

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG
FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

ANNÉE : 2024

N° : 7

THÈSE PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Diplôme d'état :

Mention Médecine Générale

PAR

LUCCHINI Raphaël

Né le 27 mars 1995 à Saint-Etienne

Titre de la thèse

**État des lieux des stratégies de réduction des consommations de
l'alcool par les médecins traitants en Alsace en 2023.
Étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 14 médecins
généralistes en Alsace.**

Présidente de thèse : Madame la Professeure LALANNE Laurence

Directrice de thèse : Madame la Docteure LANDMANN-BRONNER Sophie



FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

Édition SEPTEMBRE 2023
Année universitaire 2023-2024

- Président de l'université
 - Doyen de la Faculté
 - Président Vice-Doyens de la Faculté
 - Doyens honoraires : (2008-2009) (2009-2010) (2010-2011) (2011-2012)
 - Chargé de mission auprès du Doyen
 - Responsable Administratif
- M. DOMINIC MICHEL
 - M. HALLI JOEL
 - MICHEL CHARLOTTE JEAN
 - M. HARTZ JEAN MARIE
 - M. MATHIEUX JURY
 - M. GERLINGS FLORE
 - M. LUCAS BERTHIE
 - M. VICENTE OLIVIER
 - M. STEINMANN GUYFRY



HOMOLOGUÉS (AUTORISÉS) PAR
LE MINISTRE DE L'ÉDUCATION
SUPERIEURE

A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE

MONTEIL JEAN LAURENT Chaire "Gynécologie humaine" (à compter du 01.11.2010)

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

ANNAUD JEANNE Immunologie biologique
COLLIER JEANNE Génétique humaine

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

| NOM et Prénoms | UP | Services Hospitaliers de Soins / Spécialisation | Descripteur du Conseil National des Universités |
|------------------------------|------------|--|---|
| ANNAUD Philippe | 4000 02 | • Pôle de l'Appareil locomoteur - service d'hospitalisation des Urgences de Traumatologie / HD | 40.00 Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| ARON Dierck | 4000 03 | • Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et entérocolique et Transplantatologie | 03.00 Chirurgie générale |
| AULIARD Christelle | 4000 03 | • Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / HD | 04.00 Gynécologie-Obstétrique / gynécologie médicale 05.00 Gynécologie-Obstétrique |
| BAEAS Emmanuel | 030 03 | • Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIMED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/MC | 03.00 Médecine interne |
| BANERJI Harshad | 4000 02 | • Pôle Tête et Cou-OTO - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre | 02.00 Neurologie |
| BENOIST ANTOINETTE CHRISTINE | 4000 03 | • Pôle de Biologie - service de morphologie / hôpital de Hautepierre + Institut d'Histologie / Faculté de Médecine | 40.00 Histologie, embryologie et cytologie biologie humaine |
| BENOIST Delphine | 4000 03 | • Pôle d'Imagerie - service de radiologie / civil | 07.00 Cancérologie / radiodiagnostic |
| BENOIST Laurent | 4000 03 | • Pôle ORL - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre | 00.00 Rhumatologie |
| BACHELIER Philippe | 030 03 | • Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et entérocolique et Transplantatologie | 03.00 Chirurgie générale |
| BACHEM Dourak | 4000 03 | • Pôle de Biologie Laboratoire d'immunologie biologique / Hôpital civil - Institut d'Histologie et d'Immunologie / Hôpital Civil / Faculté | 40.00 Immunologie humaine (biologie) |
| BALMEET Thomas | 4000 03 | • Pôle digestif de l'Hôpital civil - Institut de recherche sur les maladies hépatiques et néphrologiques | 03.00 Gastro-entérologie, hépatologie 07.00 Neurologie |
| BENOIST FABIENNE | 4000 03 | • Pôle de Biologie - Laboratoire de biochimie et de biologie moléculaire / HD | 40.00 Biologie humaine (après biologie) |
| BEAUCOUR Séverine | 4000 03 | • Pôle d'Imagerie - OMT / Anatomie transverse - Unité de Neuroanatomie Interne/externe / Hôpital de Hautepierre | 03.00 Radiologie et imagerie médicale 05.00 Anatomie |
| BESNE Fabrice | 4000 03 | • Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie / Hôpital Civil | 09.00 Psychiatrie d'adulte, addictologie 05.00 Psychiatrie d'adolescence |
| BERTHEMOT Gilles | 400 03 | • Pôle de rayonnements et de santé publique - Service de Radiologie II / Hôpital Civil | 40.00 Radiologie |
| BESNY Guillaume | 4000 03 | • Pôle d'Imagerie - service d'imagerie II - neuro-radiologie, imagerie interventionnelle, radiobiologie | 40.00 Radiologie |
| BILLET Pascal | 400 03 | • Pôle d'Urgences / Hépatites virales, hépatites - Service des Urgences médico-chirurgicales adultes / HD | 04.00 Hépatites ; infectiologie d'urgence 05.00 Médecine d'urgence |
| BLANC Frédéric | 4000 03 | • Pôle de Gériatrie - service d'admission - gériatrie - hôpital de la Santéville | 03.00 Médecine interne, addictologie 05.00 Gériatrie et biologie du vieillissement |
| BODR Frédéric | 4000 03 | • Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Maxillo-faciale et maxillo-faciale / Hôpital Civil | 00.04 Chirurgie Maxillo-faciale, reconstructrice et Esthétique ; Otorhinologie |
| BONHEMMI Laurent | 4000 03 | • Pôle maladies chirurgicales de l'Adulte - Service de Pédiatrie 2 - Hôpital de Hautepierre | 04.00 Pédiatrie |
| BONHEMET François | 4000 03 | • Pôle de l'Appareil locomoteur - service d'orthopédie - traumatologie du membre inférieur / HD | 00.00 Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| BONJOUR IMMANUEL | 4000 03 | • Pôle de spécialité médecine - ophtalmologie / HD - Service d'ophtalmologie / Hôpital Hôpital Civil | 04.00 Ophtalmologie |

| NOM ET Prénoms | CS ¹ | Services hospitaliers au Institut / spécialisée | Service(s) de conseil national des universités |
|-------------------------------|-----------------|---|--|
| BOURDIN Nicolas | MRP CI | + Pôle tête et cou - ORL - service de neurologie - unité de sommeil / hôpital civil | 40.01 Neurologie |
| Mme BRUNET Cécile | MRP MC | + Pôle des pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP | 40.02 chirurgie générale |
| BRUNET-ROGER Catherine | MRP CI | + Pôle de l'appareil locomoteur - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / HP | 40.04 option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique |
| Mme CHALLARD-DUJANIN Sophie | MRP MC | + Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMC - Service de Néphrologie-Dialyse et Transplantation / RHC | 22.02 Néphrologie |
| CASTELAIN Julien | MRP MC | + Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antitoxique - Service de Réanimation médicale (Hôpital de Hautepierre) | 40.03 Réanimation |
| Mme CEDULA Sabine | MRP MC | + Pôle Tête-Cou - Service de Neurochirurgie / HP | 40.02 Neurochirurgie |
| CHASSE Jack | MRP CI | + Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale - SMC | 31.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire option : chirurgie vasculaire |
| CHARLES Yann-Philippe | MRP MC | + Pôle de l'appareil locomoteur - Service de Chirurgie du membre / Chirurgie B / HP | 40.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| Mme CHRETIEN Anne | MRP MC | + Pôle de Pathologie thoracique - Service de Hépatologie et d'Explorations fonctionnelles / SMC | 40.02 Physiologie (option biophysique) |
| Mme CHABBIT Anne | MRP MC | + Pôle Tête et Cou - ORL - Serv. d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale / HP | 31.03 oto-rhino-laryngologie |
| Mme CHÉPARD-RIZI Marie-Claire | MRP CI | + Pôle de Biologie - Service de Bactériologie / Hôpital de Hautepierre | 42.02 Anémie et cytologie pathologiques (option hématologie) |
| CLAVERY Christophe | MRP CI | + Pôle de l'appareil locomoteur - service d'orthopédie - traumatologie du membre supérieur / HP | 41.02 Sciences (option stomatologie, orthopédie traumatologique) |
| COLANIC Olivier | MRP MC | + Pôle d'anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - service d'anesthésiologie - réanimations chirurgicales / SMC | 46.03 Anesthésiologie/Réanimation ; Médecine d'urgence (opt. anesthésiologie réanimation - type clinique) |
| COLOMBO Nicolas | MRP MC | + Pôle Tête et Cou-ORL - Centre d'immigration Clinique / SMC et HP | 40.01 Neurologie |
| CRIBER Bernard | MRP CI | + Pôle d'Urologie, Néphrologie et Dermatologie - Service de Néphrologie / Hôpital civil | 30.03 Dermato-Vénérologie |
| de BLAY de SADI Frédéric | MRP CI | + Pôle de Pathologie thoracique - Service de pneumologie / Nouvel hôpital civil | 31.01 Pneumologie |
| de GEE Arôme | MRP CI | + Pôle Tête et Cou - ORL - Centre d'investigation Clinique (CIC) - AXI / Hôpital de Hautepierre | 40.01 Neurologie |
| DEBY Christophe | MRP CI | + Pôle Tête et Cou - ORL - Serv. d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale / HP | 31.03 oto-rhino-laryngologie |
| DEHAYE Christophe | MRP MC | + Pôle de gynécologie-obstétrique - Service de gynécologie-obstétrique / hôpital de Hautepierre | 34.01 Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale option gynécologie-obstétrique |
| Mme DEJOURS-SALOMONNE Sabine | MRP CI | + Pôle de Biologie - Service de Génétique médicale / Hôpital de Hautepierre | 41.03 Génétique (type clinique) |
| DILIBERT Yannick | MRP MC | + Pôle de l'appareil locomoteur - service d'orthopédie - traumatologie du membre inférieur / HP | 40.02 Chirurgie orthopédique et Traumatologique |
| Mme DUCO-LEBELLE Valérie | MRP MC | + Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - service de Pédiatrie II / Hôpital de Hautepierre | 30.03 Pédiatrie |
| Mme DUCCI Sylvie | MRP CI | + Pôle de l'appareil locomoteur - service de chirurgie de la main - SMC HP / Hôpital de Hautepierre | 40.02 chirurgie orthopédique et traumatologique |
| Mme FAYE-BAFFRE Jeanne | MRP CI | + Pôle de Biologie - Laboratoire Institut de Biologie / HMKHS et Hôpital | 40.03 bactériologie-virologie ; mycologie hospitalière option : bactériologie-virologie biologique |
| FAYOT François | MRP MC | + Pôle de pathologie digestive, hépatique et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et transplantation / HP | 40.02 chirurgie générale |
| FALLET Marie-AnneMarie | MRP MC | + Pôle de pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel hôpital civil | 41.01 chirurgie thoracique et cardio-vasculaire |
| FARREKH Ali-Elattifi | MRP MC | + Pôle d'onco-hématologie - Service d'hématologie / ICMS | 41.01 Hématologie ; transfusion option : Hématologie |
| FOUVER Jack | MRP MC | + Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie / Hôpital civil | 40.02 Psychiatrie - Adultes |
| SALLER Sarah | MC | + HP - Institut Hospitalo-Universitaire - Hôpital Civil | 42.02 Radiologie et imagerie médicale |
| SAND J'atier | MRP CI | + Pôle d'imagerie - Service d'imagerie à interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil | 42.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique) |
| SARROT Julien | MRP MC | + Pôle d'imagerie - Service d'imagerie à interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil | 42.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique) |
| SAUCHER David | MRP MC | + Pôle des Spécialités Médicales - Dermatologie / SMC - Service de Dermatologie / Nouvel Hôpital Civil | 30.02 Dermatologie |
| SOYF Bernard | MRP CI | + Pôle de Pathologie thoracique - Service de Hépatologie et d'Explorations fonctionnelles / SMC | 40.02 Physiologie (option biologique) |
| DECOY Yannick | MRP MC | + Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale / HP | 31.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire option : chirurgie vasculaire |
| DUCOEL Philippe | MRP CI | + Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Hautepierre | 30.02 Chirurgie infantile |
| DÉCHOT Bernard | MRP CI | + Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRCO) - service de Médecine Interne et de nutrition / HP | 30.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques |
| Mme DÉCHALET Marie | MRP CI | + Pôle de Santé publique et santé au travail - service de pathologie professionnelle et médecine du travail/HP | 30.02 médecine et santé au travail |

