage et traitement de l'encéphalopathie de Gayet Wernicke : que faire en pratique clinique : revue narrative de la littérature. [Bordeaux]; 2016.
77. Mouchet O. Place du médecin traitant dans la prise en charge du mésusage de l'alcool. Point de vue de 81 patients suivis en CSAPA. 2017.
78. Palle C. Les personnes accueillies dans les CSAPA. Situation en 2014 et évolution depuis 2017. OFDT; 2016.

79. SAMBA_CPP-octobre-2015-2.pdf [Internet]. [cité 7 août 2018]. Disponible sur: http://www.gt5962.fr/wp-content/uploads/2016/09/SAMBA_CPP-octobre-2015-2.pdf
80. Watkins KE, Ober AJ, Lamp K, Lind M, Setodji C, Osilla KC, et al. Collaborative Care for Opioid and Alcohol Use Disorders in Primary Care: The SUMMIT Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med.* 1 oct 2017;177(10):1480-8.
81. Groppi M. Evaluation du ressenti des médecins généralistes dans la prise en charge des problèmes d'alcool. [Paris 6]; 2010.
82. Luc S. Le PSAAL (Programme de Sevrage Ambulatoire Alcool Lyonnais). 2013.
83. Addictologie : le programme de sevrage à l'alcool le PSAAL [Internet]. [cité 24 mai 2018]. Disponible sur: <https://www.maisondupatient.com/maison-du-patient/hepatite-virale/sevrage-alcool.html>
84. Charavy S. Evaluation du PSAAL (Programme de Sevrage Ambulatoire Alcool Lyonnais) et du devenir des patients suivis en médecine générale, après quatre ans d'activité [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2017.
85. Les politiques de lutte contre les consommations nocives d'alcool | Cour des comptes [Internet]. 2016 [cité 24 mai 2018]. Disponible sur: <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/les-politiques-de-lutte-contre-les-consommations-nocives-dalcool>
86. Alcool : évolution des accidents mortels de la route - OFDT [Internet]. [cité 24 mai 2018]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/statistiques-et-infographie/series-statistiques/alcool-evolution-des-accidents-mortels-de-la-route/>
87. addictologie AA nationale de prévention en alcoologie et. Communiqué d'experts - Les 10 mesures efficaces pour protéger des risques de l'alcool [Internet]. 2018 [cité 10 juin 2018]. Disponible sur: <http://www.anpaa.asso.fr/presse/espace-presse/969-les-10-mesures-efficaces-pour-protoger-des-risques-de-l-alcool>
88. Alcool - Synthèse des connaissances - OFDT [Internet]. [cité 30 avr 2018]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/alcool/>
89. Schmitt A, Loubeyre M, Dalle N, Giger J-C, Dambrun M, Llorca P-M. Étude des représentations sociales qu'ont les soignants des patients en difficultés avec l'alcool au CHU de Clermont-Ferrand. | Base documentaire | BDSP [Internet]. Cahier de l'IREB. [cité 11 mars 2018]. Disponible sur: <http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/433260/>

ANNEXES

Annexe 1 : Guide pour entretien semi-structuré individuel

Présentation du sujet : les médecins généralistes ont une place stratégique pour dépister et traiter l'alcoolodépendance, pourtant ils présentent de nombreuses difficultés à le faire (les plus souvent cités : aborder le sujet en consultation/manque de temps/manque de connaissance/formation/ manque de référents hospitaliers / longs délais de prise en charge.) L'une des possibilités de prise en charge est le sevrage ambulatoire impliquant le médecin traitant et ayant de nombreux avantages (relation de confiance, régularité du suivi pendant et après pour le maintien de l'abstinence, liberté pour le patient, diminution des délais en structure..) Cette étude a pour but de rechercher quelle est la place actuelle du sevrage ambulatoire et comment le rendre plus accessible en médecine générale.

Éléments de contexte : homme/femme ? (Quel est votre âge ?) Zone urbaine ou rurale ? Travaillez vous seul ou en cabinet en association avec d'autres médecins généralistes ? Combien d'années d'exercice avez-vous à votre actif en tant que médecin généraliste ? Avez-vous une orientation particulière ? (Ostéopathie, homéopathie, addictologie, médecine du sport, pédiatrie, gériatrie, psychiatrie ?)

Généralités sur vos patients alcoolo-dépendants :

- Selon vous, quel pourcentage de votre patientèle souffre de cette maladie ?
- Comment abordez vous le sujet avec eux ?
- La plupart d'entre eux sont-ils suivis/traités pour cet alcoolisme ? Si non pour quelles raisons ? Si oui, comment ? (CSAPA, hôpital de jour, suivi psychiatrique, réunion alcooliques anonymes)
- De quelle manière sont-ils suivis pour les complications liées à l'alcool ?

Généralités sur les sevrages :

- Proposez-vous régulièrement des sevrages ?
- Comment l'introduisez-vous au cours d'une consultation ?
- > Si non, pourquoi ?
 - De quelle manière travaillez-vous avec les structures d'alcoologie ?
 - Comment êtes-vous informé de leurs existence ?
 - Vous sentez-vous isolé par rapport à ces structures ?
 - En cas de refus de sevrage ? Que faites-vous ?

Le sevrage ambulatoire :

- En réalisez-vous ?
- > Si oui,
- De quel type ?
- * Sevrage classique ? (BZD, vitaminothérapie)
- * Diminution de la consommation ? (Selincro ? Baclofène ? A quelle posologie ?)
- Pour quels patients ? (Sexe, tranche d'âge, ancienneté du suivi en tant que médecin traitant ? niveau de dépendance ? autres comorbidités connues ? antécédents de sevrage ? emploi ? entourage familial ?)
- Comment le proposez-vous ?

- De quelle manière le mettez-vous en place ? (Quelle fréquence de suivi ?, quel traitement ?)

- Etes vous aidé d'une équipe paramédicale / médicale ? Pour quelles raisons ?

- Impliquez-vous la famille du patient dans le sevrage ?

- Quel suivi mettez-vous en place par la suite ?

-> Si non, pourquoi ?

(Lié au patient ? refus, manque de compliance, risque de non-observance ? difficulté de suivi par la suite ?

Lié à la pathologie ? Manque d'intérêt ? De connaissance ? Risque des complications du sevrage ? Mise en échec devant la nécessité d'une trop forte implication ? Lié à votre activité ? Manque de temps ? Explication financière ? Nécessité d'une trop forte implication ?

Projet d'un programme pluriprofessionnel :

- Que penseriez-vous de la mise en place d'un réseau pour un programme de sevrage ambulatoire en équipe pluri professionnelle ? Le pensez-vous réalisable ?

- Pensez-vous que les infirmières/psychiatres/médecins généralistes avec lesquels vous travaillez seraient intéressés par ce projet ?

- Pensez-vous que vos patients pourraient adhérer à ce type de prise en charge ?

- Pensez-vous nécessiter d'une meilleure formation à la prise en charge de l'alcoolisme ? Si oui comment ? (FMC, centre d'addictologie ?)

Annexe 2 : Questionnaire Face

Repérage des consommations problématiques d'alcool en médecine générale

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

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

Les deux premières questions portent sur les douze derniers mois.

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

Interprétation :

- Pour les femmes, un score supérieur ou égal à 4 indique une consommation dangereuse ;
- Pour les hommes, c'est un score supérieur ou égal à 5.
- Un score supérieur ou égal à 9 est, dans les deux sexes, en faveur d'une dépendance.

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

Annexe 3 : Test Audit – C

Figure N°A2 Questionnaire Audit-C	
1. À quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?	(0) Jamais (1) 1 fois par mois ou moins (2) 2 à 4 fois par mois (3) 2 à 3 fois par semaine (4) Au moins 4 fois par semaine
2. Combien de verres standard buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?	(0) 1 ou 2 (1) 3 ou 4 (2) 5 ou 6 (3) 7 à 9 (4) 10 ou plus
3. Au cours d'une même occasion, à quelle fréquence vous arrive-t-il de boire six verres standard ou plus ?	(0) Jamais (1) Moins d'une fois par mois (2) Une fois par mois (3) Une fois par semaine (4) Tous les jours ou presque

Annexe 4 : Score de Cushman

	0	1	2	3	Score
Fréquence cardiaque	< 80	81 à 100	101 à 120	> 120	
Pression artérielle systolique	< 145	146 - 155	156 - 165	> 165	
Fréquence respiratoire	< 16	16 à 25	26 à 35	> 35	
Tremblements	0	Main	Membre supérieur	Généralisés	
Sueurs	0	Paumes	Paumes et front	Généralisées	
Agitation	0	Discrète	Généralisée et contrôlable	Généralisée et incontrôlable	
Troubles sensoriels	0	Phonophobie Photophobie Prurit	Hallucinations critiquées	Hallucinations non critiquées	
Score < 7 : état clinique contrôlé, 7 à 14 : sevrage modéré, > 14 : sevrage sévère					

Annexe 5 : Critère dépendance CIM-10

Au moins trois critères ci-dessous présents au cours de la dernière année :

- 1) Désir puissant ou compulsif de boire de l'alcool (craving).
- 2) Difficultés à contrôler la consommation : début, arrêt et quantité d'alcool (perte du contrôle).
- 3) Syndrome de sevrage physique à l'arrêt ou à la diminution de la consommation.
- 4) Mise en évidence d'une tolérance (par rapport au début de la consommation, des quantités supérieures sont nécessaires pour obtenir l'effet désiré).
- 5) Abandon progressif d'autres intérêts au profit de la consommation d'alcool, augmentation du temps passé à se procurer de l'alcool, le consommer ou récupérer de ses effets.
- 6) Poursuite de la consommation malgré la présence de conséquences manifestement nocives, comme par exemple atteinte hépatique ou troubles dépressifs suite à une consommation excessive d'alcool ou altération des fonctions cognitives.

Annexe 6 : Critère dépendance DSM 5

Mode d'utilisation inadapté d'un produit conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance, au moins trois critères la dernière année :

- 1) Le produit est souvent pris en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu
- 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 : besoin de quantités notablement plus fortes du produit pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré, 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 : syndrome de sevrage du produit caractérisé, le produit est pris pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.

⇒ 2 à 3 : addiction légère, 4 à 5 : addiction modérée, 6 ou plus : addiction sévère.

VERBATIM ANONYME

ENTRETIEN N°1 – 13/06/2017

A : Depuis combien de temps exercez-vous la médecine générale en cabinet ?

Dr. : 14 ans.

A : Y a t-il une orientation particulière à votre médecine ou est-ce des patients tout-venant ? Combien y a t-il de patients dans votre patientèle ?

Dr. : Non c'est vraiment du tout-venant. 500 patients déclarés en médecin traitant mais comme nous travaillons en cabinet de groupe, j'en vois bien plus.

A : Et chez ceux que vous voyez, combien selon vous ont un problème de consommation d'alcool ?

Dr. : Il y a ceux dont on sait et ceux dont on ne sait pas. Ceux qui sont suivis il y en a une dizaine je dirai.

A : Où sont-ils suivis alors ?

Dr. : La grande majorité au centre d'addictologie de S.

A : Abordez-vous le sujet avec eux en consultation ?

Dr. : S'ils ne l'évoquent pas eux même non je ne l'aborde pas.

A : Et s'ils se présentent avec des complications liées à l'alcool, abordez-vous le sujet ?

Dr. : C'est une bonne question. Est-ce qu'il y en a qui viennent sans dire qu'ils sont alcooliques et que l'on remarque des complications. (Silence)
De mémoire, je n'en vois pas. Ça ne doit pas être la situation la plus fréquente.

A : Par rapport au sevrage, en proposez-vous ? Adressez vous les patients en cure/en centre d'addictologie ?

Dr. : Oui c'est assez relativement fréquent.

A : Et dans ce cas là vous travaillez avec quelle structure ? Le centre d'addictologie de S. ?

Dr. : Oui et ensuite je ne vois plus les patients, c'est le centre qui prend tout en charge et qui envoie en cure de sevrage en milieu hospitalier si il le faut, ce n'est jamais moi qui les envoie en milieu hospitalier.

A : Et par rapport au centre d'addictologie, travaillez-vous bien ensemble ?

Dr. : On ne communique pas, je n'ai pas de courrier, je ne sais pas qui les voit, je ne sais pas ce que ça donne. C'est vrai qu'il n'y a pas de communication sauf lorsque le patient a raté un rendez-vous et dans ce cas il vient chez moi pour renouveler l'ordonnance.

A : D'accord, et par quels moyens se font-ils connaître ?