| NOM et Prénoms | CS ² | Services Hospitaliers au Institut / Localisation | Secteur(s) du tableau national des spécialités |
|------------------------|-----------------|--|--|
| DOUILLIER Jacques Eric | HR0 CE | • Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MNHM) • Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre | 40.01 Rhumatologie |
| GARIBAUDI Yves | RFC RCE | • Pôle de Spécialités Médicales - Contaminologie / SMD • Service des Maladies Infectieuses et Tropicales / HIC | 53.03 Option - Maladies Infectieuses |
| Mme HELLER Julie | HR00 RCE | • Pôle Urgences - Réanimation Médicale / Centre d'urgence • Service de Réanimation Médicale / Hôpital Hôtel Dieu | 53.02 Médecine Intensive-Réanimation |
| HROCH Etienne | HR00 RCE | • Pôle Tête et Cou - CTE • Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre | 49.01 Neurologie |
| Mme HUBERT Helene | HR00 RCE | • Pôle d'Imagerie • Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / CMH | 41.01 Biophysique et médecine nucléaire |
| Mme KOCHELI Marie-Live | HR0 CE | • Pôle de Médecine Unique et de Réadaptation • Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau | 41.04 Médecine Physique et Réadaptation |
| JAILLAC Daniel | HR00 CE | • Pôle de Biologie • Institut Laboratoire de Biochimie / PTM HUS et Faculté | 45.01 Option - Biochimie-Biologie Clinique |
| Mme JEANDIER Nathalie | HR0 CE | • Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Diabétologie, Diabétologie (MNHM) • Service d'Endocrinologie, diabète et nutrition / HIC | 54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques |
| Mme JOCI-HOUC Laurence | HR0 RCE | • Pôle d'Accueil Médico-Chirurgical Cardio-vasculaire • Service de Cardiologie / Hôpital Hôtel Dieu | 53.02 Cardiologie |
| KULTSCHICK Brigitte | HR0 CE | • Pôle de Gériatrie • Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Solitaire • Secteur Evaluation - Gériatrie / Hôpital de la Solitaire | 61.01 Option - Gériatrie et biologie du vieillissement |
| Mme LESLIER Laurence | HR0 RCE | • Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MNHM) • Service d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et-diabétologie/ Méd. B / HC | 54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques |
| KESLER Roman | HR0 RCE | • Pôle de Pathologie Thoracique • Service de Pneumologie / Hôpital Hôtel Dieu | 53.01 Pneumologie |
| KNOX Nicolas | HR0 RCE | • Pôle d'Activité Médico-Chirurgicale Cardio-vasculaire • Service de Chirurgie Cardio-Vasculaire / Hôpital Hôtel Dieu | 53.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire |
| Mme LEBLANC Anne-ophie | HR00 CE | • Pôle de Spécialités Médicales - Contaminologie / SMD • Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / SMD | 53.03 Immunologie (option critique) |
| M HIC Stéphane | HR0 CE | • Pôle d'Imagerie • Service Imagerie II - Neurologie Cardiovasculaire - Méd. B / HC | 41.02 Radiologie et Imagerie Médicale (option Clinique) |
| KOHN Pierre | HR0 CE | • Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie • Service de Néonatalogie et Néonatalogie Néonatale (Pédiatrie SMD) | 59.01 Pédiatrie |
| KUPIC Jean-Dominique | RFC RCE | • Pôle d'Onco-Hématologie • Service d'Hématologie / CMH | 47.02 Option - Géméologie (clinique) |
| Mme LAFRANC Laurence | HR0 CE | • Pôle de Psychiatrie, Santé Mentale et Addictologie • Service d'Addictologie / Hôpital Hôtel Dieu | 43.02 Psychiatrie d'adultes / Addictologie (option addictologie) |
| LAMI Pierre | HR0 RCE | • Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie • Service de Chirurgie plastique / Hôpital Hôtel Dieu | 52.01 Urologie |
| LEUNG Vincent | HR0 CE | • Pôle Médico-Chirurgical de Gériatrie • Service de Pédiatrie 1 / Hôpital de Hautepierre | 54.01 Médecine |
| Mme LEUY NINE | HR0 RCE | • Pôle d'Activité Médico-Chirurgicale Cardiovasculaire • Service de Chirurgie vasculaire et de Transplantation rénale / HIC | 53.04 Option - Chirurgie vasculaire |
| LENNER Jean-Henri | HR0 RCE | • Pôle d'Imagerie • Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine • Service de Neuroradiologie, d'Imagerie Oncologique et Interventionnelle (HIC) | 41.01 Anatomie |
| LEBROUC Jean-Marc | RFC CE | • Pôle de Biologie • Laboratoire de Biochimie générale et spécialisée / LBD / HIC • Laboratoire de Biophysique et de Biologie moléculaire / Neurologie | 45.02 Sciences Biophysiques de Diagnostic |
| LOREN Dan | HR0 RCE | • Pôle de chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et dermatologie • Service de Dermatologie / Hôpital Hôtel Dieu | 50.01 Dermato-vénérologie |
| LIEBERMANN Hippolyte | HR0 RCE | • Pôle du Tégument locomoteur • Service de Chirurgie de la Main - S2S Main / Hôpital de Hautepierre | 50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| MALOU Gabriel | HR0 RCE | • Pôle d'Onco-Hématologie • Service d'Onco-Hématologie / CMH | 47.01 Cancérologie / Radiothérapie Option - Cancérologie |
| MARTIN Thierry | HR0 RCE | • Pôle de Spécialités Médicales - Contaminologie / SMD • Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / SMD | 47.03 Immunologie (option critique) |
| Mme MARCAE Céline | HR0 RCE | • Pôle de Pathologie thoracique • Service de Pneumologie / Hôpital Hôtel Dieu | 53.03 Pneumologie - otolaryngologie |
| Mme MATHIEU Corine | HR0 CE | • Pôle de Gynécologie Obstétrique • Unité de Sérologie / CMH | 54.03 Gynécologie (obstétrique) / Gynécologie Molaire |
| MARTEL Laurent | HR0 CE | • Pôle d'Accueil d'Imagerie • Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre • Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine | 47.01 Hématologie / Imagerie Option Hématologie Biologique |

| NOM et Prénoms | CE ¹ | Services Hospitaliers de l'Institut / Localisation | Sein: section de l'Ordre National des Médecins |
|------------------------------|-----------------|---|--|
| MAZUCOTELLI Jean-Christophe | HR05 CE | • Pôle d'anesthésie-médecine-chirurgicale Cardio-vasculaire • Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil | 11.03: Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire |
| MEDARD Olivier | HR05 NCE | • Pôle de Biologie • Laboratoire de parasitologie et de mycologie médicale/Unité H102 | 43.03: Parasitologie et mycologie (option parasitologie) |
| MERTES Paul-Michel | HR05 CE | • Pôle d'anesthésiologie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR • Service d'anesthésiologie-réanimation chirurgicale / H102 | 40.03: Option: Anesthésiologie-Réanimation (type H102) |
| MERLIN Alain | HR05 NCE | • Institut de Myologie / Faculté de médecine • Pôle de pathologie musculaire • Service de myologie et d'explorations fonctionnelles / H102 | 44.03: Myologie (option myologie) |
| MERYS Nicole | HR05 NCE | • 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 biologie) |
| MEDONVILLE | HR05 CE | • Pôle organique - consultations médicales / Centre antipaléar • Service de réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil | 40.03: Réanimation |
| MERCIER Laurent | HR05 CE | • Pôle de pharmacie - pharmacologie • Labo. de Neurobiologie et Pharmacologie Cardio-vasculaire - D4205/ Fac | 40.03: Option: Pharmacologie fondamentale |
| MOREL Olivier | HR05 NCE | • Pôle d'activité médicale-chirurgicale cardio-vasculaire • Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil | 61.03: cardiologie |
| MUTTER Gabriel | HR05 NCE | • Pôle Hépatogastro-digestif de l'Hôpital Civil • Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / H102 | 62.03: chirurgie digestive |
| NANDET Jean-Jacques | HR05 CE | • Pôle d'imagerie • Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Multimodale / CHS | 43.03: Biophysique et médecine nucléaire |
| NOEL Georges | HR05 NCE | • Pôle d'imagerie • Service de radiologie / CHS | 47.03: Dermatologie, Radiothérapie Option Radiothérapie oncologique |
| MILL Eric | HR05 NCE | • Pôle d'anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR • Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - H102 | 40.03: Anesthésiologie-Réanimation |
| CHRYA HOUARI | HR05 NCE | • Pôle d'imagerie • Service d'imagerie E - Imagerie vasculaire et cardio-vasculaire / H102 | 43.03: Radiologie et Imagerie médicale (option oncologie) |
| OLIMONY Patrick | HR05 CE | • Pôle d'activité médicale-chirurgicale cardio-vasculaire • Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil | 61.03: cardiologie |
| OLIVE CLAUDE Anne | HR05 NCE | • Pôle de Pneumologie Thoracique • Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil | 11.03: Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire |
| OLIVE RICHARD Catherine | HR05 CE | • Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie • Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre | 14.03: Pédiatrie |
| PELACCHI Thomas | HR05 NCE | • Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR • Centre de formation et de recherche en pédagogie des sciences de la santé / Faculté | 40.03: Réanimation / Médecine d'urgence Option: Médecine d'urgence |
| OLIVE GENEVIEVE Anne | HR05 NCE | • Pôle Hépatogastro-digestif de l'Hôpital Civil • Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil | 62.03: chirurgie digestive |
| PECKOL Anne | HR05 CE | • Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation • Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil | 62.03: Chirurgie digestive |
| PEYR Thierry | CEP NCE | • ICAM • Département de médecine oncologique | 47.03: Oncologie / Radiothérapie option: oncologie clinique |
| PEYR Xavier | HR05 NCE | • ICAM • Département de médecine oncologique | 47.03: Dermatologie / Radiothérapie option: oncologie clinique |
| PEYRERRE Julien | HR05 CE | • Pôle d'anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR • Service d'anesthésiologie et de réanimation chirurgicale / H102 | 40.03: Anesthésiologie-Réanimation option: médecine d'urgence (option oncologie) |
| PEYRERRE Anne | HR05 NCE | • Pôle de médecine interne, endocrinologie, nutrition, endocrinologie, (néphrologie-Médecine) • Service de Médecine Interne et nutrition / Hôpital de Hautepierre | 44.04: nutrition |
| PEYRRE François | HR05 CE | • Pôle H102 et H101 • Service de Neurochirurgie / Hôpital de Hautepierre | 49.03: neurochirurgie |
| PEU Jean-Christophe | HR05 CE | • Pôle de Procédés • Service de Médecine Légale, Consultation d'urgence médico-judiciaire et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et H102 • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine | 46.03: Médecine légale et droit de la santé |
| PEYRARD Jean-Philippe | HR05 NCE | • Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation • Service d'Hépatogastro-Entérologie et d'assistance Nutritive / H102 | 62.03: Option: Gastro-entérologie |
| PEYRRE Nicolas | HR05 NCE | • Pôle de Biologie • Département Biologie du Développement et Cellules souches / IGBMC | 46.03: Biochimie et biologie moléculaire |
| PEYRRE Serge | HR05 CE | • Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation • Service de Chirurgie Générale et Digestive / H102 | 62.03: Chirurgie générale |
| PEYRRE Nicolas | HR05 NCE | • Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation • Service de Chirurgie Générale et Digestive / H102 | 62.03: Chirurgie générale |
| PEYRE RODONCEL-BERARD Eglise | HR05 NCE | • Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie • Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre | 14.03: Pédiatrie |
| PEYRE AOT Catherine | HR05 CE | • Pôle d'imagerie • Service d'imagerie E - Imagerie vasculaire et cardio-vasculaire / H102 | 43.03: Radiologie et imagerie médicale (opt. Oncologie) |
| PEYRANES Nicolas | HR05 NCE | • Pôle de Gynécologie-Obstétrique • Service de Gynécologie-Obstétrique / H102 | 64.03: Gynécologie-Obstétrique / gynécologie médicale Option: Gynécologie-Obstétrique |

| NOM et Prénoms | CS* | Services Hospitaliers au Institut / Localisations | Section du Conseil National des Universités |
|------------------------------|------------|--|---|
| BRUCE Amel | MRP RCI | - Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie / IHC - Service d'Ophtalmologie / Hôpital Civil | 03.02 Ophtalmologie |
| BRUGNON Eric André | MRP RCI | - Pôle du Travail Publique et Santé au Travail - Service de Santé Publique / Hôpital Civil - Biostatistique et Informatique / Faculté de Médecine / HC | 03.04 Épidémiologie, Informatique Médicale et Technologies de Communication (génomique) |
| BRUGNON Christian | RCI CS | - Pôle d'Otologie, Neurologie et Otorhinolaryngologie - Service de Chirurgie Otorhinolaryngologique / Hôpital Civil | 03.06 Otologie |
| BRUN SCHWITZ Claude | MRP CS | - Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie / IHC - Service d'Ophtalmologie / Hôpital Civil | 03.02 Ophtalmologie |
| BRUN JEAN-PIERRE CAROLINE | MRP RCI | - Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Moléculaire / Hôpital Civil | 03.04 Génétique (génomique) |
| BROUCCER Francis | MRP CS | - Pôle Urgences - Soins Intensifs Médicaux / Centre d'urgence - Service de Soins Intensifs Médicaux / Hôpital de Hautepierre | 03.02 Soins Intensifs |
| BRUNO BRÉGERE Carole | MRP CS | - Pôle de Psychiatrie et de Santé Mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / HC | 03.01 Neuropsychiatrie, Addictologie |
| SCHULTZ Philippe | MRP RCI | - Pôle Tête et Cou - CETO - Service d'Ototo-oto-laryngologie et de Chirurgie ORL / Hôpital Civil | 03.06 Oto-laryngologie |
| BRUNATI Laurent | MRP CS | - Pôle des Pathologies Digestives, Hépatiques et de la Transplantation - Service d'Hépatogastro-entérologie et d'assistance nutritionnelle | 03.02 Gastro-entérologie, Hépatologie, Néphrologie (gène, hépatologie) |
| BRUN JEAN | MRP RCI | - Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (NEMED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre | 03.01 Rhumatologie |
| BROUCCER Dominique | MRP CS | - Pôle d'activités médicales - chirurgie cardiaque vasculaire - Service des Maladies Cardiovasculaires - Hôpital de Hautepierre | 03.04 Cardiologie, Médecine vasculaire |
| BRUN TAUSSANT Marie | MRP RCI | - Pôle Médecine Chirurgicale de Système - Service de Chirurgie Orthopédique / Hôpital de Hautepierre | 03.06 Chirurgie orthopédique |
| TEUBER Francis | MRP RCI | - Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / Hôpital de Hautepierre | 03.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (génomique) |
| Mme TRONCHAY Christine | MRP CS | - Pôle Tête et Cou - CETO - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre | 03.02 Neurologie |
| VELLIN Francis | MRP CS | - Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie Visuelle, ORL et Maxillofaciale / HC | 03.02 Radiologie et médecine nucléaire (génomique) |
| VELTEN Michel | MRP RCI | - Pôle du Travail Publique et Santé au Travail - Département de Santé Publique / Institut - épidémiologie et économie de la Santé / Hôpital Civil - Laboratoire d'Épidémiologie et de Santé Publique / HC / Faculté | 03.03 Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (génomique) |
| VERGNET Marie | MRP CS | - Pôle de Psychiatrie et de Santé Mentale - Service de Psychiatrie d'Urgence, de Saison et de Psychiatrie ambulatoire / Hôpital Civil | 03.01 Psychiatrie d'adultes |
| WALLE Stéphane | MRP RCI | - Pôle de Biologie - Laboratoire de Microbiologie et de Pathologies Tropicales (Hôpital) | 03.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (génomique) |
| WALL, Thomas | MRP CS | - Pôle de Biologie - Service de Soins de Suite et Réadaptation Néonatale / Hôpital de la Néonatale | 03.05 Cardiologie et Biologie du Développement |
| WEDER Jean-Christophe Pierre | MRP CS | - Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie / IHC - Service de Médecine Interne / Hôpital Civil | 03.02 Médecine Interne |
| WOLF Philippe | MRP RCI | - Pôle des Pathologies Digestives, Hépatiques et de la Transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multigénéral / HC - Coordinateur des activités de prélèvements et transplantations des HLU | 03.02 Chirurgie générale |
| Mme WOLFF Valérie | MRP CS | - Pôle Tête et Cou - Unité Neuro-otologique / Hôpital de Hautepierre | 03.02 Neurologie |

HC : Hôpital Civil - HC : Hôpital de Hautepierre - IHC : Institut Hospitalier 1 - IHC : Unité de Soins Technologiques de Neurologie

* : CS (chef de service) ou MR (non chef de service hospitalier) - MRP : chef de service par métier - CS : chef de service professeur (un an)

RCI : chef d'unité fonctionnelle

MR : Pôle MR (responsable de Pôle) ou MRP (Non Responsable de Pôle)

CSHC : coordinateur hospitalier (pour toute des fonctions hospitalières sans chef de service)

Dr : Directeur

A4 - PROFESSEUR ASSOCIÉ DES UNIVERSITÉS

| NOM et Prénoms | CS* | Services Hospitaliers au Institut / Localisations | Section du Conseil National des Universités |
|--------------------|-----------|---|---|
| CAILLÉ Laurent | MRP CS | - Pôle Spécialités Médicales - Ophtalmologie / IHC - Service de Santé Publique / IHC | 03.02 Médecine générale |
| WALLERIEUX Francis | CS | - Pôle Hépatogastro - Service de Gastro-Entérologie - IHC | 03.02 Gastro-entérologie |
| SILVAT Eric | CS | - Pôle Tête-Cou - Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur / HC | 03.02 Thérapeutique, Médecine de la Douleur, Addictologie |

BE - MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HÔPITALIERS (MCU-PH)

| NOM et Prénoms | ex ² | services hospitaliers au Institut / facultés | Sous-section du conseil national des universités |
|----------------------------|-----------------|---|--|
| AKH Elmad | | • Pôle d'Imagerie • Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICMC | 43.03 Ecchymose et médecine nucléaire (option chimique) |
| Mme AMO-GISELE Verhel | | • Pôle de Pharmacie Unité de pharmacologie clinique / Faculté de Médecine | 46.01 Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie Option : pharmacologie fondamentale |
| BRUNOINE Hibaut | | • Pôle de médecine interne, rhumatologie, nutrition, endocrinologie, gériatrie (MMSH) • Service d'Endocrinologie, Diabète et Maladies métaboliques ICMC | 53.01 Endocriniologie métabolique |
| BECKER Guillaume | | • Pôle de Pharmacologie • Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine | 46.02 Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie |
| BENOTMANE Sam | | • Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie / ICMC • Service de Néphrologie - Transplantation / ICMC | 52.03 Néphrologie |
| Mme BENOUCHEM Valérie | | • Pôle de Biologie • Laboratoire de Diagnostic Génétique / Hôpital Hôpital Civil | 47.04 Génétique (option biologique) |
| BLONDET Cyrille | | • Pôle d'Imagerie • Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICMC | 43.03 Ecchymose et médecine nucléaire (option chimique) |
| Mme BUCHNER Sylvie | | • Pôle de Biologie • Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / ICMC | 44.01 Biochimie et biologie moléculaire |
| BOUCHER Olivier | | • Pôle de Biologie • Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / ICMC | 44.01 Biochimie et biologie moléculaire |
| BOVEN Marie | | • Pôle de Biologie • Institut de Bactériologie / Faculté de Médecine | 45.01 Bactériologie - Virologie ; Hygiène hospitalière Option Bactériologie - Virologie biologique |
| Mme BRU Valérie | | • Pôle de Biologie • Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / STM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine | 45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique) |
| Mme BURD Caroline | | • Pôle d'Imagerie • Service de médecine Nucléaire et Imagerie moléculaire / ICMC | 43.03 Ecchymose et médecine nucléaire |
| CASARTO Raphaël | | • Pôle de Biologie • Laboratoire d'Immunologie Clinique / Hôpital Hôpital Civil | 47.03 Immunologie |
| CASARTO Sébastien | | • Pôle d'Imagerie • Service d'Imagerie à Interventionnelle / ICMC | 43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option chimique) |
| CEBRANE Jocelyne | | • Pôle de Biologie • Département de Biologie structurale intégrative / ICMC | 47.02 Cytologie, radiologie (option biologique) |
| CHENES Thomas | | • Pôle de Biologie • Laboratoire d'Immunologie Clinique / Hôpital Hôpital Civil | 47.03 Immunologie (option biologique) |
| CHOCQUET Philippe | | • Pôle d'Imagerie • UFRIST - Imagerie Prédictive / ICMC | 43.03 Ecchymose et médecine nucléaire |
| CLERE-JENI Raphaël | | • Pôle Urgences - Spécialités Médicales / Centre d'Urgences • Service de Réanimation Médicale / Hôpital de Nectaparis | 48.02 Réanimation |
| Mme COUDREAU-DENA Huguette | | • Pôle d'activités médico-chirurgicales Cardio-vasculaires • Service des Maladies vasculaires-HFA-Pharmacologie clinique / ICMC | 51.04 Option : Médecine vasculaire |
| DALI YOUSSEF Ahmed Nassim | | • Pôle de Biologie • Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / ICMC | 44.01 Biochimie et biologie moléculaire |
| DAMON François | | • Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie / ICMC • Service des Maladies Infectieuses et Tropicales / ICMC | 45.03 Option : Maladies Infectieuses |
| DEYS Didier | | • Pôle de Biologie • Laboratoire de Diagnostic Génétique / Hôpital Hôpital Civil | 47.04 Génétique (option biologique) |
| Mme DEMELACKER Vala | | • Pôle Tête et Cou - TETS • Service de Neurologie / Hôpital de Nectaparis | 49.01 Neurologie |
| DELLÉ Pascal | | • Pôle de Biologie • Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / ICMC | 44.01 Biochimie et biologie moléculaire |
| Mme DENOIS Marie | | • Pôle de Pathologie Fonctionnelle • Service de Physiologie et d'Explorations Fonctionnelles / ICMC | 44.02 Physiologie |
| Mme FANTON-ANDREON Audrey | | • Pôle de Biologie • Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-legalisées et Laboratoire de Toxicologie / Faculté de Médecine • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine | 46.02 Médecine légale et droit de la santé |
| FELDT Renaud | | • Pôle Tête et Cou - TETS • Centre d'Investigation Clinique (CIC) - 141 / Hôpital de Nectaparis | 48.04 Thérapeutique, Médecine de la douleur, Addictologie |
| FILIPPI Denis | EE | • Pôle de Biologie • Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / STM HUS et Faculté | 45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique) |
| GANTNER Pierre | | • Pôle de Biologie • Laboratoire (Structur) de Virologie / STM HUS et Faculté | 45.01 Bactériologie - Virologie ; Hygiène hospitalière Option Bactériologie - Virologie biologique |
| SAMMIR Marjane | | • Pôle de Pathologie Fonctionnelle • Centre de Physiologie et d'Explorations Fonctionnelles / ICMC | 44.02 Physiologie (option biologique) |
| DIE Vincent | | • Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie / ICMC • Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / ICMC | 47.03 Immunologie (option chimique) |
| RELLON Antoine | | • Pôle de Biologie • Institut (Laboratoire) de Bactériologie / STM HUS et Faculté | 45.01 Option : Bactériologie - Virologie (biologique) |