Dr. : Ils envoient des prospectus par la poste, il y a des affiches aussi, on en a mise une en salle d'attente.

A : Par rapport au sevrage ambulatoire classique, en avez-vous déjà réalisé ?

Dr. : Oui ça m'est arrivé quand le centre d'addictologie n'existait pas encore. C'était un homme jeune, la quarantaine, que je connaissais depuis longtemps et que je voyais toutes les semaines, qui venait régulièrement à ses rendez-vous et un jour il n'est plus venu.

A : C'était un sevrage par valium et vitaminothérapie ?

Dr. : Oui et par tiapridal.

A : Et donc vous étiez toute seule, il n'y avait pas de suivi par un psychologue ou un psychiatre et/ou une infirmière à domicile ?

Dr. : Non j'étais toute seule.

A : Aviez-vous impliqué la famille dans le sevrage ?

Dr. : Il n'y avait pas de famille, c'était un cas de divorce donc justement il n'y avait plus de famille.

A : Et des sevrages par prescription de Baclofène / Selincro, en avez-vous déjà réalisés ?

Dr W. : D'en initier jamais, mais de renouveler un traitement par Baclofène oui.

A : Pendant un long suivi ?

Dr. : Non c'est toujours épisodique lorsqu'ils sont suivis ailleurs.

A : Pourquoi n'en réalisez vous pas plus ?

Dr. : Parce que ça ne marche pas.

A : C'est donc lié à la pathologie ?

Dr. : L'expérience du premier patient qui a décroché parce qu'il s'était remis à boire. Puis il m'a expliqué qu'il avait tellement honte qu'il n'est pas revenu. Et nous n'avons pas de prise parce qu'on ne peut pas aller le chercher à la maison.

A : Est-ce que c'est lié à un manque de temps aussi ?

Dr. : Non je pense que c'est plus lié au patient en lui-même qui se sent coupable, honteux lorsqu'il rechute et qui ne veut plus revenir. Il a peut être eu peur de ma réaction je ne sais pas.

A : D'accord, et si maintenant il existait un réseau pluri professionnel avec des infirmières et des psychologues qui travaillaient avec vous, ça serait plus simple ? Initiez-vous plus de sevrage alcoolique dans ce cas-là ?

Dr. : Oui ça serait plus simple et oui j'en ferais plus si il y avait un passage à la maison pour voir comment ils vont ou si quelqu'un pouvait aller voir comment ils vont lorsqu'on n'a pas de nouvelles. Ce serait plus rassurant.

Ensuite ce n'est pas très gratifiant de suivre un patient alcoolo-dépendant parce qu'on est mis en échec, que le traitement médicament ne fait pas tout et qu'on est pas formé pour gérer ça. C'est pour ça que l'histoire de l'équipe ça serait pas mal. Ce sont des échecs à répétition, des rechutes et c'est vrai qu'on se lasse parce qu'on se dit que ça ne sert à rien.

A : Actuellement travaillez-vous avec des psychiatres ou des psychologues ?

Dr. : Sur ce sujet là, non.

A : Pourquoi ?

Dr. : Parce qu'à S. pour un rendez-vous chez le psychiatre c'est très long et un psychologue n'est pas remboursé. Et les gens qui ont un problème d'alcoolisme, n'ont souvent pas d'argent et donc on ne peut pas les envoyer chez le psychologue. Les facteurs limitant ce sont les délais de rendez-vous et le prix. C'est l'intérêt de la consultation d'addictologie, il y a un psychologue et un psychiatre sur place. Le patient ne débourse rien. C'est ça qui est compliqué en ville.

A : Donc c'est aussi un problème de coût ?

Dr. : Oui.

A : Vous pensez que vos patients adhéreront à un sevrage en équipe pluri professionnel ? Et si c'était vous qui initieriez le sevrage ?

Dr. : C'est une bonne question, il y en a qui préfèrent que ça ne soit pas le médecin généraliste pour pas qu'on sache et il y en a qui préfèrent parce qu'ils nous connaissent et qu'ils ont confiance. Ca dépend du profil du patient.

A : Au niveau de la formation par rapport à l'alcoolisme, avez-vous été bien formé ?

Dr. : Pas du tout. A la fac et ensuite plus rien.

A : Dans les formations médicales continues, y a-t-il des cours sur ce sujet ?

Dr. : Ce n'est pas fréquemment abordé. J'ai l'impression que ça revient, il y avait une formation à S. le mois dernier par les praticiens du centre d'addictologie.

Ils veulent sûrement une ouverture vers l'extérieur, c'est possible.
(Silence)

A : Et la dizaine de patients suivis, ils en sont où actuellement ?

Dr. : J'ai une dame qui est suivie c'est ce schéma là, elle allait bien pendant un long moment et elle a rechuté après de gros soucis familiaux, elle venu me voir et elle a été reprise en charge par le réseau. Je crois que je n'en connais pas un seul qui est sevré définitivement.

A : Une fois qu'ils sont pris en charge par le réseau, vous n'avez plus de suivi ?

Dr. : Si ils ne viennent pas pour une pathologie autre, non. Je ne sais pas ce qu'ils deviennent. Oui c'est peut être ça qui est embêtant. C'est chronophage aussi comme consultation, on ne peut pas juste prescrire Valium ou Baclofène.

A : Ce n'est souvent pas le premier motif de consultation ?

Dr. : Oui ça rajoute un motif et puis il faut qu'il revienne, le tout ce n'est pas de l'évoquer mais de le prendre en charge.

A : Je me dis que si on a quelque chose à leur proposer, peut-être qu'on en parlerait plus facilement ?

Dr. : Oui c'est juste. Le problème c'est que dans mon esprit le sevrage ça ne fonctionne pas.

A : Et la diminution de la consommation d'alcool?

Dr. : Oui ça fonctionne mais seulement un certain temps. Pour ceux que je connais. C'est souvent le même type de patient avec un faible niveau socio-économique, isolés et même si ils tiennent en semaine en hôpital de jour par exemple, ils replongent le weekend lorsqu'ils sont seuls à nouveau.

Dr. : Oui c'est juste. Le problème c'est que dans mon esprit le sevrage ça ne fonctionne pas.

A : Et la diminution de la consommation d'alcool?

Dr. : Oui ça fonctionne mais seulement un certain temps. Pour ceux que je connais. C'est souvent le même type de patient avec un faible niveau socio-économique, isolés et même si ils tiennent en semaine en hôpital de jour par exemple, ils replongent le weekend lorsqu'ils sont seuls à nouveau.

Et à ce moment là il n'y a personne pour les suivre chez eux donc ça ne fonctionne pas. Lorsqu'ils sortent de cure au bout de plusieurs semaines, ils se retrouvent seuls chez eux aussi et ils rechutent la plupart du temps. C'est lié à tout ça aussi. Voilà.

A : Merci beaucoup.

ENTRETIEN N°2 – 12/06/2017

A : Depuis combien de temps êtes-vous médecin généraliste ?

Dr. : Depuis 81.

A : Toujours en association ?

Dr. : J'ai commencé par des remplacements et je me suis installé en 85 à deux puis à trois.

A : D'accord, y a-t-il une orientation particulière à votre pratique ?

Dr. : Non ceux sont des patients tout-venant, de tout âge, toute condition.

A : Par rapport aux patients qui ont un problème d'alcool savez-vous quel pourcentage de votre patientèle est touché ?

Dr. : C'est difficile, Disons des patients problématiques pas tant que ça enfin du moins soit je les ignore soit.. Enfin disons suivi pour ce problème il n'y en pas tellement. J'en aurai peut être trois comme ça en tête. Mais disons qu'il y a des excessifs où je sais pertinemment qu'ils aiment le bon vin ou l'apéro etc. Donc il faudrait augmenter le nombre nettement mais il y a aussi une certaine tolérance comme il n'y a pas de conséquence sur leur vie.

A : Sur leur santé ?

Dr. : Sur leur santé c'est encore à voir mais c'est vrai qu'il y en a pas mal où il y a une tolérance surtout si ils ont un certain âge. Du moins ceux qui en souffrent actuellement il y en a trois.

A : Qui sont suivis du coup ?

Dr. : Et qui prennent un traitement, qui ont été suivis récemment ou qui ont fait un sevrage et qui prennent encore un traitement post-sevrage.

A : Et comment vous abordez le sujet en consultation ?

Dr. : Ca n'arrive pas souvent effectivement, général devant une analyse sanguine où il y a des anomalies franches, triglycérides, gammaGT, un problème d'hypertension, de diabète, d'obésité.

Où là en général les hommes ils avouent assez facilement leurs excès en minimisant, quand il s'agit de femmes c'est souvent beaucoup plus difficile. En général quand on s'en rend compte c'est souvent trop tard.

A : Ça arrive que les patients viennent spontanément en parler ?

Dr. : En général ceux qu'on doit sevrer viennent spontanément, ou accompagnés de leur épouse, ou ils sont sommés de se soigner de façon judiciaire. Mais c'est rare qu'ils viennent spontanément quand même.

A : Et-ce que ça vous est déjà arrivé de proposer des sevrages ?

Dr. : Oui ça m'est déjà arrivé mais pas tant que ça finalement. Peut-être arrivé sur toute ma carrière une dizaine de fois mais des vrais sevrages avec hospitalisation suivis éventuellement d'une postcure.

A : Vous travaillez avec quelle cure ici ?

Dr. : Maintenant à S. on a un centre d'addictologie, donc ça nous libère de patients difficiles. Mais certains patients ne veulent pas être suivis en addictologie. Et par la suite ils peuvent partir en postcure à Château Walk ou Marienbronn. Sachant qu'on fait en général des demandes pour les deux et qu'en général une accepte.

A : Dans des délais raisonnables ?

Dr. : Dans un délai relativement raisonnable oui, moins de trois mois environ. J'ai un patient, M. X. lui c'était une double addiction à l'alcool compulsive et à la codéine, il a été sevré pour les deux en hospitaliers puis postcure de trois mois pour l'addiction à l'alcool.

A : Par rapport au centre d'addictologie de S. sont-ils souvent en contact avec vous ?

Dr. : Oui assez facilement, des contacts téléphoniques.

A : Donc vous ne vous sentez pas isolés par rapport à eux ?

Dr. : Non, si on souhaite des informations on sait qu'on peut facilement les joindre.

A : Par rapport au sevrage ambulatoire classique, en proposez-vous ?

Dr. : Alors sevrage pour les patients lourds avec prévention du délirium tremens etc. non, mais sinon il y a les excessifs où là du coup il n'y a pas forcément de suivi, les patients se confient à nous, nous sommes en première ligne donc nous pouvons leur donner un traitement qui peut les aider c'est déjà le dialogue, c'est souvent au domicile. Il y a des médicaments type Aotal / Rovia et qui souvent marchent quand le patient a conscience et que c'est vraiment un excès plus que dans la dépendance.

A : Donc c'est plutôt diminuer la consommation dans ces cas là ?

Dr. : C'est diminuer voir l'arrêter. On peut y arriver.

A : Impliquez-vous la famille dans ces cas là ?

Dr. : Oui bien sur.

A : Introduisez-vous du Baclofène ou du Selincro ?

Dr. : Il y a un patient chez qui j'ai mis du Baclofène mais je n'ai pas eu de retour donc c'est vraiment anecdotique.

A : Ce n'est pas fréquent pour l'instant ?

Dr. : Non des re-prescriptions oui mais sinon non en général c'est le patient qui l'arrête de lui même.

A : Et quand vous les suivez à domicile, y a-t-il des infirmières pour vous aider ou êtes-vous seul ?

Dr. : J'ai pas beaucoup d'exemple je me rends compte que je suis relativement tolérant. Par rapport à des personnes seules, s'il faut oui pour distribuer le traitement je contacte des infirmières.

A : Il y a des psychiatres avec lesquels vous travaillez aussi ?

Dr. : Oui éventuellement, sauf que les psychiatres sont inaccessibles donc on est en première ligne. Et quand les gens peuvent aller voir des 'psy', il s'est déjà passé beaucoup de choses et en général 6mois/un an.

A : Il y a peu de psychiatres à S. ?

Dr. : Il y en a pas mal mais ils ne font pas tellement d'addictologie, à E. éventuellement mais ils sont inaccessibles. Pour l'instant on est vraiment en première ligne. Si il y a urgence ils sont d'abord hospitalisés avant d'être pris en charge et sevrés. Du coup à moins que ça soit vraiment le motif de consultation ou parce qu'il s'est passé un événement directement lié à l'alcool là c'est incontournable mais après si le patient vient pour un renouvellement et que ça va globalement même s'il y a un problème d'alcool, on passe un peu à côté, si le temps ne le permet pas je ne vais pas aborder un sujet qui n'est pas la priorité de la consultation.