| NOM et Prénoms | CS ² | Services Hospitaliers ou Institut / Localisation | Disciplines du Conseil National des Universités |
|---------------------------------|-----------------|--|--|
| GAUREL Eric | | • Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / ICH | 41.01 Biologie cellulaire (option biologique) |
| GILBERT Aurélien | | • Pôle de Ophtalmologie Médiée - Ophtalmologie / ICH - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / ICH | 41.01 Ophtalmologie (option clinique) |
| Mme HENRIK ANNE LAURE | | • Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICH | 43.01 Biochimie et médecine nucléaire |
| RODIER Fabrice | | • Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICH - Service de Biophysique et de Médecine Nucléaire / ICH | 43.01 Biochimie et médecine nucléaire |
| MADAME YVETTE | | • Pôle de Biologie - Département Génétique Fonctionnelle et Cancé / ICH | 41.04 Génétique (option biologique) |
| Mme ZEMEL Virginie | | • Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / ICH | 41.01 Biochimie et biologie moléculaire |
| BOIS Guillaume | | - Institut d'anatomie normale / Faculté de Médecine | 42.01 Anatomie (option Biologie) |
| Mme ABADY-DOMEGNA | | • Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut universitaire de réadaptation / Gériatrie | 43.01 Médecine Physique et Réadaptation |
| Mme LANGEUR YVETTE | | • Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / ICH | 44.01 Microbiologie et biologie moléculaire |
| Mme LANDES Béatrice | | • Institut d'histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre | 43.01 Histologie, Embryologie et Cytopathologie (option biologique) |
| LEMAITRE Fabrice | | • Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / ICH | 44.01 Biologie cellulaire |
| LECOATEL Lisa | | • Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre | 31.01 Gynécologie-Obstétrique - gynécologie médicale Option : Gynécologie-obstétrique |
| LENGUARDIEN Cedric | | • Pôle de Chirurgie Maxillo-Faciale, Morphologie et Dentarologie - Service de Stomatologie / Hôpital Civil | 33.01 Stomatologie |
| LEBRUNTE Benoît | | • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre | 42.01 Anatomie et cytologie pathologiques |
| LUTZ Jean-Christophe | | • Pôle de Chirurgie Plastique Reconstructrice et Esthétique, Chirurgie Maxillo-faciale, Stomatologie et Dentarologie - Service de Chirurgie Maxillaire et Maxillo-faciale / Hôpital Civil | 35.01 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie |
| MAQUET Laurent | | • Pôle de Biologie - Laboratoire d'Histologie Biologique / Hôpital de Hautepierre et ICH | 44.01 Biologie cellulaire Type mixte : biologique |
| Mme MOUTOU Céline et SUTHNER | CS | • Pôle de Biologie - Laboratoire de Cytopathologie préanalytique / CHU de Strasbourg | 34.01 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique) |
| MULLER Jean | | • Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Hôpital Civil | 41.04 Génétique (option biologique) |
| Mme NICOLAS Aline | | • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre | 42.01 Anatomie et Cytologie Pathologiques (option Clinique) |
| Mme NICOLEN Barbara | | • Pôle de Santé Publique et Santé au Travail - Service de Santé publique professionnelle et de médecine du travail / ICH | 45.01 Médecine et Santé au Travail (option Clinique) |
| MAFFI Alexander | | • Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie Médicale ICH Mut | 43.01 Parasitologie et mycologie |
| Mme NTRA Abdou | | • Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / ICH | 41.04 Génétique (option biologique) |
| DOF Basile | | • Pôle d'Imagerie - Unité de Neuroradiologie Interventionnelle / Hôpital de Hautepierre | 43.01 Radiologie et Imagerie Médicale (option Clinique) |
| REYBERT Gilles | | • Pôle de Biologie - Institut Interdisciplinaire de Bactériologie / ICH Mut et ICH | 43.01 Option : Bactériologie-Urologie (biologique) |
| Mme RADOGAJEWIC Maja | | • Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie Biologique / Hôpital Civil | 41.01 Immunologie (option biologique) |
| Mme RIZ Mathias | | • Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / ICH - Service de Chirurgie / ICH | 43.01 Biochimie et médecine nucléaire |
| Mme ROU Marianne | | • Pôle de Pathologie Endocrinienne - Service de Physiologie et Explorations Fonctionnelles / ICH | 41.02 Physiologie (option clinique) |
| Mme ROLLAND Delphine | | • Pôle de Biologie - Laboratoire d'Histologie Biologique / Hôpital de Hautepierre | 42.01 Histologie, transfusion Type mixte : (histologique) |
| Mme ROLLET Julie | | • Pôle de Psychiatrie et de Santé Mentale - Service Psychiatrie infantile pour enfants et adolescents / ICH | 45.04 Pédiopsychiatrie ; addictologie |
| Mme RUPPERT Elisabeth | | • Pôle tête et cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / ICH | 45.01 Neurologie |
| Mme SABON Aline | | • Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie Médicale / ICH Mut - Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine | 43.01 Parasitologie et mycologie (option biologique) |
| SOISSANT Antoine | | • Pôle des maladies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'hépatologie gastro-entérologie / ICH | 34.01 Gastro-entérologie ; hépatologie ; addictologie |
| Mme STREIBERER Sabine | | • Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Hôpital Civil | 41.04 Génétique |

| NOM et Prénoms | CS* | Services Hospitaliers ou Institut / Localisation | Sous-section du Conseil National des Universités |
|--|-----|--|---|
| SCHEISS Frédéric | | - Site de Biologie - Institut (Laboratoire) de bactériologie / MIEH HUS et faculté | 43.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique) |
| Mme SCUIS Margare | | - FDU de Biologie - Laboratoire de virologie / Hôpital de Haute-pierre | 44.01 Bactériologie-virologie / Hygiène hospitalière Option : Bactériologie-virologie |
| Mme SODET Christèle | | - Site de Médecine interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Gynécologie (MIEHUS) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Haute-pierre | 31.01 Rhumatologie |
| Mme TALAGRAND-RODIER Odile | | - Site de Biologie - Institut (Laboratoire) de bactériologie / MIEH HUS et faculté | 43.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique) |
| GILLAT Laurent | | - FDU de Biologie - Laboratoire d'immunologie biologique - Hôpital de Haute-pierre | 43.01 Hématologie, transfusion Option Hématologie biologique |
| Mme VEIAY-BLECH Aurélie | | - Site de Biologie - Laboratoire de virologie / HEPISC d'ULB | 43.01 Bactériologie-Virologie / Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique |
| Mme VILLARD Odile | | - Site de Biologie - Labo. de Dermatologie et de Mycologie médicale / DERMUS et Fac. | 45.01 Parasitologie et mycologie (option biologique) |
| Mme ZALIBLYE KRISTE Dr. VERTICANTON | | - Site Médico-Chirurgical de diabète - Service de Médiatins / Hôpital de Haute-pierre | 34.01 Diabète |
| ZOLA Jeffrey | | - Site de Pathologie thoracique - Service de Spirologie et d'Explorations fonctionnelles / IIE | 43.02 Physiologie (option clinique) |

B2 - PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS (monoappartenant)

| | | | |
|--------------------------|---|----|---|
| Dr GUYON Christian DECEL | Laboratoire d'Épidémiologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LVS) Institut d'Anatomie Pathologique | 13 | Épidémiologie - Histoire des sciences et des techniques |
|--------------------------|---|----|---|

B3 - MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS (monoappartenant)

| | | | |
|------------------------------|---|----|---|
| Mme CHARBON Stéphanie | ULMC-UMB 7357 - Equipe INS / Faculté de Médecine | 08 | Neurosciences |
| M. GILLESMEYER Jean-Philippe | ULMC-UMB 7357 - Equipe INS / Faculté de Médecine | 08 | Neurosciences |
| M. VILLIÉ MM | Laboratoire d'Épidémiologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LVS) Institut d'Anatomie Pathologique | 13 | Épidémiologie - Histoire des sciences et des techniques |
| M. LANTIER Stéphanie | ULMC-UMB 7357 - Equipe INS / Faculté de Médecine | 08 | Neurosciences |
| Mme BEBALLER Odile | Laboratoire d'Épidémiologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LVS) Institut d'Anatomie Pathologique | 13 | Épidémiologie - Histoire des sciences et des techniques |
| Mme SCARFONE Marianne | Laboratoire d'Épidémiologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LVS) Institut d'Anatomie Pathologique | 13 | Épidémiologie - Histoire des sciences et des techniques |
| Mme THOUVENOT Marion | Laboratoire d'Épidémiologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LVS) Institut d'Anatomie Pathologique | 13 | Épidémiologie - Histoire des sciences et des techniques |
| M. VALLERON Frédéric | Laboratoire d'Épidémiologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LVS) Institut d'Anatomie Pathologique | 13 | Épidémiologie - Histoire des sciences et des techniques |
| M. ZHANG Albert | Laboratoire d'Épidémiologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LVS) Institut d'Anatomie Pathologique | 13 | Épidémiologie - Histoire des sciences et des techniques |

C - ENSEIGNANTS ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

C1 - PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE (mi-temps)

Pr. Ass. **DUJAS** Clerv
 Pr. Ass. **ROD-BERTHO** Anne
 Pr. Ass. **BRELLI** Stéphane
 Dr. Ass. **HEO** Stéphane
 Pr. Ass. **SCHIFFER** Fabien

C2 - MAÎTRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE - TITULAIRE

Dr. **CHASSE** Juliette
 Dr. **LORENZO** Mathieu

C3 - MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE (mi-temps)

Dr. **DELUSSON** Christ
 Dr. **MACOMBE** Antoine
 Dr. **POULINIER** David
 Dr. **SABATIER** Anne-Cécile
 Dr. **BRACHINI** Corinne

E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

| | |
|-------------------------------------|---|
| Mme Dr. COURTUS Bénédicte | • Rôle de Pharmacia-pharmacie - service de pharmacodépendance / Nouvel hôpital civil |
| Dr. BULBERT Anne-Sophie | • Rôle médico-chirurgical de Pédiatrie - service de réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / esp |
| Dr. LEFFRANT Nicolas | • Rôle de spécialités médicales - Ophtalmologie - Hygiène (DME) - service des Maladies Infectieuses et Tropicales / Nouvel hôpital civil |
| Dr. LEFEBVRE Tristan | • Rôle de spécialités médicales - Ophtalmologie - Hygiène (DME) - (DME (DME17) - Maladies d'origine de Strasbourg |
| Dr. BOSSARD Gabriel | • Rôle de Santé Publique et Santé au Travail - service de santé publique - (DME) / Hôpital civil |
| Dr. DELLI Thierry | • ICHE - Hébergement de médecine oncologique |
| Dr. REVELLO Olivier | • Rôle de Gynécologie et d'Obstétrique - service de Gynécologie-Obstétrique / DME17 |
| Dr. REY David | • Rôle spécialités médicales - Ophtalmologie / DME - service de soins de l'infection par le VIH / Nouvel hôpital civil |
| Mme Dr. BONDE OUSTEAU Cécile | • Rôle Urgence - service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Hautepierre |
| Mme Dr. BONDEZES Catherine | • Rôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Centre Clinique Biologique d'Urologie / DME |
| Dr. TICHONNIN Sébastien | • Rôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - service des Urgences Médico-chirurgicales pédiatriques / Hôpital de Hautepierre |
| Dr. Cédric WADHWA | • Rôle de Santé - service de soins de suite de longue durée et d'hébergement gérontique / CHSAD / Robertatou |
| Mme Dr. WEBER Anne | • Rôle Urgence - SAMU17 - Médecine interne et Néphrologie - (DME) |

F1 - PROFESSEURS EMÉRITES

- de droit et de membre de l'Institut
COPPELLE Marie (histoire et biologie moléculaire)
MANDES Jean-Louis (génétique et biologie moléculaire et cellulaire)
- pour trois ans (1er septembre 2020 au 31 août 2023)
BELLON Jean-Marie (service de nématologie)
DARDEL Jean-Claude (psychiatrie)
GILLES-BOUQUET Jacques (urgences médicales thérapeutiques adultes)
MULLER André (centre d'évaluation et de traitement de la douleur)
- pour trois ans (1er septembre 2023 au 31 août 2026)
GONON Anne (néfrosychiatrie, pédiatrie)
DEWLINGH Béatrice (Anatomie et Réanimation chirurgicale)
HEMBICH Jean (nématologie)
STEE Jean-François (Chirurgie du rectum)
- pour trois ans (1er septembre 2022 au 31 août 2025)
Mme DUOX Elisabeth (neurologie)
- pour six ans (1er septembre 2022 au 31 août 2028)
CHRISTMANN Daniel (Maladies infectieuses et tropicales)
GRUCKER Daniel (Physique nucléaire)
HANNICHOUCHE Thierry (néphrologie)
SCHIFF Jean-François (Chirurgie orthopédique et de la main)
MULLER Bruno (néphrologie)
RIZET Sébastien (biotechnologie)
BODUÉ Benoît (Biochimie et biologie moléculaire)
BOULGOUIN (cardiologie)

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITÉS ASSOCIÉ (mi-temps)

M. SOLER Luc DRU-DE REAO

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M. BETAGOL Alexandre
Mme LAMOLLE-CHEVALIER Catharina
Dr LEDOU Jean
Dr MACTOU Antoine
Dr MATSUSHITA Emeline
Dr CUERLEU David
Dr BÉL Jacques
Mme ROUSSEAU Catharina
Mme STALLER Barbara

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.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

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

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

REMERCIEMENTS

A madame la **Professeure Lalanne Laurence**, je suis honoré que vous ayez accepté de prendre la présidence de ce jury de thèse. Je vous suis grandement reconnaissant d'avoir porté intérêt et d'avoir consenti d'évaluer ce travail.

A monsieur le **Professeur Rougerie Fabien**, c'est avec honneur et reconnaissance que je vous remercie d'avoir accepté de vous joindre à ce jury et d'évaluer mon travail.

A madame la **Docteure Landmann Sophie**, je vous remercie sincèrement de m'avoir pris sous votre aile pour mener à bien ce travail et du temps que vous y avez consacré. Merci pour m'avoir transmis ces connaissances en addictologie. C'était un plaisir d'avoir travaillé avec vous.

A tous mes **maîtres de stage**, merci d'avoir été présents et de m'avoir transmis une partie de vos connaissances, je vous en suis infiniment reconnaissant. Vous avez contribué à l'agréabilité de mon internat.

A tous les médecins qui ont bien voulu prendre part aux interviews de cette thèse et sans qui cela n'aurait pas été possible, je vous remercie de tout cœur.

A **ma chère mère**, merci de m'avoir mis au monde et d'avoir fait que je suis aujourd'hui. Tu as toujours cru en moi. Mon sort aurait pu être pire. Même si j'ai pris mon envol, je pense toujours à toi.

A **mon père**, tu as su jouer ton rôle paternel et tu as toujours des conseils avisés. Même si j'ai raté ma carrière de footballeur, j'arriverai peut-être à t'offrir ce fameux jacuzzi.

Ma sœur, merci de m'avoir supporté ! La rivalité fraternelle a fait que je n'ai pas toujours été tendre avec toi, mais aujourd'hui, j'ai (un peu) mûri. Je crois en toi !

Adel, on en a parcouru du chemin depuis qu'on se connaît ! Nous avons vécu une année d'exception ensemble pendant laquelle tu as eu le droit à des cadeaux en tout genre de ma part ! J'espère que tu ne m'en veux pas trop.

Alexis, tu es l'homme le plus honnête, droit et stéphanois que je connaisse. Du tennis, aux déboires dans les tavernes, tu es le plus fidèle de mes amis. Merci pour cette amitié indéfectible au fil des années.

Romain, le plus grand fan de MJ que je connaisse, ça a été un privilège de faire ta connaissance en PACES. Malgré ton exode au pays des lacs et des montagnes, tu réponds toujours présent.

Alexandre, un homme aux multiples casquettes, tu aurais fait un merveilleux sage-homme. Merci pour ces rares moments où nous avons eu l'honneur de tremper les pieds dans ta piscine et de m'avoir écrasé mes goûters, ma source d'énergie, pendant la PACES.

Géraud, merci de m'avoir dévergondé dès les premières années de médecine ainsi que par la suite. C'est à travers toi que la beauferie prend tout son sens. Il semblerait qu'avec le temps tu as su te faire à mes blagues de haut vol.

Loris, Jean, Patrick, Norbert (mais pas Dragonneau), on en aura vécu des moments entre la virée à Monaco, les voyages en bande organisée et cette parenthèse à Montmartre et au concert de 2018. Je te remercie de tout cœur de ne pas nous avoir laissé dormir dans la rue à Malte. Un ami exceptionnel !

Aurélië, à tous ces bons moments passés depuis les premières années de médecine. Bisou

Manon, c'est vraiment un honneur de te compter parmi mes amis. Ton organisation, tes projets de voyage et ta bonne humeur m'ont toujours inspiré. Et je rends grâce à ce fameux virus que tu nous as ramené d'Italie ! Tu es une merveilleuse amie.

Candice et Clémence, un peu comme Laurel et Hardy, vous serez toujours inséparables à mes yeux. Vous êtes toujours restées les mêmes depuis qu'on se connaît. Je vous suis reconnaissant de votre bienveillance indéfectible.

Mehdi, merci de m'avoir fait découvrir l'allégresse au travers de certaines symphonies. Même si au début, on était mal partis (visiblement), on ne s'en est pas trop mal sorti.

Jérôme, je salue ton goût pour le bon vin, en revanche un peu moins tes goûts sportifs.

David, c'est toujours un plaisir de se retrouver et de t'écouter diffuser ta science, cher camarade ! What a life ;)

Julia, merci de m'avoir suivi jusqu'à l'autre bout de la France et de m'avoir fait vivre ce moment de rigolade en médecine interne où je n'étais pas très rassuré.

On aura passé de bons moments lors de cette odyssee à Strasbourg ! J'espère que notre camaraderie perdurera.

Élise, nous avons vécu une année intense et exceptionnelle ensemble. Cela restera inoubliable. Merci de m'avoir fait découvrir une partie de l'Alsace, tes bons petits plats et de m'avoir donné un coup de pouce comme tu le pouvais pour ce dur travail. Tu es une femme remarquable. Merci de m'avoir fait découvrir ta merveilleuse famille, je pense notamment à ta mère, mais pas que !

A tous ceux que je n'ai pas cités, mais que je n'oublie pas (ma mémoire est intacte), merci d'être passé dans ma vie ou d'y être encore.

*"Aimer est le grand point, qu'importe la maîtresse ?
Qu'importe le flacon, pourvu qu'on ait l'ivresse ?"*
Alfred de Musset

SOMMAIRE

| | |
|---|-----------|
| SERMENT D'HIPPOCRATE..... | 13 |
| REMERCIEMENTS..... | 14 |
| SOMMAIRE | 17 |
| INTRODUCTION..... | 22 |
| 1. ÉPIDÉMIOLOGIE..... | 22 |
| 2. PUBLICITÉ | 23 |
| 3. VIN PROTECTEUR ? | 24 |
| 4. USAGE À RISQUE, NOCIF, DÉPENDANCE..... | 25 |
| 5. RECOMMANDATIONS | 26 |
| 6. OBJECTIFS | 26 |
| MATÉRIEL ET MÉTHODE..... | 27 |
| 1. RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE..... | 27 |
| 2. TYPE D'ÉTUDE | 27 |
| 3. CONSTITUTION DE L'ÉCHANTILLON | 28 |
| a) Population cible..... | 28 |
| b) Recrutement | 28 |
| 4. GUIDE D'ENTRETIEN | 29 |
| 5. RECUEIL DE DONNÉES | 30 |
| 6. MÉTHODE D'ANALYSE DES DONNÉES | 30 |
| 7. ASPECTS ÉTHIQUES ET RÉGLEMENTAIRES | 31 |
| RÉSULTATS | 32 |
| 1. CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉCHANTILLON | 32 |
| 2. CARACTÉRISTIQUES DE L'ENTRETIEN | 34 |

| | | |
|----|--|----|
| 3. | PLACE “CENTRALE” DU MÉDECIN TRAITANT DANS LA RÉDUCTION DES CONSOMMATIONS ET DES RISQUES..... | 34 |
| | a) Premier recours..... | 34 |
| | b) Dépistage..... | 34 |
| | c) Orientation..... | 35 |
| | d) Relation médecin-patient..... | 35 |
| | e) Accompagnement..... | 35 |
| 4. | REPÉRAGE ET ÉVALUATION..... | 36 |
| | a) Repérage automatique des nouveaux patients..... | 36 |
| | b) Repérage chez les patients connus..... | 36 |
| | c) Influence de la famille..... | 37 |
| | d) Appréciation du mésusage en pratique..... | 38 |
| 5. | ACTIONS SUR LE COMPORTEMENT DE CONSOMMATION..... | 40 |
| | a) Interventions brèves..... | 40 |
| | b) Entretien motivationnel..... | 41 |
| | c) Connaissance du modèle transthéorique..... | 42 |
| 6. | STRATÉGIES ENVISAGÉES..... | 43 |
| | a) Objectif adapté ?..... | 43 |
| | b) Adhésion des patients..... | 44 |
| 7. | RECOURS MÉDICAMENTEUX..... | 45 |
| | a) BACLOFÈNE (BACLOCUR®)..... | 45 |
| | b) NALMÉFÈNE (SELINCRO®)..... | 46 |
| | c) Acamprosate (AOTAL®) et Disulfiram (ESPERAL®)..... | 46 |
| | d) Benzodiazépines..... | 47 |
| | e) Quand sont instaurés les traitements ?..... | 47 |
| | f) Manque de conviction des médecins..... | 48 |
| | g) Posologie et mode d’administration..... | 49 |
| | h) Évaluation de l’efficacité..... | 50 |
| | i) Pas de durée fixée..... | 51 |
| | j) Quelles sont les alternatives en cas de mauvaise tolérance ?..... | 52 |
| 8. | RECOURS NON MÉDICAMENTEUX..... | 53 |
| | a) Troubles psychologiques et psychiatriques..... | 53 |
| | b) Interventions sociales..... | 56 |
| 9. | INQUIÉTUDES DES MÉDECINS DE VILLE..... | 57 |

| | | |
|-----|---|-----------|
| a) | Connaissances insuffisantes..... | 57 |
| b) | Sevrage en autonomie complète du patient..... | 58 |
| c) | Difficultés de détection des troubles sous-jacents..... | 59 |
| d) | Les conséquences sur autrui..... | 59 |
| 10. | EFFICACITÉ | 60 |
| a) | Résultats divisés..... | 60 |
| b) | Fonction de l'étape dans le Cercle de Prochaska et Di Clemente (Annexe A5)..... | 62 |
| c) | Les rechutes et leurs raisons | 63 |
| d) | La réduction : un objectif intermédiaire ?..... | 65 |
| 11. | RECOURS AUX SPÉCIALISTES | 66 |
| a) | Dépassement des compétences..... | 66 |
| b) | Nécessité de sevrage..... | 67 |
| c) | Antécédents compliquant la prise en charge en ambulatoire..... | 68 |
| d) | Volonté d'une prise en charge globale..... | 68 |
| 12. | AMÉLIORATIONS ENVISAGÉES..... | 69 |
| a) | Effort commun | 69 |
| b) | Formation..... | 69 |
| c) | Renforcement des règles légales..... | 70 |
| d) | Temps dédié..... | 70 |
| e) | Lutte contre l'isolement | 70 |
| f) | Amélioration du contact avec les spécialistes..... | 71 |
| | DISCUSSION | 72 |
| A. | FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE | 72 |
| 1. | Forces..... | 72 |
| 2. | Limites..... | 73 |
| a) | Biais de sélection..... | 73 |
| b) | Biais de recueil..... | 74 |
| c) | Biais de l'analyse | 74 |

| | | |
|----|--|----|
| B. | INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS | 75 |
| 1. | La médecine ambulatoire : un rôle central | 75 |
| 2. | Dépistage | 75 |
| a) | Repérage du mésusage | 75 |
| b) | Évaluation du mésusage | 76 |
| 2. | Stratégies pour y remédier | 77 |
| a) | Interventions brèves | 77 |
| b) | Entretien motivationnel..... | 78 |
| 3. | Réduction contrôlée ou sevrage ?..... | 79 |
| a) | Autonomisation des objectifs | 79 |
| b) | Objectifs atteignables | 80 |
| c) | Acceptation des patients..... | 81 |
| 4. | Utilisation de thérapeutiques..... | 82 |
| a) | BACLOFÈNE..... | 82 |
| b) | NALMEFENE (SELINCRO®)..... | 84 |
| c) | Acamprosate (AOTAL) et Disulfiram (ESPERAL) | 85 |
| d) | Benzodiazépines..... | 86 |
| e) | Le suivi..... | 86 |
| 7. | Prise en charge non médicamenteuse | 87 |
| a) | Écoute empathique | 87 |
| b) | Intervention psychique | 87 |
| c) | Intervention sociale | 89 |
| 8. | Rendement des mesures entreprises..... | 90 |
| a) | Échecs | 90 |
| b) | Succès..... | 91 |
| c) | Importance des étapes de Prochaska dans la réussite (Annexe A5)..... | 92 |
| d) | Causes de l'échec..... | 93 |
| e) | Vers une abstinence ?..... | 94 |
| 9. | Appréhensions dans l'application | 95 |

| | | |
|---|--|------------|
| 10. | Recours à une aide spécialisée..... | 96 |
| a) | Atteinte des limites | 96 |
| b) | Prise en charge globale..... | 96 |
| c) | Prise en compte des antécédents..... | 97 |
| d) | Sevrage | 97 |
| 11. | Optimisations suggérées en médecine de ville | 98 |
| a) | Engagement collectif | 98 |
| c) | Publicités et mesures dissuasives..... | 99 |
| d) | Un temps et une rémunération dédiée..... | 99 |
| e) | Amélioration de la coordination et des délais..... | 100 |
| CONCLUSION..... | | 101 |
| ANNEXE A1 : VERRE STANDARD..... | | 104 |
| ANNEXE A2 : QUESTIONNAIRE D'ENTRETIEN | | 105 |
| ANNEXE A3 : AUDIT (ALCOHOL USE DISORDERS TEST) | | 107 |
| ANNEXE A4 : DETA-CAGE (CUT-DOWN ANNOYED GUILTY EYE-OPENER) | | 109 |
| ANNEXE A5 : CYCLE DE PROCHASKA ET DI CLEMENTE | | 110 |
| ANNEXE A6 : QUESTIONNAIRE AUDIT-c (ALCOHOL USE DISORDERS IDENTIFICATION TEST-CONSUMPTION) | | 111 |
| ANNEXE A7 : | | 112 |
| BIBLIOGRAPHIE | | 113 |

INTRODUCTION

1. Épidémiologie

En France, l'alcool est impliqué dans 49 000 décès par an.

En 2015, il est à l'origine de 8% des cancers, dont 15% des cancers du sein et 7% de la mortalité totale, comprenant notamment 16 000 décès par cancer, 9 900 décès par maladies cardiovasculaires, 6 800 par maladies digestives 5 400 par accident ou suicide (1,2).

Les hommes sont 3 fois plus touchés par une consommation quotidienne que les femmes, quel que soit l'âge (3).

La surconsommation d'alcool est un facteur de risque majeur de cancer de la bouche, de la gorge, de l'œsophage, du côlon et du rectum et du sein chez la femme. Elle peut également induire des maladies chroniques telles que les maladies du foie et du pancréas, des troubles cardiovasculaires, de l'hypertension artérielle, des maladies du système nerveux et des troubles psychiques etc ... (4).