A : Donc c'est plutôt lié au fait que ça ne soit pas le motif de consultation ?

Dr. : Oui, alors par contre s'il y a une pathologie directement liée à l'alcool là oui il faut attaquer de front.

A : Que pensez-vous de par exemple mettre en place des réseaux pluri professionnels avec les médecins généralistes, les infirmières et les psychiatres ?

Dr. : Oui ça serait bien.

A : Vous pensez que c'est réalisable ?

Dr. : Si je le dis il faudrait que je sois disponible pour être le médecin parti prenant pour prendre en charge d'autres patients. Donc dans l'idéal oui mais après il y a un problème de disponibilité.

A : Un manque de temps ?

Dr. : Oui un manque de temps, du coup oui j'ai peur de m'engager. Dans l'idéal c'est toujours un travail d'équipe, c'est mieux d'être à plusieurs pour gérer ce type de problème. Maintenant il y a quand même le centre d'addictologie qui répond à une certaine demande. Soit quelqu'un est en alcoolémie aigue, il passe aux urgences on lui propose éventuellement de se faire soigner soit il accepte ou il refuse, si il refuse bon voilà, si il accepte c'est déjà bien.

A : Est ce que ça ne serait pas plus simple d'adhérer à un soin par le patient si ça venait de son médecin traitant ?

Dr. : Alors oui ils adhèreraient plus facilement. On est peut être pas, je parle pour moi, toujours assez autoritaire par rapport à ça. Mais d'un autre côté un patient qu'on 'engueule', il ne va pas forcément accepter. Moi je suis plutôt dans la méthode douce. Il y a différents patients, il y a ceux qui acceptent l'autorité et d'autres qui ne veulent pas être bousculés et qui ne reviennent plus dans ce cas. Ca dépend du médecin et du patient. La bonne méthode il n'y en a pas vraiment. D'abord écouter et puis après essayer de s'adapter. De proposer avant d'imposer et après essayer d'insister.

A : Au niveau de la formation par rapport aux patients alcoolo-dépendant avez-vous été bien formé ?

Dr. : Déjà pour être bien formé il faut vouloir se former, il faut chercher la formation.

A : Plutôt par formation médicale continue ?

Dr. : Oui par des supports sur internet. La faculté de Strasbourg dispense des cours ciblés pour les médecins généralistes.

A : Et y en a-t-il sur ce sujet ?

Dr. : Oui de ce genre, tous les sujets sont possibles. Les mises au point sur les nouvelles recommandations de sevrage alcoolique, oui ça intéressera tous les médecins.

(Silence)

Bon c'est vrai que ce n'est pas les patients qu'on cherche le plus.

A : Pourquoi ?

Dr. : On est déjà formaté comme ça, à dire oui la plupart du temps ça ne marche pas. Déjà dans nos études le patient 'alcolo' il l'était et il le restera toujours. Mais ça a évolué, il y a quand même des choses qui fonctionnent bien. Mais ceux ne sont pas juste des 'alcolos', ceux sont des patients, chacun a son histoire, ça ça a quand même évolué. Même les plus invétérés peuvent y arriver, M X pour le moment il tient. Et il reconnaît que maintenant il se sent bien. Actuellement je n'ai pas tellement de patients suivis c'est vrai.

A : J'ai toutes mes réponses, ça me va très bien. Merci.

(Silence)

Dr. : Le plus triste c'est chez les femmes. Quand on s'en rend compte c'est souvent trop tard. La dernière fois que ça m'est arrivé, déjà le médecin qui la suivait avant me disait elle boit c'est sûr, mais c'est l'alcoolisme bourgeois. Le mari qui est amateur de grand vin et qui ressert son épouse. Et puis au fil du temps, elle a continué de boire, il y avait par la suite un contexte de cancer du sein opéré, et puis à un moment il y avait vraiment des gammaGT au plafond mais ils venaient tous les deux avec leur petit fils en consultation donc je n'ai pas abordé le sujet. J'aurai peut être dû. Mais de toute façon c'était trop tard. Quelques mois après elle a décompensé.

A : Elle a décompensé une cirrhose ?

Dr. : Oui une cirrhose et ça c'est très vite dégradé, elle en est morte. J'aurai peut être dû dire à un moment stop zéro alcool mais on n'a jamais parlé d'alcool, c'était difficile elle était toujours accompagnée. J'aurai dû en parler quand même, tout au début. Elle aurait certainement dit non pas du tout je ne bois pas.

J'ai un autre exemple quand j'ai démarré aussi, j'ai une dame quand elle m'a appelé elle était déjà jaune elle me dit je dois vous avouer quelque chose, je bois mon mari ne le sait pas. Je l'ai hospitalisée et elle est morte dix jours après. (Silence) Voilà, sinon c'est bon ?

A : Oui pour moi c'est bon, merci beaucoup.

ENTRETIEN N°3 – 20/06/2017

A : Vous exercez la médecine générale en cabinet depuis combien d'années ?

Dr. : Depuis très longtemps, 20 ou 25 ans, depuis 89 je crois.

A : Toujours en association ?

Dr. : Oui.

A : Vous savez combien de patients vous suivez ?

Dr. : Déclarés en temps que médecin traitant environ 1100.

A : Et sur ces 1100 patients, il y en a combien selon vous qui ont un problème d'alcool ?

Dr. : Aucune idée.

A : Combien sont suivis pour un problème d'alcoolisme ?

Dr. : Par moi, zéro.

A : Et à l'extérieur ? Par le centre d'addictologie de S. ?

Dr. : Aucune idée.

A : Est-ce que vous abordez le sujet des foies en consultation ?

Dr. : Bien sûr.

A : Comment ?

Dr. : Sur de résultats biologiques, sur des problèmes socio-familiaux, sur des complications.

A : Les patients viennent-ils d'eux même aborder le sujet ?

Dr. : Rarement.

A : Par rapport au centre d'addictologie de S. êtes-vous en contact régulièrement avec eux ?

Dr. : Non.

A : Vous sentez-vous isolés par rapport à eux ?

Dr. : Non c'est eux qui ne répondent par aux contacts. Ils ont fait une soirée formation l'autre jour, il y a beaucoup de médecins généralistes qui ont découvert qu'ils existaient à ce moment-là.

A : Donc vous ne travaillez pas beaucoup avec eux ?

Dr. : Occasionnellement.

A : Avez-vous déjà proposé des sevrages ?

Dr. : Oui mais pas en libéral, à l'hôpital.

A : En ambulatoire, jamais ?

Dr. : Jamais.

A : Et des diminutions de la consommation alcoolique ?

Dr. : Ça ne marche pas.

A : Donc vous n'avez jamais introduit de Baclofène, de Selincro ?

Dr. : Non. (Silence)

Si j'ai essayé il y a des années mais ça ne marche pas. On ne sort pas les gens de chez eux. Le sevrage à la maison ne marche pas.

A : Vous l'aviez essayé tout seul à l'époque ?

Dr. : Il n'y avait pas de centre d'addictologie.

A : Il n'y avait pas d'infirmière qui passait à domicile ?

Dr. : Ça ne se faisait pas.

A : Impliquiez-vous la famille ?

Dr. : On essayait. Durant tout le temps que j'exerce la médecine générale, sevré en libéral j'en ai vu un. Pourtant ce n'est pas faute d'en avoir vu et d'avoir essayé.

A : Un patient qui s'est arrêté complètement c'est ça ?

Dr. : Qui est venu de lui-même et qui s'est arrêté.

A : Donc vous en aviez essayé d'autres ?

Dr. : Oui oui bien sûr, j'ai essayé des sevrages en libéral mais on arrive toujours à l'hospitalisation parce que ça ne marche pas.

A : C'est lié à la pathologie ? Au patient ?

Dr. : Non c'est lié au contexte.

A : C'est-à-dire ?

Dr. : On ne les sort pas de chez eux, ils continuent de faire leurs courses, d'acheter de la bière etc. Ils ont des épouses qui leur achètent le vin, la bière etc. On ne les sort pas de leur milieu.

A : D'accord. Par rapport à votre activité, est-ce lié à un manque de temps ?

Dr. : Non, ce n'est pas une histoire de manque de temps, c'est tout simplement que je n'adhère pas, parce que j'ai constaté que ça ne marche pas. Si quelqu'un vient, je lui propose de se faire hospitaliser, je téléphone ici au centre d'addictologie ou à P. Ils acceptent ou non.

A : Avez-vous des patients suivis par des psychiatres à S. ?

Dr. : Je ne sais pas.

A : Et s'il existait un programme pluri professionnel avec une infirmière qui réalise des passages à domicile, un psychologue qui travaille avec vous, Qu'en penserez-vous ?

Dr. : Non.

A : Vous pensez que ça ne changerait rien à la prise en charge ?

Dr. : Non, car on ne sort pas le patient de son milieu.

A : Si c'était le médecin généraliste qui proposait un sevrage plutôt que l'addictologue ?

Dr. : Ça ne change pas le problème, ça ne fonctionne pas.

A : Avez-vous eu une bonne formation par rapport à l'alcoolodépendance ?

Dr. : Je pense que oui. On en parlait déjà à l'époque. J'étais externe dans un centre de sevrage.

A : Très bien, merci. Vous n'avez rien d'autre à ajouter ?

Dr. : Non, à votre santé.

ENTRETIEN N°4 – 27/06/2017

A : Depuis combien d'années êtes-vous installée en tant que médecin généraliste ?

Dr. : Je suis installée depuis 2009.

A : Et travaillez-vous en association ?

Dr. : Oui avec une associée, on se partage le bureau.

A : Avez-vous une orientation particulière ?

Dr. : Non c'est du tout-venant, avec une petite expérience en pédiatrie. Des vacations en PMI. Sinon c'est de la médecine générale, pas mal de visites de personnes âgées, de la poly pathologie.

A : Savez-vous combien de patient vous avez ? A peu près ?

Dr. : Alors là vous me posez une colle. Non je ne sais pas du tout.

A : Est-ce que vous savez combien d'entre eux auraient un problème de consommation d'alcool ?

Dr. : C'est difficile à évaluer.

A : Combien sont suivis ?

Dr. : Dans ma patientèle j'en ai pas beaucoup, en suivi sur le milieu hospitalier il y en a deux actuellement.

A : Où sont-ils suivis ?

Dr. : En addictologie, à l'hôpital.

A : Ça vous arrive d'aborder le sujet en consultation ?

Dr. : Oui.

A : Oui, vous l'abordez comment ?

Dr. : Ça prend du temps. Soit c'est une attente des patients donc c'est un accès rapide. Soit c'est en effet des patients que je suis depuis un certain temps pour lesquels il y a un terrain anxio-dépressif et on sait qu'il y a aussi une béquille consommation d'alcool, et quand on l'aborde il y a déjà un suivi un parallèle.. J'ai notamment en tête une patiente qui a un suivi psychiatrique en ville et pour laquelle le sujet a été abordé par la psychiatre elle-même. Et quand j'avais abordé le sujet c'était en effet quelque chose qui était latent et qui ne venait pas au-devant de la scène dans les soins. Et depuis il y a une démarche de suivi en addictologie.

A : Et le psychiatre l'avez-vous prévenu ? Vous étiez en relation avec lui, ou pas du tout ?

Dr. : Non non.

A : La patiente faisait l'intermédiaire ?

Dr. : Oui

A : D'accord. Par rapport aux structures d'addictologie ? Vous travaillez comment avec eux ?

Dr. : Plutôt isolée, j'avais déjà eu un contact où j'avais fait les démarches par rapport aux rendez-vous, et le retour que j'avais eu c'est qu'ils préfèrent que ce soit le patient qui prenne lui-même contact. Dans ce cadre-là, c'était une jeune femme qui était en effet demandeuse pour une hospitalisation complète et il fallait un petit peu activer les démarches. Mais la plupart du temps c'est les patients qui y vont directement.

A : Et une fois qu'ils sont pris en charge ? Est-ce que vous avez des retours ?

Dr. : Je n'ai pas beaucoup de retour, non. Jamais de retour courrier ou de chose comme ça.

A : Et cette patiente est revenue vous voir par la suite ?

Dr. : Oui oui elle a gardé le suivi ici. Et puis il y a eu un sevrage effectif en cure. Elle continue à être suivie par l'addictologue. Il y a eu une rechute.