Depuis 2017, des campagnes de prévention ont répandu les repères d'un usage à faible risque, à savoir : 10 verres d'alcool à dose standard par semaine, sans dépasser 2 verres par jour, avec des jours sans consommation. Il a néanmoins été estimé que la consommation avait diminué de 55 grammes à 25 grammes d'alcool pur entre 1955 et 2019. (2,5).

Le mésusage de l'alcool conduit à d'importantes dépenses en termes d'hospitalisation puisqu'il représente 3,6% de l'ensemble des dépenses hospitalières en 2012, ce qui correspond à 2,64 milliards d'euros (4).

2. Publicité

L'influence du lobby de l'alcool est puissante en France. Ce produit est exposé dans les films ou à travers l'élaboration de produits promouvant les marques. Selon certains experts, un lien a été démontré entre l'exposition à la publicité et l'initiation à la consommation d'alcool chez les adolescents non-buveurs et ensuite de l'augmentation de la consommation chez les adolescents qui buvaient déjà (6).

En 1991, la loi Evin a été promulguée. Elle concerne toutes les boissons alcoolisées à partir de 1,2%. Elle consiste à réglementer la vente et la publicité en rapport avec l'alcool :

- l'interdiction de publicité en faveur de l'alcool au travers des médias ciblant les jeunes ;
- l'encadrement des contenus publicitaires avec des informations limitées et factuelles sur le produit (degré d'alcool, la composition ...) ;
- la communication obligatoire du message "L'abus d'alcool est dans pour la santé" sur les publicités.

La liste des médias censurés est restreinte. En effet, sont autorisés pour la promotion de l'alcool :

- la presse écrite adulte ;
- la radio de 12h à 17h en semaine et de minuit à 7h le mercredi ;
- les affiches et les enseignes ainsi que les médias en ligne ou applications, excepté lorsque les jeunes sont ciblés à condition que la publicité soit intrusive.

Depuis sa promulgation, le lobby de l'alcool fait pression et la rend presque obsolète. Il semblerait que selon des études qui ont été menées, les mesures politiques qui ont été prises n'ont pas montré d'efficacité sur la baisse de la consommation d'alcool par rapport aux facteurs sociaux. Toutefois, une baisse de la consommation a été notée sur le long terme (7).

3. Vin protecteur ?

Serge Renaud propageait, il y a une trentaine d'années, l'adage que la consommation d'alcool, et particulièrement de vin, était associée à une moindre mortalité cardiovasculaire en France par rapport aux autres pays européens avec des apports aussi élevés, ou plus élevés, en acides gras saturés et en cholestérol alimentaire. Plusieurs études, menées en France et à l'étranger, ont révélé une légère diminution des maladies cardio-vasculaires coronariennes chez les petits consommateurs de vin.

Une étude française portant sur 150 000 personnes mettait en évidence un tour de taille, une pression artérielle, des triglycérides et un LDL cholestérol chez les femmes moins importants ainsi qu'un HDL cholestérol plus élevés dans les 2 sexes par l'intermédiaire de 10 à 30 g d'alcool par jour.

Il est envisageable que le vin soit moins nocif que la bière et les spiritueux à dose égale (1). En revanche, il n'est pas recommandé de prôner la consommation de vin en prévention. Cela se justifie par le fait qu'il peut engendrer des risques pour la mortalité totale et de dépendance, quelle que soit la quantité de consommation (8).

En 2018, une étude parue dans The Lancet (9) a révélé la dangerosité de la consommation d'alcool, y compris à faible dose. Effectivement, un verre par jour augmente de façon significative les risques pour la santé ainsi que la mortalité.

De même, le Centre Canadien sur les dépendances et l'usage de substances a fixé comme repère, pour un risque faible, une consommation de 2 verres standard ou moins par semaine (10).

4. Usage à risque, nocif, dépendance

Le mésusage se définit en 3 modes de consommation :

- l'usage à risque ;
- l'usage nocif ;
- l'usage avec dépendance.

Cette classification basée sur la CIM 11, adoptée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), détermine les troubles liés à l'usage d'alcool.

Ainsi, l'usage nocif correspond à une consommation portant un préjudice physique ou psychologique d'une personne ou a généré un comportement compromettant la santé d'autrui.

Ce terme s'applique lorsqu'il existe une consommation occasionnelle sur 12 mois ou continue sur au moins 1 mois.

La dépendance se traduit par un trouble du contrôle de la consommation provenant d'une consommation répétée ou continue d'alcool. Le craving, qui est l'envie irrésistible de consommer, altère la capacité de contrôle des consommations, abandonnant d'autres activités au profit de la consommation au mépris des séquelles et des conséquences négatives. Un patient dépendant développe une tolérance aux effets de l'alcool, des symptômes de sevrage après une privation ou une réduction, une consommation répétée d'alcool ou de substances avec une pharmacologie équivalente afin de prévenir et d'atténuer ces symptômes. En général, elle se manifeste sur une période de 12 mois, mais il est possible de la diagnostiquer précocement si la consommation est continue pendant au moins 3 mois (11).

5. Recommandations

L'usage à risque est défini par une consommation majorant considérablement le risque de dommages physiques et mentaux de l'utilisateur ou de ses semblables. Ainsi, Santé Publique France et l'Institut national du cancer recommandent une consommation inférieure à 10 verres par semaine, soit moins de 2 verres par jour avec au moins un jour sans consommation d'alcool. Le verre standard, en France, équivaut à une quantité d'alcool pur de 10 grammes, soit environ 10 cl de vin, 25 cl de bière à 5% ou 3 cl d'alcool à 40% (Annexe A1).

Ces repères sont applicables à la fois chez les hommes et chez les femmes. Concernant les femmes enceintes, l'absorption d'alcool n'est pas recommandée (11).

Il est préconisé pour les professionnels de santé de soins primaires : médecins généralistes, infirmières, de détecter le mésusage d'alcool. Ainsi, les médecins traitants, suivant un patient tout au long de sa vie, ont un rôle essentiel dans le repérage des surconsommations (11).

De plus, il est possible en soins primaires de modifier le comportement des patients avec notamment les interventions brèves (12). Elles correspondent à une technique standardisée d'entretien motivationnel adaptée aux soins de premiers recours. Elle dure au minimum 5 minutes et se base sur le repérage, l'empathie, la transmission d'explications, la gestion, la responsabilisation avec une influence positive (3).

6. Objectifs

Le principal objectif de l'étude est l'appréciation de l'aisance des médecins traitants et le recensement des méthodes utilisées dans le cadre d'un objectif de réduction des risques et des conséquences d'une consommation d'alcool.

L'objectif secondaire est le recueil de suggestions pouvant améliorer la prise en charge.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

1. Recherche bibliographique

La recherche bibliographique a été réalisée à partir de plusieurs sources telles que : PubMed, Google Scholar, Sudoc (Système universitaire de documentation), Cairn (plateforme de revues et ouvrages en sciences humaines et sociales) et Prescrire.

Les termes utilisés dans la recherche sont : “réduction des consommations”, “reduced-risk drinking”, “controlled drinking”, “interventions brèves”, “médecine générale”, “alcoolodépendance”, “BACLOFÈNE”, “NALMEFENE”, “accompagnement”, “prise en charge psychosociale”, “dépression”.

2. Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative élaborée grâce à des entretiens individuels semi-dirigés.

Le choix s'est porté sur une étude qualitative afin de recueillir le maximum d'informations de la part des médecins concernant leur pratique et leur expérience personnelle, ainsi que d'analyser de façon subjective les limites rencontrées.

Les entretiens semi-dirigés semblaient plus adaptés pour aborder les thèmes pertinents de l'étude en accordant une liberté d'expression aux participants.

3. Constitution de l'échantillon

a) Population cible

L'étude s'intéresse aux médecins généralistes libéraux exerçant en Alsace, à la fois dans le Bas-Rhin (67) et dans le Haut-Rhin (68).

Une population diversifiée avec différents points de vue a été ciblée en recherchant des médecins de différents âges, de différents sexes, avec un objectif de parité, de différents modes d'exercice et travaillant en association ou non.

Les critères d'exclusion sont :

- être médecin remplaçant ;
- en cas d'association et/ou de collaboration, un seul médecin du cabinet a été interviewé.

Dans le cadre d'une étude qualitative, la taille de l'échantillon n'étant pas déterminé au départ, mais seulement au cours des entretiens lorsqu'aucune nouvelle donnée caractérisant le phénomène n'apparaît. La saturation a ainsi été atteinte au bout de 14 entretiens.

b) Recrutement

Le recrutement des participants s'est effectué principalement par le biais d'un contact téléphonique, soit à travers leur secrétariat soit par message sur leur numéro privé obtenu via l'un des participants ou via des connaissances.

Une recherche de participants a été réalisée en s'appuyant sur l'outil de recherche Google Maps et les listes de maîtres de stage universitaires de l'Agence Régionale de Santé du Grand-Est. Des courriers électroniques avaient été adressés, pour la plupart, mentionnant le thème de la thèse, la méthode choisie et la durée moyenne de l'interview.

Des maîtres de stage universitaire, présents sur les listes de l'Agence Régionale de Santé du Grand-Est, ont également été sollicités.

4. Guide d'entretien

Le guide d'entretien semi-directif a été inspiré par la recherche bibliographique et élaboré avec l'aide de la directrice de ce travail.

Ce canevas a été le support de la discussion, avec une certaine liberté dans la chronologie des questions. La première partie consistait à récupérer des informations socio-démographiques. Il employait en majeure partie des questions ouvertes. Il a permis d'explorer les thématiques suivantes :

- le rôle du médecin traitant dans la réduction des consommations et des risques ;
- les méthodes de repérage et d'évaluation ;
- les actions entreprises sur le comportement de consommation ;
- le recours médicamenteux et non médicamenteux afin de limiter les consommations ;
- les inquiétudes ressenties au cours de la prise en charge ;
- l'efficacité des stratégies employées ;
- les facteurs influençant le recours aux spécialistes ;
- les améliorations envisagées pour favoriser la prise en charge de ces troubles.

Aucune modification n'a été entreprise au fur et à mesure des entretiens.

Le guide d'entretien est présent en Annexe A2.

5. Recueil de données

Les données ont pu être collectées à partir d'entretiens semi-dirigés. Ceux-ci ont été enregistrés à partir de 2 dictaphones, un sur un smartphone et un autre sur un ordinateur.

Il a été rappelé à chaque fois le thème de l'étude, ainsi que l'anonymisation des données et le non-jugement.

A la suite de chaque entretien, une retranscription mot à mot de l'ensemble des données audio a été réalisée sur le logiciel de traitement de texte Microsoft Word. Aucune modification de grammaire, de syntaxe ou de vocabulaire n'a été faite. Les pauses, les rires, les hésitations ont été retranscrits de façon à reproduire le plus fidèlement possible les entretiens.

Chaque participant a été anonymisé par l'attribution de numéro en fonction de l'ordre chronologique des enregistrements.

La retranscription de ces entretiens constitue le verbatim.

Le recueil et la retranscription des données ont été réalisés par un seul enquêteur.

6. Méthode d'Analyse des données

Les données ont été analysées par le biais de la théorisation ancrée. Cette méthode permet de caractériser les grands thèmes collectés et de les mettre en relation. L'enquêteur a codé les données. La lecture de l'intégralité des verbatims a permis la réalisation d'un codage axial faisant ressortir des idées-clés. Ces dernières sont réarrangées en une liste de catégories faisant apparaître les principaux thèmes.

Afin de ne omettre aucun détail utile à l'étude, la lecture des entretiens a été effectuée par l'enquêteur.

7. Aspects éthiques et réglementaires

En conformité avec l'article 2 du décret 2017 – 884 du 9 Mai 2017, cette étude, ciblant l'évaluation des pratiques des médecins traitants, ne s'intéresse pas à la personne humaine. L'accord d'un comité d'éthique n'était pas nécessaire. Une déclaration auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés n'était pas requise.

RÉSULTATS

1. Caractéristiques de l'échantillon

La population étudiée comprend 14 médecins généralistes installés, dont 9 dans le département du Haut-Rhin et 5 dans le département du Bas-Rhin. L'âge moyen des participants était de 46 ans, avec des âges allant de 28 ans à 67 ans. La parité a été obtenue pour cette étude.

L'un des médecins avait exercé, à temps partiel, quelques années dans une structure d'addictologie et un autre en milieu carcéral où il était confronté à des patients avec des polyaddictions.