A : Avez-vous déjà proposé des sevrages à vos patients ?

Dr. : Oui mais en les aiguillant vers le centre d'addictologie.

A : D'accord, jamais de sevrage en ambulatoire ? Réalisé par vous-même ? Avec par exemple l'aide d'une infirmière ou d'un psychiatre en ville ?

Dr. : Non sur mon exercice non.

A : Y a-t-il une raison particulière à cela ? C'est lié aux patients ? Au manque de temps ?

Dr. : Non ce n'est pas lié au manque de temps, je ne pense pas ...

A : C'est lié aux risques de complications ? De délirium tremens ?

Dr. : (silence)

Je pense par rapport à chaque cas de patient qui soit se faisait une idée d'un sevrage où il envisageait vraiment une hospitalisation et du coup le fait d'avoir un autre regard par un spécialiste addictologue ça leur permettait de voir aussi qu'en effet ce serait possible de faire des choses en externe. Les cas que j'ai en tête c'est plus sous cette forme-là que je le vois.

A : D'accord, donc plutôt le fait d'avoir un deuxième regard en plus de vous ?

Dr. : Oui, voir l'indication d'un traitement également.

A : Et si maintenant il existait un réseau en ville avec une infirmière, un psychiatre et vous-même, Est-ce que vous pensez que dans ce contexte vous en mettriez en place ou non ?

Dr. : Oui je pense.

A : Pensez-vous que vos patients y adhèreraient ?

Dr. : (silence) Oui, je ne vois pas pourquoi ça n'irait pas. J'ai aussi notion d'un délai de consultation assez long donc je pense qu'en effet plus on a un accès facilité, tout en restant dans une démarche active des patients, en réseau, oui je pense qu'il y a de la place.

A : Ok. Par rapport à votre formation sur l'alcool-dépendance, vous l'avez trouvé comment ? Que ce soit à la faculté ou par la suite ?

Dr. : La faculté ça me paraît déjà un petit peu loin. Sachant que je ne suis pas passé par des services forcément très formateur au niveau de la prise en charge en addictologie. Après j'avais fait une formation médicale continue il y a quelques années. Je n'ai pas eu une formation spécialisée.

A : D'accord. Est-ce que le centre d'addictologie à l'hôpital civil propose des formations ?

Dr. : C'est plus sur les journées de formation qui s'organisent avec l'hôpital où il y a possibilité d'aller faire des stages dans certains services. Mais sinon je n'ai pas eu de retour d'une formation plus spécialisée. Après je pense qu'il y a des diplômes universitaires si l'on veut.

A : Connaissez-vous des médecins généralistes qui réalisent des sevrages ?

Dr. : J'ai remplacé quelques années une consœur et je sais que sur son exercice elle faisait des sevrages en ambulatoire sur K.

A : Très bien, merci beaucoup.

ENTRETIEN N° 5 – 27/06/2017

A : Vous exercez la médecine générale depuis combien de temps ?

Dr. : Depuis la nuit des temps, 30 ans. Je suis installé depuis 30ans.

A : Toujours en association ?

Dr. : Non, 22 ans seul et 8 ans en association.

A : Y a-t-il une orientation particulière à votre patientèle ?

Dr. : Non je fais de la médecine générale tout à fait classique, mon associé fait beaucoup plus de médecine du sport.

A : Savez-vous combien de patients vous avez ?

Dr. : Je ne sais pas exactement, je dépasse les 1000. Je vais regarder. 1199 où je suis médecin traitant sans compter les autres passages.

A : Et savez-vous à peu près combien ont un problème d'alcool ?

Dr. : Non, un certain nombre. Alcoolodépendant, tout le monde n'en parle pas forcément, il peut y avoir une dépendance sans que les gens consultent. Honnêtement je ne sais pas. Une dizaine/quinzaine.

A : Combien sont suivis ? Chez vous ou en addictologie ?

Dr. : Suivis pour l'alcool, moins de dix.

A : Abordez-vous le sujet de temps en temps en consultation ? Comment ?

Dr. : Oui, soit c'est l'entourage qui parle, ou c'est moi qui essaie d'aiguiller la chose.

A : Comment ?

Dr. : Des complications, la prise de sang me permet souvent de parler de ça.

A : Travaillez-vous avec des structures en particulier d'addictologie ?

A : Du coup dans ce contexte, avez-vous proposé

Dr. : Avec des confrères 'psy', surtout, et avec le centre d'addictologie de l'hôpital.

A : Etes-vous bien en contact avec le centre d'addictologie ?

Dr. : Pas vraiment, je suis plus en contact avec des collègues psychiatres.

A : Des psychiatres ou des psychologues ?

Dr. : Les deux mais dans ce cas de figure plus souvent des psychiatres.

Sinon j'avais travaillé avec un centre d'addictologie qui n'est pas à l'hôpital, qui est près de l'avenue des V. J'avais pris contact avec eux pour un patient. Mais là c'était seulement une conversation téléphonique. Courier non. Avec le centre d'addictologie non plus.

A : Proposez-vous des sevrages ?

Dr. : Oui ça m'est arrivé d'en mettre en route mais j'aime bien quand ils sont suivis par un psychiatre en même temps.

A : D'accord donc vous mettez en route un sevrage à domicile ? Et les patients sont suivis par un psychiatre en même temps ? Vous utilisez quoi comme molécule ?

Dr. : Oui. Alors j'utilise surtout le Selincro.

A : A quelle posologie ?

Dr. : Je ne me rappelle plus, je n'en ai pas souvent donné ces derniers temps. Je regarde dans le Vidal.

A : Et pour les sevrages par benzodiazépine / vitaminothérapie ?

Dr. : Oui plutôt quand ils sortent de cure. Là j'ai une patiente que j'ai vu hier en alcoolisation aiguë. Je voulais la faire admettre en médecine dans une clinique à St Anne, mais qui ne la prenne pas parce qu'il n'y a pas de postcure de prévue. Ils veulent des gens motivés, et elle n'a aucune motivation.

quelque chose à domicile ?

Dr. : Oui j'ai débuté un suivi psy. Mais je la connais depuis que je suis étudiant, je travaillais comme infirmier à la clinique de la Toussaint et je l'ai connu là-bas il y a 40ans. Elle a une soixantaine d'année, elle était à 20 ans déjà alcoolisée.

A : Vous travaillez avec combien de psychiatre ? Pour l'alcoolisme.

Dr. : 3-4, je les connais bien, ça fait partie du réseau avec qui je travaille donc j'ai facilement des rendez-vous, il n'y a pas de délai.

A : Quand vous commencez des sevrages, impliquez-vous la famille ?

Dr. : Oui bien sûr.

A : Est ce qu'il y a une infirmière qui passe à la maison ?

Dr. : Alors pour ceux que je suis, il y a un jeune donc lui n'a pas besoin parce que son épouse est derrière. La patiente d'hier est seule mais une amie passe la voir. Un autre vit avec sa mère, une infirmière passe pour la mère et voit comment ça se passe à la maison.

A : Si on mettait un réseau en ville, avec infirmière et psychiatre ?

Dr. : Oh oui, je suis partant.

A : Qu'en pensez-vous ?

Dr. : Je pense qu'il y aurait de quoi faire !

A : Et les psychiatres avez qui vous travaillez serait disponible pour ceci ?

Dr. : Y en a un qui fait beaucoup d'addictologie, mais il a plus de place il ne prend plus personne de nouveau. Les deux autres seraient partants je pense.

A : Pensez-vous que les patients adhéreront à un sevrage avec ce mécanisme ?

Dr. : Je pense oui. Dans les trois aux quels je pense là, deux seraient bien pour ce service. Le troisième non, il ne le ferait pas, il est poussé par son épouse, socialement il est intégré, je ne pense pas qu'il serait partant.

A : Que pensez-vous de votre formation sur l'alcoolisme ?

Dr. : Je n'ai pas bien été formé du tout, ma formation je l'ai faite dans ma pratique. Je m'intéresse par ailleurs au côté psy donc ça m'a aidé à m'intéresser à cette pathologie. Le Selincro, j'ai suivi une formation en formation continue.

A : Les centres d'addictologie vous proposent des formations ?

Dr. : Je ne sais pas si ils le font. Mais je n'ai pas de notion. Je n'aimerais pas faire que ça non plus, je ne me mettrais pas à travailler dans un centre d'addictologie. Ça m'intéresse par rapport à ma patientèle.

A : L'idée c'est ça, ça serait d'aider chaque médecin généraliste à la prise en charge de leurs patients.

Dr. : Je pense que ça serait une prise de conscience, de contact plus facile pour les gens.

A : Peut être que les médecins parleront plus facilement d'alcoolisme à leur patient, si ils ont quelque chose à leur proposer derrière.

Dr. : Oui tout à fait. Le médicament est une chose, mais le médecin généraliste a une place importante. C'est la plus belle spécialité de la médecine.

ENTRETIEN N°6 – 03/10/2017

A : Depuis combien de temps travaillez-vous en tant que médecin généraliste ? En association ?

Dr. : Oui comme vous l'avez vu nous sommes à trois, je travaille avec deux de mes anciennes internes. Oui depuis très longtemps, depuis 1985.

A : Y a t-il une orientation particulière à votre patientèle ?

Dr. : Tout à fait, pas mal orienté en addictologie au sens large, alcool/tabac/etc.

A : Savez-vous à peu près combien de patients ont un problème de consommation d'alcool ?

Dr. : Oui, alcoolodépendant une petite dizaine et autrement beaucoup plus.

A : D'accord. Sont-ils suivis ces patients ?

Dr. : Ils viennent ici pour ça, on fait un peu de la médecine de deuxième recours de ce point de vue là.

A : Ils sont suivis à côté dans une structure particulière ?

Dr. : Oui bien sûr, on travaille avec les CSAPA, et en particulier avec la médicale B.

A : Vous avez des bons contacts avec eux ?

Dr. : Oui très bon contact. Nous avons des coups de fils et des courriers de retour. Je singularise assez la relation avec l'un ou l'autre médecin.

A : Et comment abordez-vous le sujet de l'alcool en consultation ?

Dr. : Moi je recrute des gens ici en deuxième recours, donc ceux sont des collègues qui m'envoient des gens qui ont un souci avec l'alcool. Sinon j'essaie de faire un peu de repérage précoce. J'ai écrit la recommandation sur les repérages précoces et les interventions brèves de l'HAS. Moi j'essaie d'être un peu là-dedans. Je fais quand même de la médecine générale mais la moitié de mes patients c'est de l'addictologie.

A : Proposez-vous des sevrages ? En hospitalier ? En ambulatoire ?

Dr. : Ca dépend de la clinique.

A : Quel type de sevrage mettez-vous en place ? Benzodiazépine/vitaminothérapie ? Ou diminution par Selincro ou Baclofène ?

Dr. : Les deux. Je suis beaucoup plus dans la réduction des risques et des dégâts que du sevrage. Je ne suis pas dans l'idéologie. J'ai pas mal recours au Baclofène. Je l'utilise comme c'est prévu dans la RTU. Je m'en accommode et les patients aussi.

A : Avez-vous beaucoup de diminution par Baclofène qui fonctionne ?

Dr. : Evidemment oui, vraiment. On a participé aux études.

A : Lorsque vous faites des sevrages à la maison, les personnes sont suivies par des psychiatres à l'extérieur ?

Dr. : Ça arrive oui, des libéraux aussi. Je fais deux sevrages en ambulatoire par an. C'est rien en ordre de grandeur. Sevrage hospitalier j'en ai une dizaine par an. Sur la base d'arguments cliniques et de choix des patients. Par contre des diminutions par Baclofène ou Selincro il y en a des wagons.

A : Impliquez-vous les familles ?

Dr. Quand il y en a oui. La j'ai une personne qui est en sevrage en échec, je le revois la maman est derrière. C'est compliqué. L'échec faisant partie du soin, je crois.

A : Y a t-il des infirmières qui passent à domicile ?

Dr. : Pour les deux sevrages actuels, non. Je n'en ai jamais eu.

A : Le suivi vous le faite à quelle fréquence ?

Dr. : En sevrage stricte, 3*/semaine. Ca les rassure, ça me rassure. Puis souvent je les envoie quand même en psychothérapie.

A : Pensez-vous que si les médecins généralistes étaient plus accompagnés, s'ils ne se retrouvaient pas tous seuls face à ces patients, ils mettraient en place des sevrages plus facilement ?

Dr. : Je ne sais pas. Non je crois que c'est compliqué. Je ne suis pas fanatique de la réseau mania pour un tas de raison. Je pense qu'en France on pourrait avec un réseau d'étude adéquat et d'implication des médecins en santé primaire, on pourrait faire de la vraie prévention, les intéresser à ces choses là. Faire du repérage précoce par exemple, si un maximum le faisait.

(Silence)

Je pense que les nouvelles générations de médecins seront plus impliquées que les anciens qui n'étaient que dans le curatif. Je pense que c'est plus souhaitable, un droit commun et soins de qualité pour tous, plutôt que des niches de réseau qui seront toujours autour des villes, de quelques médecins, de 2-3 spécialistes. On a des CSAPA, on a des psy, c'est une question de volonté. Ce qui est compliqué c'est le soin, le fait qu'on soit tout le temps en échec. C'est compliqué l'addictologie.

A : Très bien, j'ai mes réponses.

Dr. : Une des idées qui moi me tiens vraiment à coeur, c'est que cette culture de la prévention primaire, secondaire, tertiaire ; en médecine de première ligne est vraiment quelque chose de très important. C'est ça le métier du médecin généraliste, il faut avoir un minimum de formation, je redoute que l'université médicale soit très pertinente.

A : Avez-vous eu une formation ?

Dr. : Moi j'ai fait plein de formation d'addictologie en France, j'ai une reconnaissance comme addictologue en Allemagne, je travaille dans un CSAPA en Allemagne. J'ai fait pendant 20 ans des cours à la faculté.

ENTRETIEN N°7 – 10/10/2017

A : Depuis combien de temps exercez-vous la médecine générale? Vous êtes seul ou en association ?

Dr. : Depuis 7 ans, on est deux médecins généralistes dans le cabinet

A : Avez-vous une orientation particulière à votre patientèle ?

Dr. : Je suis entrain de faire la deuxième année du DU d'homéopathie et je fais de la micro-nutrition aussi.

A : Savez-vous combien de patients alcoolodépendants vous avez ?

Dr. : Précisément je ne pourrai pas te dire, il n'y en a pas tant que ça, enfin connus. Quatre je dirai.

A : Quatre, sur combien de patients au total ?

Dr. : Je ne sais pas, je regarde sur le site de la sécurité sociale. 800. Je suis loin des statistiques mais j'ai beaucoup de patients jeunes aussi.

A : Sur les quatre patients, c'est vous qui avez abordé le sujet avec eux ? Ou c'était un problème d'alcool déjà connu ?

Dr. : Deux qui étaient connus, un qui est venu en parler spontanément et un patient jeune qui a fait un infarctus et en creusant les facteurs de risques, il avait tendance à beaucoup boire, bien fumer.

A : D'accord, donc pour celui-ci c'est sur une complication que vous avez pu en parler ?

Dr. : Oui.

A : Est-ce que vous, vous avez déjà proposé des sevrages ?

Dr. : Oui.

A : En ambulatoire ou à l'hôpital ?

Dr. : Alors j'ai fait des sevrages en ambulatoire ça marche jamais ou quasiment jamais sauf si ils sont super motivés. On l'a fait à l'hôpital en médical B, une fois en psychiatrie. En psy c'est pas mal parce qu'il s'occupe de la posture derrière. On a plus de chance que ça marche.

Et sinon à l'époque on avait essayé avec le Selincro, qui est la pour baisser la consommation.

A : Et ça avait fonctionné ?

Dr. : Oui il a baissé quand même de 50% à peu près sa consommation d'alcool dans les six mois.

A : Et le Baclofène ?

Dr. : Le Baclofène je l'ai prescrit, enfin je l'ai represcrit après avoir été mis en place par la psychiatre. On a un patient chez qui ça avait plutôt bien marché. Il a déménagé maintenant.

A : Un sevrage à domicile avec benzodiazépines ?

Dr. : Non, pas pour l'alcool. Ça ne fonctionne pas.

A : D'accord. Vous travaillez avec quelle structure surtout ?

Dr. : La médicale B et en addictologie à l'hôpital.

A : Avez-vous des bons contacts avec les structures d'addictologie ?

Dr. : Oui, ils travaillent vraiment bien et les patients sont assez contents en général. Ils ont réalisé pas mal de sevrage à la codéine depuis que c'est remboursé ça c'est se passe très bien aussi.

A : Quand vous avez abordé le sujet du sevrage, les patients étaient-ils d'accord pour être pris en charge dans une structure ?

Dr. : Non. En général ils sont assez réticents et ils ne se rendent pas compte de l'ampleur du problème. Mais une fois qu'ils ont eu la pression de la famille/entourage proche en général ils acceptent. C'est souvent la famille qui leur fait comprendre qu'il est temps de faire quelque chose.

A : Impliquez-vous la famille dans la prise en charge ?

Dr. : Oh la famille s'implique souvent toute seule, en général quand les patients viennent en parler c'est que la famille leur a déjà mis la pression en amont.

A : Est ce que vous travaillez avec des psychiatres en ambulatoire par rapport à l'alcool ?

Dr. : Oui avec un en particulier qui est addictologue psychiatre.

A : Si l'on mettait en place des structures pour aider les médecins généralistes à faire des sevrages en ambulatoire, est ce que ça fonctionnerait ? Avec des psychiatres et des infirmières.

Dr. : Oui, bien sûr.

A : Est ce que vous pensez que ça serait faisable ?

Dr. : En fonction du niveau de volonté du patient, oui.

A : Vous pensez que certain patient serait d'accord pour cela ?

Dr. : Je pense qu'il y a les deux profils, il y en a qui sont vraiment assez angoissés et qui ont envie d'avoir le maximum de structures et les autres qui n'ont pas envie d'être embêté par toutes les obligations administratives.

A : Vous ne proposez pas de sevrage ambulatoire parce que ça ne fonctionne pas ?

Dr. : Parce que je n'ai pas eu l'occasion de proposer ça et il n'y en pas beaucoup qui ont une super volonté. C'est compliqué.

A : C'est plutôt lié à la volonté du patient ?

Dr. : La plupart des alcooliques ont déjà fait des tentatives en ambulatoire et ça a échoué souvent.

A : Ce n'est pas lié au fait que ça soit difficile de gérer des sevrages ?

Dr. : Non.

A : Comment est votre formation sur l'alcoolisme ?

Dr. : Elle n'est pas top, j'avais fait des formations en parallèles qui étaient bien. C'est important d'avoir des bonnes relations avec des spécialistes justement pour en parler. Par exemple le dosage du CDT on n'apprend pas ça à la faculté. Le module d'addictologie à la faculté il n'est pas énorme.

Je m'étais abonné à une époque à un magazine d'addictologie mais je ne sais plus le nom.

ENTRETIEN N°8 – 10/10/2017

A : Depuis combien de temps exercez-vous la médecine générale ?

Dr. : Je me suis installée en octobre 2011.

A : Travaillez-vous seule ou en association ?

Dr. : Je suis associée avec un autre médecin et dans le cabinet on a un podologue et deux infirmiers aussi.

A : Avez-vous une orientation particulière ?

Dr. : Je suis entrain de passer le diplôme d'homéopathie mais sinon non je suis médecin généraliste.

A : Savez-vous combien de patients vous avez au total ? En médecin traitant.

Dr. : Entre 400 et 450 je crois.

A : Et selon vous combien d'entre eux ont un problème de consommation d'alcool ?

Dr. : Qui m'en ont parlé, une dizaine maximum mais je pense qu'il y en a plus.

A : Ils en ont parlé spontanément ? Ou c'est vous qui avez abordé le sujet ?

Dr. : Tout dépend, il y en a certains où c'est la biologie qui montre qu'il y a des choses qui ne vont pas et il y en a d'autres qui en parle spontanément.

A : Et quand ils ne parlent pas, c'est vous qui abordez le sujet ?

Dr. : Oui quand j'ai un nouveau patient je demande toujours si il y a des addictions, tabac/alcool/drogue. En général tabac ils le disent, le reste c'est toujours un peu compliqué. Le cannabis ils l'avouent, le reste au début ils ont du mal à en parler.

Après une fois qu'on fait la bio et qu'on voit qu'il y a des gammaGT au plafond ou autre chose au niveau du bilan, là on peut commencer à aborder le sujet. Des fois on a des patients, on est persuadé qu'ils ont un problème avec l'alcool mais il faut leur poser la question au bout de quelques consultations quand ils commencent à avoir confiance.

A : Avez-vous déjà proposé des sevrages ambulatoires ou hospitaliers ?

Dr. : J'ai une patiente qui est venue me voir pour ça, qui voulait que je lui fasse un dossier pour une cure mais c'est une patiente que j'ai perdue de vue, elle est partie sur Paris par la suite, donc je ne l'ai pas suivie.

A : C'était quoi comme cure ?

Dr. : C'était une cure à Solisana. Je ne sais même pas si elle l'a fait.

A : Et il n'y a pas eu d'autres cas de sevrage ?

Dr. : Non, j'ai un patient au tout début de mon activité qui est venu me voir en me disant qu'il avait des problèmes d'alcool, j'ai essayé de l'aider mais pareil il n'est pas revenu. Je ne sais pas si je m'y prends mal ou quoi mais je n'arrive pas à les suivre. Et ceux qui ont des problèmes d'alcool et qui ne veulent pas s'arrêter ils continuent à venir me voir mais quand je leur parle d'arrêter, ils me disent oui je vais faire attention je vais diminuer. J'ai un patient comme ça qui fait le ramadan donc chaque année il s'arrête et puis il reprend. Un autre que j'ai vu ce matin à qui j'ai demandé de diminuer, il est passé de 400 à 350 de gammaGT il était content, mais ce n'est pas satisfaisant.

A : Vous leur proposez de les adresser quelque part quand vous leur demandez de diminuer leur consommation ?

Dr. : Au départ je leur demande déjà de voir si ils y arrivent à la maison, si il n'y a pas de syndrome de sevrage, que je leur explique. En général j'essaie déjà de leur demander de diminuer d'un verre ou deux par semaine, ça dépend de la consommation. Ensuite si ils me disent que ça va, on continue comme ça sinon si c'est trop difficile je leur propose une structure mais la plupart du temps ils refusent.

A : Avez-vous déjà prescrits des traitements pour réduire la consommation ? Comme le Baclofène ou le Selincro ?

Dr. : Non, j'ai eu une formation sur le Baclofène où ils nous expliquaient qu'il fallait que ce soit des médecins spécialisés qui le mettent en place, donc je n'ai jamais vraiment osé faire ça. Si j'avais des patients qui étaient sous Baclofène je ferai juste des renouvellements, mais je ne l'ai jamais instauré.

A : Vous n'avez pas de patients actuellement sous ce type de traitement ?

Dr. : Non

A : Vous travaillez avec des psychiatres ?

Dr. : Oui, après sur S. c'est toujours compliqué d'avoir un psychiatre disponible. J'ai deux/trois adresses où je peux appeler pour intercaler des patients mais ce n'est pas fréquent car c'est toujours compliqué.

A : Là si vous ne proposez pas de sevrage c'est plutôt lié au fait que le patient ne veut pas ?

Dr. : Voilà j'ai du mal à faire adhérer les patients, ils sont bien comme ils sont, ils ne se rendent pas compte des effets délétères de l'alcool. Je leur explique toujours qu'il y a des risques physiques importants, des risques de cancer. Mais c'est difficile à aborder, pour les patients c'est beaucoup plus tabou de parler de l'alcool que du tabac ou de la drogue. L'alcool c'est vraiment une addiction cachée.

A : Les familles viennent en parler ?

Dr. : J'ai une dame qui est venue avec sa fille qui avait découvert les problèmes d'alcool de sa maman et qui souhaitait une hospitalisation. On l'a hospitalisée en médecine interne parce qu'elle avait des triglycérides très hautes. Elle a donc été sevrée à l'hôpital mais ce n'était pas un service d'addictologie. C'était il y a deux/trois ans, elle a eu une période où elle avait repris et elle a réussi à arrêter de nouveau toute seule à la maison et ça c'est bien passé. Mais c'est exceptionnel.

A : Est ce que si l'on mettait en place un réseau avec des infirmières et un psychiatre à domicile, qu'en pensez-vous ?

Dr. : Oui je pense que ça pourrait être pas mal, ils ont peur d'être stigmatisés donc une consultation d'addictologie pour eux c'est difficile, ils ne veulent pas être considérés comme un drogué. Le fait de faire quelque chose à domicile ça pourrait être bien mais je pense que pour les cas lourds il faudrait quand même les mettre en arrêt. Ça serait plus facile à négocier pour un suivi à domicile plutôt qu'une hospitalisation.