Les principales données socio-démographiques ont été résumées dans le tableau suivant :

| | Âge | Sexe | Type d'exercice | Lieu d'exercice | Durée d'exercice | RDV | Secrétariat | Faculté de formation | Formation complémentaire | Stage en addicto |
|-----|--------|------|-----------------|-----------------|------------------|--|-----------------------|----------------------|---|---------------------|
| E1 | 35 ans | F | Groupe (2) | Semi-rural | 7 ans | Uniquement | A distance | Strasbourg | Non | Non |
| E2 | 49 ans | F | Groupe (2) | Semi-rural | 20 ans | Uniquement | A distance | Paris | DU Santé des voyageurs | Non |
| E3 | 64 ans | H | Seul | Rural | 38 ans | Sans | Aucun | Strasbourg | Médecine manuelle | Non |
| E4 | 67 ans | H | Seul | Urbain | 37 ans | Sans | Aucun | Strasbourg | Addictologie | Non |
| E5 | 38 ans | F | Groupe | Semi-rural | 10 ans | Uniquement | Présentiel | Strasbourg | Santé de l'enfant | Non |
| E6 | 33 ans | F | Groupe (3) | Rural | 5 ans | Uniquement | Présentiel | Strasbourg | Santé de l'enfant | Non |
| E7 | 63 ans | H | Seul | Rural | 36 ans | Oui | Aucun | Strasbourg | Médecine du sport, médecine tropicale | Non |
| E8 | 28 ans | F | Groupe (4) | Urbain | 2 ans | Oui + 3 ½ journées de consultations libres | Présentiel | Strasbourg | Non | En cabinet de ville |
| E9 | 61 ans | H | Groupe (6) | Urbain | 30 ans | Oui | Présentiel | Strasbourg | Addictologie, entretien motivationnel | Oui |
| E10 | 38 ans | F | Groupe (5) | Urbain | 9 ans | Uniquement | Présentiel | Strasbourg | Non | En cabinet de ville |
| E11 | 41 ans | H | Seul | Urbain | 11 ans | Uniquement | A distance + en ligne | Paris | Médecine d'urgence, acupuncture, santé publique | Non |
| E12 | 35 ans | H | Groupe (6) | Semi-rural | 7 ans | Uniquement | Présentiel | Strasbourg | Non | Non |
| E13 | 39 ans | F | Groupe (2) | Semi-rural | 9 ans | Oui + 4 ½ journées de consultations libres | Présentiel | Strasbourg | Santé de l'enfant, addictologie | Non |
| E14 | 53 ans | H | Groupe (3) | Urbain | 26 ans | Sans | Aucun | Strasbourg | Non | En cabinet de ville |

2. Caractéristiques de l'entretien

Les entretiens ont eu lieu entre le mois de juillet 2023 et le mois de septembre 2023. La durée des entretiens est comprise entre 14min31 et 41min21, avec une durée moyenne de 24min56. Ils se sont déroulés dans le cabinet des médecins, excepté un qui a eu lieu dans un bureau d'une structure extérieure et un sur la terrasse d'un café.

3. Place "centrale" du médecin traitant dans la réduction des consommations et des risques

a) Premier recours

Tous les médecins interrogés s'accordent pour dire que les médecins généralistes sont :

E7 : *"en première ligne" (E7), "les premiers interlocuteurs"*

E10 : *"le premier relais"*.

Ils occupent *"la première place"* (E6).

b) Dépistage

L'idée mise en avant est *"le premier rôle : le dépistage"* (E14) :

E1 : *"il est là pour le dépistage et la prévention"*

E3 : *"d'abord et avant tout les trouver, les dépister"*

E6 : *"c'est nous qui faisons le diagnostic la plupart du temps [...] parce qu'on connaît les gens"*

E7 : *"connaissant souvent les familles, les rouages, les différents problèmes qui existent, et le passé et le présent, socio-professionnels"*

E8 : *"le dépistage, aider à la prise de conscience potentiellement d'une consommation à risque ou d'une dépendance"*.

c) Orientation

Le médecin traitant a aussi un rôle d'orientation. En effet, il doit *“faire le point, orienter le patient là où il faut, quand il faut”* (E5), il a un *“rôle de partenaire avec des autres partenaires hospitaliers, psychologues ou psychiatres”* (E9).

d) Relation médecin-patient

Grâce à la relation de confiance médecin-malade, le médecin traitant peut être assimilé à *“un guide sur la route”* (E9) puisqu'il permet de donner des *“conseils aussi parce que je pense qu'ils ne savent pas toujours où aller ... et parfois aussi les familles”* (E13).

e) Accompagnement

Il existe aussi une implication dans *“le suivi”* (E1) :

E2 : *“on suit un peu toutes les crises de sevrage, d'abstinence et de rechute”*

E5 : *“l'accompagner dans le suivi”*.

Certains médecins interrogés évoquent la particularité d'être *“presque assimilé en fait à ce rôle finalement familial”* (E2), de *“communiquer aussi de façon plus détendue qu'un spécialiste ou que quelqu'un qui est beaucoup plus anonyme”* (E7).

4. Repérage et évaluation

a) Repérage automatique des nouveaux patients

La recherche d'une consommation d'alcool est faite de façon systématique "*devant tout nouveau patient*" (E9), "*ça fait partie des questions qu'on pose dans les habitudes*" (E5).

Cela est demandé au même titre que la consommation de tabac :

E6 : "*je demande toujours à mes nouveaux patients, sauf quand j'oublie, s'il y a une consommation de tabac, d'alcool ou de drogues*".

b) Repérage chez les patients connus

Cependant, cela s'avère plus compliqué pour "*des patients qu'on connaît un peu plus [...] on ne pose pas systématiquement la question à chaque consultation pour chaque patient*" (E5).

Dans ce cas-là, tous les avis convergent en confiant que le repérage est fait "*en fonction des symptômes*" (E2) : "*dès qu'il y a un point d'appel, par exemple l'hypertension*", "*quand il y a des troubles digestifs d'épigastrie*", "*polyneuropathie*" (E8), ainsi que lorsqu'il y a une prise de poids.

Beaucoup mentionnent aussi s'appuyer sur les bilans biologiques pour mettre en évidence une surconsommation :

E3 : "*on a des stigmates biologiques évidents*"

E12 : "*quand je vois qu'il y a des anomalies du bilan hépatique, quand je vois qu'il y a des trigly, quand je vois des VGM*".

Parfois, la consommation est mise en lumière à la suite d'un "*retrait de permis*" (E8), ou bien "*à l'occasion d'une consultation préanesthésique*" (E3). Certains médecins sondés la suspectent lors "*des changements de comportements, des soucis sociaux*" (E7).

c) Influence de la famille

La famille, principalement les conjoints voire les parents ou les enfants, a un rôle prépondérant puisqu'elle fait souvent part au médecin traitant de leur inquiétude quant à la surconsommation d'alcool des patients :

E1 : *“des patients que je suis, chroniques, qui sont alcooliques chroniques, où là c'est plutôt la famille qui va venir le signaler parce que, eux ils sont complètement dans le déni de la situation”*

E3 : *“C'est plus souvent qu'on croit à une plainte du reste de la famille, qui explique que là elle s'inquiète [...] parce qu'elle a l'impression qu'il consomme trop”.*

La famille a par ailleurs le mythe de la cure : « *“Il faut le mettre en cure, comme ça il sera guéri”* » (E4).

Le secret médical est l'inconvénient majeur du renseignement de la famille, lorsque celle-ci fait état d'une surconsommation en l'absence du patient. Il est difficile alors pour les médecins traitants d'aborder le sujet :

E9 : *“je demande toujours que ce soit fait en présence du patient, et que si on me donne une information sans qu'il soit là, je ne peux pas l'utiliser”*

E14 : *“Le problème, c'est comment introduire après lorsqu'on voit le patient”.*

De plus, il est fait état, parfois, de pression de la famille pour y remédier :

E2 : *“c'est souvent très délicat parce qu'il y a une forte pression/une forte demande”,
“on est un peu impuissants quoi. Et ils ne comprennent pas qu'on ne puisse rien faire.”*

d) Appréciation du mésusage en pratique

L'évaluation de la consommation est effectuée *“au même titre que le tabac ou les drogues”*

(E2), c'est-à-dire :

E4 : *“En posant clairement la question : quelle est votre consommation d'alcool ? On peut la chiffrer à combien ?”*

Il est également recherché *“le ressenti de la consommation”* (E1) ainsi que des réflexions des proches :

E8 : *« “Est-ce qu'on vous a déjà fait des remarques par rapport à votre consommation ? Est-ce que l'entourage a déjà fait des remarques ou était inquiet par rapport à votre consommation ?” »*

Les questionnaires standardisés sont rarement utilisés. Cela est plutôt apprécié de façon informelle :

E4 : *“je le fais à ma sauce [...] en posant une dizaine de questions”*.

L'absence de recours à des questionnaires est aussi justifiée par le fait de ne pas donner *“l'impression que c'est un interrogatoire”* (E6).

Lorsque des questionnaires sont utilisés, il y a notamment l'Alcool Use Disorders Test (AUDIT (Annexe A3) et le DETA (Diminuer, Entourage, Trop, Alcool) qui est l'équivalent français du Cutting down, Annoyance by criticism, Guilty feeling, Eye-opener (CAGE (Annexe A4) qui sont mentionnés à 2 reprises chacun.

Toutefois, les médecins traitants expriment une difficulté de recueillir honnêtement ces informations sur la consommation. En effet, l'idée de dédramatisation ressort :

E4 : *“les gens banalisent”*

E8 : *“c'est compliqué d'avoir une vraie ... estimation de la consommation”*

E14 : *“en minimisant, la plupart du temps, leur consommation.”*

Un seul des participants souligne l'intérêt des déplacements à domicile pour se rendre compte de la situation :

E3 : *“je tiens beaucoup à la visite à domicile [...] il y a un très très très grand intérêt à être passé au moins 1 ou 2 fois chez les gens.”*

5. Actions sur le comportement de consommation

a) Interventions brèves

Les participants semblent tous se servir des interventions brèves mais de façon non consensuelle :

E11 : *“improvisée à l’oral”*

E13 : *“pas assez standardisée”*

La connaissance du patient est recherchée concernant la normalité des consommations d'alcool : *“j’essaie de leur demander ce qu’ils considèrent comme normal”* (E1) car *“le patient lambda, il connaît pas les unités standards”* (E14). Ainsi, cela permet par la suite d'embrayer sur l'enseignement des doses et fréquences recommandées :

E5 : *“en discutant d'une consommation ... des valeurs de ce qui correspond à une consommation normale et une consommation en excès”*

E9 : *“je rappelle que 10 verres par semaines pour un homme, 10 verres par semaine pour une femme, jamais plus de 2 verres à la fois”, “Ce qu'est la consommation normale, enfin ce qui est acceptable par la communauté scientifique”*

E13 : *“je donne déjà [...] les chiffres, parce que beaucoup de gens ne savent même pas ce qu'est une consommation excessive”, “différence entre une consommation excessive, une consommation à risque et l'addiction en leur apprenant à compter leurs unités d'alcool.”*

Ensuite, les médecins expliquent les risques et les conséquences engendrés par une consommation excessive d'alcool :

E1 : *“risques cardiovasculaires, cancéreux”*

E9 : *“reformuler en disant que cette consommation représente un danger pour lui et de mettre en lien des symptômes qu'ils peuvent avoir.”*

Enfin, plusieurs abordent le fait qu'il existe des solutions :

E9 : *“en expliquant qu'il y a ça pour, qu'il y a ça contre, et ce qu'il peut faire”*

E12 : *“les projets, ... les solutions”*

Pour certains, *“dès le début, l'information qu'il y a des consultations d'addictologie avec des spécialistes”* (E3) est précisée afin d'être exhaustif dans le panel de prise en charge.

Rares sont les médecins qui utilisent des dépliants ou des affiches sensibilisant à la consommation d'alcool puisque cela a été mentionné à 2 reprises :

E2 : *“Je leur fais une copie des dépliants”*

E11 : *“il y a l'affiche en salle d'attente”*

Un des médecins s'appuie aussi sur une *“infirmière ASALÉE”* (E5) présente dans sa structure. ASALÉE étant l'acronyme d'Action de SAnté Libérale en Équipe, cela signifie qu'il existe une collaboration entre une infirmière et un médecin et qu'ils travaillent en équipe.

b) Entretien motivationnel

Les médecins ont dans quelques cas recours à *“l'entretien motivationnel”* (E9) en cherchant entre autres l'avis des patients quant à leur consommation et ce qu'ils souhaitent faire par rapport à cela :

E4 : *“Est-ce que vous pensez consommer trop ? Est-ce que vous essayez d'arrêter ? Qu'est-ce qu'il s'est passé quand vous avez arrêté ? Est-ce que vous souhaitez arrêter ?”*

E6 : *« “Qu'est-ce que vous en pensez ?” »*

E9 : *“je vais plutôt lui demander ce que l'alcool lui apporte.”*

Lors de ces entretiens, ils adoptent une attitude d'allié :

E9 : *“plus un partenaire sans jugement”*

Les autres compétences requises sont “*ne pas le critiquer, pour ne pas le juger, pour être à l'écoute*” (E7). Lorsque les patients expriment de la résistance, les participants ne cherchent pas à tout prix à convaincre les patients, mais ils déclarent aux patients rester disposés au moment venu :

E4 : “*Je pense qu'il y a un problème et on peut en reparler quand vous voulez.*”

c) Connaissance du modèle transthéorique

Seulement 2 médecins ont évoqué le modèle transthéorique du changement (Annexe A5) :

E4 : “*le fameux cycle de Prochaska, qu'ils soient rentrés dans l'intention pour commencer*”

E9 : “*Prochaska et Di Clemente*”

Les autres ne semblent pas avoir en tête les 5 étapes du cycle de Prochaska.