A : Comment vous êtes-vous formé à la prise en charge de l'alcoolisme ?

Dr. : J'ai fait un DPC d'une journée sur le Baclofène. Je n'ai pas fait d'autre formation.

A : Vous êtes en contact avec des structures ?

Dr. : Pas directement. Je sais qu'il y a une structure à la gare qui prend en charge surtout le Subutex où j'adresse des patients.

Pour ce qui est de l'alcool, comme je n'ai pas vraiment de demande au niveau médical et qu'ils peuvent se le procurer n'importe où, c'est plus difficile à gérer et à orienter. C'est vrai que je n'ai pas vraiment envie de me spécialiser dans tout ça car, ce sont des choses très chronophages, on a pas beaucoup de résultat, on est plutôt embêter, il y a beaucoup d'échec. A la formation Baclofène, ils nous ont dit qu'on pouvait faire des stages hospitaliers, mais je n'ai pas envie de savoir faire car je n'ai pas envie de drainer cette patientèle.

ENTRETIEN N°9 – 14/10/2017

A : Depuis combien de temps exercez-vous la médecine générale ?

Dr. : Trente ans.

A : Avez-vous toujours été en association ?

Dr. : Oui, toujours ici à H.

A : Avez-vous une orientation particulière ?

Dr. : Non c'est de la médecine générale.

A : Combien de patients avez-vous en tant que médecin traitant ?

Dr. : 1100 à peu près.

A : Et sur ces 1100 patients, vous pensez qu'il y en a combien qui ont un problème d'alcool ?

Dr. : C'est un peu compliqué, j'en identifie quelques uns. Si j'identifie ceux qui en font la demande, je vais dire actuellement 4-5, et ceux que moi j'identifierai comme consommateurs excessifs là il y en a plus. Mais je n'arriverai pas à dire un nombre.

A : Sur les 4-5, ce sont eux qui sont venus en parler spontanément ?

Dr. : Le plus souvent c'est quand même moi qui en ai parlé, sinon j'ai deux exemples qui sont venus en parler spontanément. Je questionne si je me rends compte que leurs problèmes sont liés à l'alcool.

A : Vous proposez des sevrages dans ce cas là ?

Dr. : Oui ça dépend s'ils sont d'accords ou pas.

A : Ceux sont des sevrages hospitaliers ou ambulatoires ?

Dr. : Alors un vrai sevrage c'est hospitalier la plupart du temps à W.

A : D'accord et quand ils sortent de l'hôpital, vous faites le suivi ?

Dr. : Généralement oui, ou alors on ne les revoit plus. Il y en a un récemment que j'ai perdu de vue, je ne sais pas ce qu'il est devenu.

J'en ai aussi pas mal orienté, mais maintenant c'est moins le cas, à la clinique de L. On avait une plaquette, on était en contact avec eux. C'était intéressant parce que la cure était plus courte.

A : Combien de temps ?

Dr. : À W., la cure est de 15 jours et ensuite il y a une postcure vers où les orienter. La clinique de Lille c'est à Sarreguemines et eux faisaient une cure complète sur cinq semaines. Il y a le problème de la distance mais sur le fait que ça soit plus court qu'une cure comme à Marienbronn ou Chateauwalk, c'était assez intéressant pour les patients qui sont actifs, ils acceptent plus facilement une cure plus courte.

A : Avez-vous déjà proposé du Selincro ou du Baclofène ou d'autre traitement à visée de réduction ?

Dr. : Du Baclofène.

A : Vous avez plusieurs personnes sous Baclofène ?

Dr. : Actuellement j'en ai trois.

A : C'est vous qui l'aviez introduit ?

Dr. : Il y a une personne qui sortait de Marienbronn, ça n'avait pas encore l'AMM. Il était à 9 comprimés par jour maintenant il est à trois, ça se passe bien.

A : Il est sevré complètement ?

Dr. : Il l'était complètement, j'ai cru comprendre ces derniers temps que lorsqu'il y a une réunion de famille il boit un peu. Mais c'est nettement mieux qu'avant. J'en ai même quatre.

A : Et le Selincro non ?

Dr. : Non, je connais pas c'est quoi ?

A : C'est aussi un traitement pour diminuer l'accoutumance.

Dr. : Je ne reçois plus de délégués médicaux depuis dix ans donc les nouveaux produits je ne suis pas forcément au fait, mais je me tiens quand même à peu près à l'écoute.

A : Vous êtes en contact avec quelles structures d'addictologie ?

Dr. : Avec le CSAPA d'H. et W.

A : Avez-vous des bons contacts ?

Dr. : Je ne peux pas dire qu'il y est trop de retour, je pense à un patient en particulier que j'avais adressé où je n'ai eu aucun retour.

A : Vous travaillez avec des psychiatres ? Par rapport à l'alcoolisme ?

Dr. : Oui.

A : Donc les sevrages ambulatoires vous n'en faites pas ?

Dr. : Alors les sevrages à la maison, j'ai une dame qui a une consommation excessive depuis un certain temps qui a enfin accepté de prendre du Baclofène. Elle ne me fait pas peur dans la prise en charge. Il y en a d'autre qui atteigne un niveau trop important, où je ne prendrai pas le risque, c'est par rapport à ça. Proposer d'emblée un sevrage sans savoir ça peut m'angoisser, je ne crois pas que je serai trop tranquille.

A : Si vous n'étiez pas seul mais que vous étiez aidé d'infirmière et de psychiatre, chez des patients où il n'y a pas de risque de DT, ce serait plus simple de mettre en place des sevrages à domicile ?

Dr. : Oui complètement. Ça me paraît clair. C'est souvent un frein car il y a des gens qui ne peuvent pas se déplacer et nous on est en zone rurale, il y a des patients qui ne peuvent pas aller faire un suivi à H. ou W. Si on pouvait le faire à domicile ça serait bien.

A : Vous connaissez des médecins traitants à H. qui réalisent des sevrages ?

Dr. : Non je ne sais pas.

A : Comment vous vous êtes formé pour la prise en charge de l'alcoolisme ?

Dr. : Des choses que j'ai dû lire. Sinon elle doit être nulle je pense. A la faculté on avait rien du tout. A part si on passait dans un service de gastro.

Dans les FMC ça apparaît, c'est libre, c'est à notre bon vouloir.

ENTRETIEN N°10 – 14/10/2017

A : Vous exercez la médecine générale depuis combien de temps ?

Dr. : Installé ? Depuis janvier 2002.

A : Vous êtes en association ?

Dr. : Non je suis tout seul.

A : Il y a une orientation particulière à votre médecine ?

Dr. : J'ai fait des petites choses en plus, je fais de l'acupuncture, de la médecine du sport, et j'ai un DIU de pathologies du sommeil.

A : Donc vous avez beaucoup de consultations orientées ?

Dr. : Oui, sinon du reste il y en a beaucoup aussi, c'est très varié.

A : Vous avez combien de patients en tant que médecin traitant ?

Dr. : Pour les adultes, plus de 1000.

A : Combien d'entre eux a un problème d'alcool selon vous ?

Dr. : Pas mal, plus que je ne pense car beaucoup banalise. Je ne sais pas. Bien plus que ceux qui l'avouent.

A : Combien sont suivis pour leur alcoolisme ?

Dr. : Suivi CSPA et ceux qu'on continue à suivre ?

A : Oui tout a fait.

Dr. : Une vingtaine je dirai. Avec ceux qui ont une démence alcoolique, il y en a bien plus, ou des personnes avec troubles des fonctions supérieures d'origine alcoolique. Il y en a quand même quelques uns.

A : Ceux sont les patients qui vous en parlent ? Ou c'est vous qui abordez le sujet ?

Dr. : Dans mon interrogatoire d'une première consultation, je demande toujours tabac / alcool / stupéfiants. Bien sûr on peut mentir, je n'aurai pas la candeur de croire qu'on me dise la vérité dès le début. Quand on pose la question, il y a souvent des petits mots lâchés comme 'juste le weekend', 'quand même un petit apéro le soir', 'un digestif avant de me coucher'. Ou à travers d'autres sujets, comme des tensions déséquilibrées ou sur des bilans biologiques.

A : Vous en parlez à ce moment là aussi après un bilan biologique ?

Dr. : Oui après une biologie, (macrocytose, élévation des transaminases ou gammaGT), j'essaie toujours d'aborder le sujet. Certains se referment comme des huîtres. Il faut y aller avec diplomatie. Le but c'est de leur apporter quelque chose.

Vous me demandiez si certains venaient spontanément en parler, non jamais.

A : Aucun ?

Dr. : Non c'est plutôt soit après un résultat biologique ou un interrogatoire systématique, ou alors quand il y a d'autres pathologies comme des apnées du sommeil ou des problèmes vasculaires car l'alcool est souvent associé au tabac.

A : Est ce que vous vous proposez des sevrages ambulatoires ou hospitaliers ?

Dr. : Oui hospitalier.

A : Vous travaillez avec quelle structure ?

Dr. : Le plus souvent W., le CSAPA. Deux/trois fois sur Brumath plutôt dans des situations catastrophiques avec gendarmes. Ce n'est pas vraiment du sevrage, plutôt pour des situations aiguës à Brumath.

A : Vous avez un bon contact avec eux ?

Dr. : Oui et je les appelle aussi parfois pour savoir ce qu'il en est.

A : D'accord, vous ne vous sentez pas isolé par rapport aux structures d'addictologie ?

Dr. : Non pas par rapport à la structure, vis à vis d'autres choses ...

A : Vous avez déjà fait des sevrages ambulatoires ?

Dr. : Oui je me souviens quand même de 4/5 patients avec qui on a essayé en ambulatoire. Mais quand je me pose la question, j'essaie d'y repenser en fonction du succès. Mais vous vouliez juste savoir si on avait fait le processus ?

A : Oui c'est ça, savoir si vous en aviez mis en route.

Dr. : Oui je l'ai déjà fait.

A : Avec un traitement par benzodiazépine et vitaminothérapie ? Ou avec du Selincro ou du Baclofène ou autre ?

Dr. : À l'époque, il n'y avait pas de Baclofène, pas de Selincro. Effectivement il y avait du valium pour certains. Il y avait de l'Aotal essentiellement. Beaucoup de consultation pour les suivre, une à deux fois par semaine pendant quinze jours et après on essayait d'espacer parce qu'on se rendait bien vite compte qu'on était soulant. D'ailleurs quand on sentait qu'on était soulant pour eux on savait très bien qu'il ne tiendrait pas.

A : Vous faisiez ça tout seul alors ?

Dr. : Oui je ne savais pas à qui m'adresser mais j'essayais surtout d'ouvrir la porte aux psy pour avoir leur aide. Mais j'y allais lentement, pour pas que le patient se referme dès que l'on évoque le mot de psychologue ou psychiatre, ou de l'infirmière psy.

A : Vous avez travaillé avec certains psychologues / psychiatres dans ce contexte là ?

Dr. : Oui j'avais travaillé avec deux psychiatres qui consultaient à l'EPSAN.

A : Je viens de voir un médecin qui me disait aussi que le problème en zone rurale c'est que certains patients ne peuvent pas se déplacer ?

Dr. : Oui, c'est vrai ça peut poser un problème pour certains patients, entre autre ceux qui n'ont plus le permis. Je pense à un autre sevrage qu'on avait réussi à faire mais c'était trop tard car le patient est décédé d'une insuffisance cardiaque.

A : C'était un sevrage hospitalier ?

Dr. : Il avait été initié à l'hôpital et puis on l'avait suivi après. C'est la famille qui avait enlevé tout l'alcool à domicile et comme il pouvait plus se déplacer du fait de son insuffisance cardiaque c'était assez brutal. Je me demande si c'est pas lui qui a eu du Selincro.

A : La famille est souvent impliquée dans les sevrages ?

Dr. : Quand ce sont des personnes plus âgées oui, avec les épouses on essaie de les impliquer.

Je me rappelle d'avoir vu une femme au super marché avec un caddie pleins de bouteilles, je lui demande si un fête se prépare et elle me regarde avec un regard en coin 'ben non tu sais pas'. C'était pour son mari, comme ça il peut boire et elle, elle avait la paix. Alors là ce n'est même pas la peine d'essayer. Et ce monsieur est sevré suite au décès de cette épouse, il a retrouvé une autre amie qui l'a aidé.

A : Que penserez-vous d'un réseau avec des infirmières / psychiatres pour faire des sevrages à domicile ?

Dr. : Et chez des patients bien compliants, il faut qu'ils soient d'accord, qu'ils reconnaissent le trouble, qu'ils n'aient pas peur du regard des autres. Dans un village il ne faut pas oublier que la voisine est vite derrière le rideau. Il y a encore une génération où les personnes sont très contentes de dire qu'elles ne sont pas ivres après plusieurs verres, ou d'autres pour qui c'est une marque de virilité. Ou des femmes qui sont fières de boire plus que les hommes.

Avec cela ça serait difficile. Mais les autres oui ça serait bien d'avoir ce genre de structure.

A : Si actuellement vous ne proposez pas de sevrage à domicile c'est pourquoi ?

Dr. : Si je le propose quand même, au fur et à mesure où on en parle il y a pleins de patients qui me viennent à l'esprit. Je crois qu'on a tendance à dire que ça fonctionne pas parce que lorsqu'on entend la question on pense au succès / échecs. Il y en a beaucoup qu'on accompagne à domicile c'est vrai. Par contre on n'arrive pas à les envoyer voir un psychiatre. Il y en a beaucoup qui ne veulent pas aller en addictologie.

A : Les patients qu'on prend en charge à la maison, sont plus réticents à un suivi psy ?

Dr. : Oui qui vous disent qui sont capables d'y arriver tout seul ou toute seule, il y pas mal de femmes aussi à qui je pense là. D'autres qui n'auront jamais compris, je me souviens d'un homme qui avait un cancer du côlon qu'on avait sevré et qui est décédé de son cancer. Et lorsque j'ai vu son épouse après le décès elle a eu une phrase abominable 'elle m'a dit si j'avais su qu'il allait mourir je lui aurai quand même donné encore un verre de vin avant'. Je me suis dit bon elle a rien compris du tout.

A : D'accord, il y a encore des choses à faire.

Dr. : Oui beaucoup de choses à faire entrer dans les mœurs et l'esprit des gens.

A : Vous vous êtes formé comment par rapport à la prise en charge de l'alcoolisme ?

Dr. : À la faculté il n'y a rien. Quand j'étais en consultations à Colmar en médecine interne, j'avais assisté à des consultations d'addictologies. Je ne crois pas que le CSAPA propose des formations. En tout cas je n'y ai pas assisté.

ENTRETIEN N°11 – 17/10/2017

A : Vous exercez la médecine générale depuis combien de temps ?

Dr. : Je suis installé depuis 2001. Toujours en association, ici à H.

A : Il y a une orientation particulière à votre patientèle ou c'est du tout venant ?

Dr. : Non c'est vraiment du tout venant, des enfants, des personnes âgées, santé de la femme.

A : Vous avez combien de patients en tant que médecin traitant ?

Dr. : Environ un millier.

A : Vous savez combien d'entre eux ont des problèmes d'alcool ?

Dr. : En réalité beaucoup plus que ce que je pense. Des gens que je suis pour un problème avec l'alcool je dirais une vingtaine, avec lesquels on en parle régulièrement. Parce qu'ils consultent au CSAPA, qu'il y a déjà eu des tentatives, des échecs. Sinon il y a tous les problèmes liés à l'alcool avec des consommations massives ponctuelles qui ne font pas forcément l'objet d'un suivi ou même si on en parle parce qu'il y a eu par exemple un accident sous alcool, c'est repris une fois mais ça ne revient pas sur la table à chaque consultation.

A : Ces patients sont venus vous demander de l'aide vis à vis de l'alcool ? Ou c'est vous qui avez abordé le sujet ?

Dr. : Je l'introduis systématiquement, je n'ai jamais eu personne qui est venu me dire qu'il avait un problème avec l'alcool. Le problème est souvent abordé suite à des accidents, blessures. Sur le lieu de travail, ou des accidents de la route. Et les complications sur le plan hépatique, neuropathique. Je trouve qu'on arrive assez tard surtout chez les femmes, je me rends compte du nombre de fois où il y a des plaintes liées à une neuropathie et on remonte le fil pour arriver à une alcoolisation régulière depuis des années, c'est assez étonnant.

A : Vous proposez des sevrages ambulatoires ?

Dr. : Oui, je travaille beaucoup avec le CSAPA de W., où il y a un infirmier, une psychiatre/psychothérapeute. Quand j'adresse les patients au CSAPA c'est très rare que la décision aboutisse à un besoin d'hospitalisation. Franchement il y a beaucoup de travail en coordination avec le médecin traitant. Les gens vont facilement au CSAPA à W., car c'est un petit hôpital donc les gens qui y consultent n'ont pas l'impression d'aller dans une usine à sevrage.

A : C'est plus simple pour les patients ?

Dr. : C'est très simple. J'ai déjà eu des sevrages en ambulatoire avec des patients qui n'ont pas de voiture, les trains fonctionnent très bien.

A : Il n'y a pas de soucis pour le déplacement ?

Dr. : Non pas du tout, là où on se dit qu'il y aurait un frein, il faudrait hospitaliser le patient, finalement non ce n'est pas tellement nécessaire.

A : Vous suivez vos patients à quelle fréquence lors des sevrages ?

Dr. : C'est très variable. Il y a vraiment les trois cercles : le CSAPA, le patient et moi ; et on essaie de trouver le terrain d'entente qui convient à tout le monde. Il y a toujours la consigne s'il y a un souci de venir me voir.

A : Ce sont des sevrages par benzodiazépine ? Ou par Selincro / Baclofène ou autre ?

Dr. : C'est pour beaucoup avec du Diazépam. On a essayé un tout petit peu le Baclofène avec ses limites en terme de fatigue. Sur la reprise de contrôle de la consommation massive, le Baclofène permet quand même la réduction des dérapages. Mais sinon le gros des sevrages c'est vitaminothérapie et Diazépam. Le Selincro pas du tout, je pense que j'ai des résistances à ce traitement, je ne suis pas emballé par la molécule et il se trouve qu'au CSAPA il ne la propose pas non plus.

A : Vous travaillez qu'avec le CSAPA de W. ?

Dr. : H. c'est plus compliqué parce qu'ils sont débordés. Et sinon j'ai des bon contacts avec les post cures Marienbronn et Chateauwalk.

A : C'est donc le CSAPA qui décide si le sevrage sera réalisé en ambulatoire ou en hospitalier et ensuite c'est vous qui prenez le relais ?

Dr. : Oui c'est ça. Et si il y a une hospitalisation, je le suis de près après car il y a souvent des rechutes très rapides. Je crois au maintien dans ces cas-là en structure plus longtemps. Des semaines et des semaines.

A : Pas juste le temps du sevrage ?

Dr. : Ah oui car la huitaine de jour dans un service de médecine, il y a tout un accompagnement qui manque. Et qu'on arrive à faire en ambulatoire souvent.

A : Vous travaillez avec des psychiatres en ambulatoire en dehors de CSAPA ?

Dr. : Non, on a surtout des jeunes assez lacaniens qui sont très dans l'écoute et qui ne sont pas très guidants pour le patient. J'ai souvent l'impression que les patients sont en demande de conseils et qui n'ont pas l'impression d'avancer avec ces consultations. Ce n'est pas par manque d'intérêt de mes collègues psychiatres.

A : Vous travaillez avec des infirmiers qui passent à domicile ?

Dr. : Les seuls infirmiers qui passent à domicile dans le secteur, ceux sont les infirmiers de l'EPSAN pour le suivi psychiatrique. Les autres sont essentiellement pour les toilettes, la distribution de médicament, les perfusions etc.

A : Pourquoi les sevrages ambulatoires ne sont pas plus répandus ?

Dr. : Ça demande de la disponibilité. J'ai déjà eu une situation d'un jeune psychotique qui buvait énormément à visée anxiolytique et lorsqu'il débarque avec sa maman, ceux sont des consultations à rallonge donc je suis content quand c'est la dernière consultation de la journée.

A : Vous pensez que le fait de faire des sevrages oriente votre patientèle ?

Dr. : Non ce n'est pas du tout le cas. C'est valable aussi pour les patients que j'ai sous Subutex, je n'ai pas l'impression que c'est du bouche à oreille. Mais c'est vrai que c'est une crainte que j'ai souvent entendue.

A : Que pensez-vous d'entourer les médecins traitants avec un psychologue/psychiatre et des infirmiers pour réaliser des prises en charge à domicile, vous pensez que c'est possible ?

Dr. : Je pense que c'est possible mais ça ne peut pas se faire sans la coordination avec les CSAPA. Qu'on mette autour des professionnels de santé qui ont une appétence particulière pour cet problématique, oui tout à fait. Des infirmiers il y en aurait plusieurs qui seraient intéressés pour ça et qui seraient disponibles.

A : Vous vous êtes formé comment pour la prise en charge de l'alcoolisme ?

Dr. : Sur le plan théorique c'est essentiellement le livre de collègue des enseignants pour les généralistes que je trouve très bien fait. Je n'ai pas réellement eu d'autre formation. C'est surtout le fait d'en parler, de travailler sur soi, de s'enlever les freins qui empêchent d'en parler car je pense qu'on s'autocensure beaucoup et que l'on a peur de ce que ça déclenche. Comme contre-formation, c'était mon premier semestre d'interne en gériatrie à P. et de garde je devais aussi m'occuper du service d'addictologie et d'avoir à gérer des patients en DT et à injecter des doses de diazépam incroyable, ça ne m'a pas beaucoup aidé.

ENTRETIEN N° 12 – 26/10/2017

A : Vous exercez la médecine générale depuis combien de temps ?

Dr. : C'est ma trentième année ici, plus une année avant de remplacement.

A : Vous travaillez en association ?

Dr. : J'ai été associé cinq ans, et actuellement je suis seul mais j'ai des internes.

A : Vous avez une orientation particulière à votre patientèle ?

Dr. : Non c'est de la médecine générale, j'essaie de faire le plus varié possible

A : Vous savez combien de patients vous avez en tant que médecin traitant ?

Dr. : Je ne sais pas peut être en-dessous de la moyenne. On avait tenu la liste quand on était associé, et quand mon associée est partie elle a pris une partie de la patientèle avec elle. J'ai essayé de refaire une liste, il y en a que trois cents.

A : Vous savez combien ont des problèmes d'alcool ?

Dr. : Je n'ai jamais fait de statistiques, plusieurs dizaines.

A : Vous abordez le sujet en consultation ?

Dr. : Oui régulièrement.

A : Ceux sont les patients qui viennent en parler ? C'est vous qui abordez le sujet ?

Dr. : La plupart du temps c'est moi qui l'évoque, il y en a parfois qui viennent pour demander de l'aide mais ce n'est pas la majeure des cas. J'en parle sur des complications au niveau de la prise de sang ou sur des problèmes qu'ils ont eus.

A : Quel type de problèmes ?

Dr. : Perte de permis, accident, chute, du diabète. Il y a plusieurs manières d'aborder le sujet.

A : Sont-ils suivis dans un centre d'addictologie ?

Dr. : En général non. Il y en a quelques-uns mais assez peu. J'en ai envoyé à l'hôpital civil autrefois mais vu le petit nombre de résultat, y a longtemps que j'en ai plus envoyé.

Le dernier qui est allé faire un sevrage, il est allé rapidement en postcure à Chateaufort et il est revenu déçu par le manque de personnel, d'activité. Il passait son temps à attendre.

A : C'était votre dernier retour ?

Dr. : Oui c'est ça, depuis je n'ai pas eu l'occasion ou je n'ai pas trouvé utile d'en envoyer en cure/postcure.

Il n'y a pas de centre spécifique avec lequel je travaille.

A : Vous êtes en bon contact avec ces structures ?

Dr. : Oui des courriers à chaque fois. Je ne me sens pas isolé par rapport à eux.

A : Avez-vous déjà proposé des sevrages ambulatoires ? Sous quelle forme ?

Dr. : Oui. Chaque cas est particulier. Le dernier succès que j'ai eu c'était un patient qui allait perdre son permis pour conduite en état d'ivresse. Il avait un déni très important. En lui en parlant il a fini par l'accepter, accepter l'idée de boire.

A : Il a arrêté comment ? Vous avez introduit un traitement ?

Dr. : J'ai introduit du valium à petites doses, je ne sais plus exactement.

A : Il était suivi par d'autre personne ? Un psychiatre/psychologue ?

Dr. : Non. Je le suis tout seul, il vient régulièrement apparemment ça va bien.

A : Y a-t-il eu d'autres sevrages que vous avez mis en place ? Sans forcément un succès par la suite ?

Dr. : Oui j'en ai essayé.

A : Toujours avec du valium ?

Dr. : Oui parfois avec du valium, parfois avec de l'Esperal. Je n'ai jamais vraiment essayé avec le Baclofène. Chaque fois que je l'ai proposé à des patients soit ils l'ont refusé parce qu'ils avaient entendu qu'il y avait des effets indésirables dangereux, en fait ce n'est pas ceux qui voulaient arrêter. Ou alors ils l'ont pris et ils ne l'ont pas supporté. Donc je n'ai jamais eu de succès.

A : Et le Selincro ?

Dr. : Non jamais. J'ai lu de la documentation, je n'ai pas essayé. Je n'ai pas eu l'occasion. Et pour les traitements médicamenteux à part le valium je ne suis pas convaincu qu'ils apportent quelque chose.

A : Certains de vos patients sont suivis par des psychiatres ?

Dr. : Oui c'est déjà arrivé, actuellement je n'ai pas d'exemple.

A : Lorsque vous proposez des sevrages à domicile, les patients étaient-ils réceptifs ? Ou préféraient-ils être hospitalisés / encadrés ?

Dr. : En général les patients promettent plutôt d'essayer tout seul, il arrive alors que je propose une hospitalisation quand je vois que ça ne fonctionne pas, mais je ne peux pas les obliger, la plupart du temps ils ne souhaitent pas être hospitalisés.

A : Vous arrivez à impliquer la famille ?

Dr. : C'est assez rare. Je n'ai pas de cas en tête. En réfléchissant bien, les patients alcooliques que je vois sont des personnes seules.

A : Si l'on mettait en place une équipe, infirmières, psychologues, autour du médecin traitant pour aider de réaliser les sevrages à domicile, ça serait réalisable ?

Dr. : Oui à ce sujet je me souviens d'une patiente qui avait un très gros problème d'alcool, qui a fini par en décéder. A la fin elle n'ouvrait plus à l'infirmière. On essayait de mettre des choses en place lorsqu'elle revenait de l'hôpital pour des prises en charge de fracture post-chute, elle acceptait pendant deux/trois semaines et puis elle arrêta, elle n'ouvrait plus.

A : Et vous pensez qu'avec un réseau avec vous ça serait plus simple de mettre en place des sevrages à la maison ?

Dr. : Ca pourrait être utile, pour moi c'est vraiment du cas par cas. Du fait que j'ai une population assez variée, à la limite j'ai eu plus de toxicomanes car à l'époque je prescrivais du Subutex. J'ai en tout plus de patients toxicomanes que je suis que d'alcoolique. Mais l'alcool c'est plus compliqué, plus caché.

A : Comment vous vous êtes formé à la prise en charge de l'alcoolisme ?

Dr. : Je me souviens pendant mes études, un professeur-psychiatre qui avait commencé son cours en disant 'il faut que vous appreniez quelque chose de très important avec l'alcool, il faut que vous transmettiez au patient la notion que c'est une maladie. Ce qui veut dire qu'il y a des traitements et que l'on peut en guérir.' Et il a développé son cours par rapport à ça.

Un autre professeur-interniste nous a dit 'je vais vous expliquer une chose fondamentale concernant l'alcoolisme, il faut que le patient comprenne que ce n'est pas une maladie, que c'est dans sa tête, c'est fonction de sa volonté.'

Du coup je me suis dit que j'allais me former tout seul, par la lecture et par la suite par mon expérience.

A : Vous faites une FMC ?

Dr. : J'en ai fait régulièrement, je n'en fais presque plus car le nouveau système avec une partie chez soi/présentielle ça ne me convient pas. Et je trouve que l'excellente formation c'est tout simplement internet.

ENTRETIEN N°13 – 30/10/2017

A : Vous exercez la médecine générale depuis combien de temps ?

Dr. : trente-trois ans.

A : Toujours en association ?

Dr. : Oui toujours avec mon épouse.

A : Il y a une orientation particulière ?

Dr. : Non c'est surtout de la médecine générale, je fais un peu de médecine manuelle, j'ai passé le DU d'homéopathie, mais c'est moins de 5% de mes prescriptions.

A : Vous savez combien de patients vous avez ?

Dr. : Non, aucune idée, c'est difficile à savoir puisqu'ils ne sont pas tous inscrits. On se partage les patients avec mon épouse. Il n'y a pas encore de médecin traitant 'cabinet'.

A : Vous savez combien de vos patients ont un problème avec l'alcool ?

Dr. : On a une idée mais c'est toujours sous-estimé. Il y a les buveurs excessifs qui vivent très bien avec leur alcool qui ne s'en plaignent pas, que l'on découvre au cours d'un bilan biologique ou d'une pathologie intercurrente. Le nombre est très difficile à évaluer.

A : Y en a-t-ils qui sont suivis ?

Dr. : Je pense, ils ne le disent pas forcément.

A : Vous savez où ils sont suivis ?

Dr. : Dans les centres d'addictologies pour la plupart. Bien que les centres d'addictologies j'en suis un petit peu revenu.

A : Pourquoi ?

Dr. : Parce qu'ils n'apportent pas beaucoup plus qu'un bon médecin généraliste à mon avis. Ils font de la médecine générale. Les hôpitaux, je préférerais qu'ils se recentrent sur leur activité principale, l'hospitalisation, plutôt que de faire des consultations de médecine générale qui n'apporte pas grand chose.

A : Avez-vous eu des retours qui n'apportent pas grand chose ?

Dr. : Non ça ne change rien du tout au risque de rechute, à la qualité de prise en charge.

A : Les patients qui vont en centre d'addictologie, continuent à venir chez vous pour le suivi ?

Dr. : Oui mais pas pour l'alcool, pour les autres pathologies.

A : Vous abordez le sujet en consultation ? Comment ?

Dr. : En leur demandant, par exemple pour un calcul de facteur de risque cardio-vasculaire, combien de verres d'alcool ils prennent pas jour.

A : De façon assez systématique alors ?

Dr. : Oui et à condition qu'ils viennent pour un bilan qui a un lien. Si ils viennent pour une angine je ne vais pas leur demander. Ils ne viennent pas pour ça.

A : Avez-vous des patients qui sont venus vous demander de l'aide vis à vis de l'alcool ?

Dr. : Oui.

A : Comment avez-vous fait ?

Dr. : Tout dépend du type d'alcoolisme. La dernière que j'ai vue je l'ai prise en ambulatoire, je n'ai pas eu besoin de faire de sevrage, car c'était un alcoolisme un peu particulier. Elle buvait la semaine quand elle était toute seule puis elle arrêtait le weekend quand elle était avec son mari. Ça s'est bien passé.

Je lui ai fixé un programme d'abstinence et j'ai introduit un traitement d'aide à l'abstinence. Donc je n'ai pas eu besoin d'un traitement de sevrage.

A : Vous l'avez suivi tout les combien de temps ?

Dr. : C'était une consultation la semaine dernière, je dois la revoir à un mois, pour refaire le point. Elle s'était fixée un objectif car elle reprenait un travail dans un mois.

A : Avez-vous déjà proposé d'autres sevrages en ambulatoire ?

Dr. : Oui ça m'est arrivé.

A : Sous quelle forme ? Sevrage classique ? Ou aide à la réduction de la consommation ?

Dr. : Je suis plutôt partisan du sevrage brutal. S'ils ont un problème avec l'alcool, il faut arrêter l'alcool. Je suis assez clair avec les patients là-dessus. 'Vous avez un problème d'alcool si vous arrêtez c'est complètement'. 'Rien ne vous empêche de faire une démarche de réduction de la quantité, mais ce n'est pas l'objectif. '

A : En général ils étaient plutôt pour une hospitalisation ou pour une prise en charge en ambulatoire ?

Dr. : En général, ils sont plutôt partisans d'une prise en charge en ambulatoire.

A : Vous utilisez quoi comme molécule ?

Dr. : Une benzodiazépine de courte durée d'action. Le Baclofène je ne l'ai jamais utilisé, j'attends de voir. Ce n'est pas un traitement de sevrage. Pour moi le sevrage c'est les benzodiazépines, j'utilise le Seresta. Le valium je n'aime pas trop car ça a une demi-vie longue.

A : Vous le faites sur combien de temps ?

Dr. : Deux/trois semaines, pas au-delà d'un mois.

A : Vous les suivez régulièrement ?

Dr. : Oui je les revois à un mois, et je leur dis que je suis disponible si il y a quoique ce soit.

A : Vous êtes seul ? Vous faites intervenir un psychiatre ?

Dr. : Ça dépend si il y a un problème psychiatrique ou non, si c'est simplement un problème de consommation excessive non sous tendu par un problème psychologique, il n'y a pas besoin.

Celle que j'ai vue la semaine dernière il y a un problème dépressif derrière. Donc j'ai introduit un traitement antidépresseur. Elle ne souhaitait pas voir de psychiatre.

A : Y a-t-il des infirmiers qui passent à domicile ?

Dr. : Non les infirmiers dans la vallée ne sont pas trop formés à ça.

A : C'est un souci de formation ?

Dr. : Oui ce n'est pas dans leur culture.

A : Si il y a des sevrages compliqués vous les adressez en hospitalisation ?

Dr. : Oui, je travaille avec n'importe quel hôpital dans un service de médecine puis je prends la suite au retour.

A : Vous impliquez les familles ? Ou c'est compliqué ?

Dr. : Non ce n'est pas vraiment compliqué, la plupart du temps ils sont emmenés par les familles. C'est la famille qui est demandeuse. Dans toute addiction je dis aux patients il faut dire que vous arrêtez de boire, dire que vous arrêtez de fumer. Ce n'est pas la peine de le cacher, et ça évitera l'entourage de faire des gaffes. Et éventuellement avertir l'entourage sur les symptômes possibles du sevrage. On sait jamais il peut faire une crise d'épilepsie.

A : Il y a déjà eu des complications à domicile sur des sevrages ?

Dr. : J'ai un patient qui a fait une crise d'épilepsie. C'était le fils d'une de mes patientes, je le voyais pour la première fois, il a fait une crise d'épilepsie sur la table lors de la consultation. Il été en manque. Je n'ai pas fait le lien par rapport à l'alcool tout de suite. Il a été hospitalisé.

J'ai déjà vu des patients faire des DT lors d'une hospitalisation pour un tout autre problème.

A : Ca vous arrive de découvrir l'alcoolisme dans ce contexte ?

Dr. : On le soupçonne. Ce n'est pas toujours une surprise.

A : Quelles sont les raisons lorsque vous ne proposez pas de sevrage à domicile ? C'est la réticence du patient ?

Dr. : Oui. Et ça dépend du niveau de consommation.

Je le propose quand ils ne peuvent vraiment plus se passer d'alcool, quand ils ne tiennent pas plus de deux jours sans boire. Ma première question c'est combien de temps ils tiennent sans alcool le matin après s'être levé. On a des patients qui viennent le matin en consultations, qui présentent des tremblements. J'ai eu un patient qui venait de temps à temps à jeun lorsque je lui faisais la prise de sang.

A : Et vous en parliez à ce moment là ?

Dr. : Oui oui.

A : Comment vous vous êtes formés par rapport à l'alcoolisme ?

Dr. : A la faculté un petit peu. Mais les choses ont changé, pendant mon internat en gastro on faisait des sevrages par Esperal et on leur servait de l'alcool pour leur montrer ce que ça faisait en milieu hospitalier puis on leur laisserait le traitement pour le retour à la maison.

A : Vous pensez que si l'on mettait en place un réseau autour des médecins généralistes pour leur permettre de faire des sevrages, ce serait mieux ?

Dr. : Oui ça serait plus simple. Je pense que les patients préféreront être traités par leur propre médecin traitant plutôt que d'aller dans des structures d'addictologie et tout reprendre depuis le début.

Tout ce qui passe par le médecin traitant c'est toujours plus efficace, que ce soit le dépistage, la prévention. Par exemple pour le vaccin pour la grippe on n'a pas compris encore qu'il fallait que ça soit le médecin traitant qui le propose. Si ce n'est pas expliqué les gens ne le font plus. Alors effectivement on est un peu seul.

Et l'autre souci c'est surtout la disponibilité / délai des structures. C'est pour ça les réseaux j'en reviens un peu. On s'aperçoit que le patient n'est pas toujours au centre du réseau. Il y a un petit biais qui me gêne toujours.

Dans ce cas là, le plus important c'est la formation de psychologues et des infirmiers.