La notion de temps est essentielle dans le processus thérapeutique :

E7 : “*Donc ça ne se fait sûrement pas en une consult*”

E9 : “*Mais ça prend des fois plusieurs années*”

E14 : “*Il faut voir la chose sur le long terme.*”

L'atteinte de la contemplation ou de la détermination ne se fait pas du jour au lendemain, et pour cela il s'agit de rester “*disponible si un moment il y a un souhait de faire plus*” (E8) car “*s'ils ne veulent pas se soigner, on ne peut rien faire*” (E4).

Lorsque les patients se situent dans l'étape de la détermination, les participants réalisent “*une prise en charge assez individualisée*” (E7) en recherchant ce que souhaite le patient :

E3 : “*c'est plutôt lui qui choisit*”

E9 : “*la solution ... c'est lui-même qui va me l'amener*”

E13 : “*Je leur demande ce qu'ils veulent faire, parce qu'il y a des gens pour qui c'est impossible de ne pas avoir d'alcool social.*”

6. Stratégies envisagées

a) Objectif adapté ?

Pour quelques médecins de famille, l'unique option est le sevrage :

E1 : *"il faut sevrer"*

Pour un, *"le sevrage ne marche pas"* et il *"ne le propose pas souvent"* (E4). Les autres adoptent plutôt l'idée de consommation contrôlée en premier lieu :

E1 : *"Donc la maîtrise, je la propose en première intention"*

E8 : *"la première étape c'est déjà la réduction."*

Pour autant, ils conviennent que l'orientation vers un sevrage est fonction de la volonté du patient, de la quantité et de la présence de conséquences en lien avec une consommation excessive :

E3 : *"Ça dépend de la sensibilité du patient ... sa motivation"*

E6 : *"des conséquences, des chutes, des conséquences sur la famille et que parfois on en discute avec la famille, là oui, je propose plutôt de s'arrêter"*

E8 : *"s'il est vraiment alcoolique avec un risque pour sa vie, non c'est vraiment arrêté"*

E12 : *"Sauf quand il y a des antécédents de sevrage, avec des tentatives de suicide, des dépressions."*

En revanche, il ne faut pas oublier qu'il est impossible d'obliger le patient à se sevrer :

E8 : *"le sevrage ne peut se faire que si c'est vraiment le patient qui est volontaire ... sinon c'est tellement difficile quand il n'est pas volontaire"*

E14 : *"L'idée aussi, c'est de ne pas perdre le patient."*

Lorsqu'il existe un dessein de réduction, les médecins essaient de fixer *"un objectif ou ... une quantité de consommation ou ... la fréquence de consommation"* (E5), de *"réduire le nombre d'unités d'alcool/jour ou semaine suivant le mode de consommation"*, *"l'idée c'était de réduire ne serait-ce que de quelques unités"* (E14).

Ils veillent à effectuer *“des réductions qui sont réalisables”* (E11) avec *“un objectif à très court terme”* (E14).

Quelques-uns sont aussi prêts à tout au moyen de *“bières sans alcool, je les propose”* (E2) ou en agissant de façon à *“compenser en faisant autre chose, donc ça peut être une reprise d’activité”* (E2).

b) Adhésion des patients

En général, lors d’une optique plutôt de réduction de la part du médecin, les patients *“sont assez d’accord”, “dans l’acceptation”* (E12), *“A partir du moment où ils ont envie de bosser sur la chose, de se prendre en charge, je crois qu’ils sont assez à l’écoute”* (E14). En effet, *“ils perçoivent mieux le message”* (E4). Selon les participants *“ils préfèrent quelque chose de progressif que quelque chose de tranchée et de brutale”* (E5).

Il a aussi été remarqué un sentiment d’étonnement :

E9 : *“il est surpris déjà que je sois plus un partenaire sans jugement”*

7. Recours médicamenteux

Parmi les médecins interrogés, seul un ne connaissait “*aucun*” (E1) traitement médicamenteux dans l'aide à la réduction.

a) BACLOFÈNE (BACLOCUR®)

Le BACLOFÈNE est le plus connu des médicaments dont l'objectif est de réduire l'alcoolodépendance.

Au travers des revues d'informations médicales (*Prescrire* : E6 ; *La revue du Praticien* : E12), ou bien de visiteurs médicaux (“*Un jour, il y a un labo qui est venu...*” : E6), d'aucuns sont renseignés quant à la parution d'une Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) en 2018 pour la spécialité BACLOCUR® avec une dose maximale de 80 mg/jour :

E3 : “*Il a l'AMM depuis 4-5 ans*”

E14 : “*limitation à 80mg/jour*”

Quelques-uns sont au fait de l'étude BACLOVILLE et de l'existence d'une Recommandation Temporaire d'Utilisation (RTU) :

E12 : “*il y avait une AMM temporaire*”

L'un des médecins a aussi fait allusion au Dr Ameisen, qui a fait la promotion du BACLOFÈNE :

E14 : “*il me semble que c'est un cardiologue américain [...], qui lui-même avait un problème d'alcool, qui a remarqué ça sur lui.*”

Une majorité ne pense pas être compétente :

E2 : “*je ne suis pas du tout à l'aise*”

E5 : “*c'est compliqué d'instaurer des traitements qu'on ne maîtrise pas.*”

Ils vont en conséquence “laisser les addictologues le faire” (E3).

La crainte de l'utilisation de ce médicament est liée à une mauvaise réputation de la molécule car avant l'AMM, il était connu comme un *"traitement qui pouvait poser des problèmes"* (E12). Pour l'un, *"Les études de base ne me semblaient pas hyper solides d'un point de vue scientifique"* (E14).

b) NALMÉFÈNE (SELINCRO®)

Le NALMÉFÈNE est le deuxième traitement le plus connu après le BACLOFÈNE pour la réduction des consommations d'alcool.

Il est utilisé en première intention par une fraction des médecins traitants, qui le préfèrent au BACLOFÈNE :

E3 : *"Le SELINCRO, que j'utilise de temps en temps"*

E14 : *"je vais plus utiliser le SELINCRO en molécule de première intention."*

Toutefois, il n'a pas toujours été jugé efficace :

E7 : *"Le SELINCRO, j'en ai fait un moment donné, mais ça fait bien 5 ans que j'en fais plus, parce que je ne le trouvais pas vraiment efficace."*

c) Acamprosate (AOTAL®) et Disulfiram (ESPERAL®)

Seul un des quatorze médecins interrogés a déjà eu recours à l'Acamprosate et au Disulfiram, qui sont indiqués dans le maintien de l'abstinence à l'alcool :

E9 : *"J'ai des gens qui prennent de l'AOTAL, mais ça marcherait aussi bien s'ils n'en prenaient pas", "Exceptionnellement, j'en ai 2 qui prennent de l'ESPERAL."*

d) Benzodiazépines

Dans le cadre d'un syndrome anxieux associé chez une personne alcoolodépendante, des Benzodiazépines peuvent être prescrites par certains médecins :

E3 : *“La compensation, on va dire, anxiolytique, type SERESTA [...] quand il y a de l'anxiété associée”*

E6 : *“j'associe une BENZO, un anxiolytique”*

E13 : *“la plupart de mes patients qui viennent pour des problèmes d'addiction à l'alcool, ils sont très anxieux, et parfois dans un premier temps, j'ai recours juste à un anxiolytique [...] ils essaient un demi VALIUM ou un VALIUM.”*

Le DIAZEPAM ou VALIUM est aussi employé pour *“pour réduire les tremblements”* (E10).

Lorsqu'une dépression est détectée, un antidépresseur est envisagé avec le patient.

e) Quand sont instaurés les traitements ?

Le recours médicamenteux par BACLOFÈNE et NALMÉFÈNE est rarement envisagé dans les premiers instants :

E3 : *“Pas d'emblée”*

E10 : *“j'évite autant que possible.”*

Parfois, ce sont les patients qui demandent à débiter un traitement et certains se sont même renseignés :

E3 : *“Et si ... au bout d'un moment le patient me dit « Tiens, on pourrait essayer ça », je serai d'accord pour essayer ça”*

E6 : *“Souvent, ils demandent un traitement”*

E9 : *“celle qui me le demande parce qu'elle s'est renseignée sur les sites internet et elle veut essayer.”*

Dans les autres cas, après l'échec des interventions brèves et dès le moment où les médecins remarquent que *“le craving est très important”* (E4), *“Je vois déjà avec les interventions brèves et si la semaine d'après on voit que ça n'a pas été ...”* (E13).

De plus, cela est mis en place *“quand il y a des répercussions physiques et psychologiques à baisser l'alcool, qu'on arrive à un stade où ils ont diminué, mais ils n'y arrivent pas à faire plus et qu'ils n'ont toujours pas envie de faire de cure de sevrage”* (E10).

f) Manque de conviction des médecins

L'avis est partagé concernant les résultats obtenus avec le BACLOFÈNE, pour ceux qui l'utilisent. Pour certains, l'expérience est bonne :

E4 : *“qui peut donner de bons résultats”*

Tandis que d'autres pensaient le contraire :

E14 : *“Je trouve que le rapport bénéfice-risque ce n'est pas si favorable”, “ça les ralentissait”, “je trouve que ça endort ... ne serait-ce que pour la conduite.”*

L'expérience de l'utilisation du NALMEFENE par les médecins interrogés est à l'origine d'une divergence de point de vue par rapport au service rendu :

E3 : *“2 patients sous SELINCRO où ça se passe [...] d'autres où j'ai dû arrêter parce que ça ne se passait pas bien”*

E4 : *“je n'ai pas de bons résultats”*

E6 : *“Il y avait pas mal d'effets secondaires”*

E10 : *“Celui-là, je le prescris moins parce que j'ai quand même une patiente qui a fait une pancréatite”*

E14 : *“c'est bien toléré, il n'y a pas trop d'effet, d'histoire d'association avec les opiacés”*

g) Posologie et mode d'administration

Au moment de prescrire le BACLOFÈNE et le NALMÉFÈNE, les médecins se réfèrent au VIDAL car ce ne sont pas des molécules qu'ils prescrivent tous les jours :

E3 : *"Je regarde dans le VIDAL"*

E6 : *"je regarde tout le temps dans le VIDAL."*

➤ NALMÉFÈNE

Le NALMÉFÈNE, lorsqu'il est mis en place, est prescrit à une dose d'un comprimé par jour.

➤ BACLOFÈNE

Quant au BACLOFÈNE, il est mis en place avec prudence en initiant de faibles doses au départ :

E4 : *"théoriquement, il faudrait commencer à 2 fois 10mg"*

E6 : *"Je mettais 1 matin, 1 soir je crois, mais vraiment la plus faible dose"*

E14 : *"chercher la dose minimale efficace"*

La majoration se fait de façon progressive de sorte à réévaluer l'efficacité et la tolérance :

E13 : *"je fais des paliers de 3 jours, 1 comprimé par jour pendant 3 jours et je le monte au maximum à 6 avant qu'ils me revoient"*

E14 : *"doses croissantes"*

Ensuite, il est majoré progressivement avec souvent une limite à 30 mg :

E6 : *"Des fois, je montais à 3 par jour"*

E10 : *"soit en deux prises soit en trois prises, 10 mg maximum 3 fois par jour dans un premier temps", "C'est rare que je dépasse 10 mg 3 fois par jour" (E10).*

L'un ne va pas au-delà de 60 mg :

E13 : *"je le monte au maximum à 6."*

Seulement un des interrogés montaient à la posologie limitée par l'AMM :

E4 : *“on augmente tous les 3-4 jours jusqu'à 80 mg”*

E14 : *“monter au maximum 8 par jour”*

Les 2 derniers, avec une plus grande expérience du traitement, ont atteint des doses plus importantes :

E4 : *“Si les gens sentent l'effet, on reste à 80. Si les gens ne sentent pas d'effet, on essaie d'augmenter, sachant que la partie après sera hors AMM”*

E9 : *“je monte maximum à 240 mg”*

Afin d'employer le BACLOFÈNE de façon optimale, les prises des comprimés doivent se conformer aux moments où le craving est le plus important dans la journée :

E10 : *“La posologie initiale, je module un petit peu en fonction du moment, j'essaie de voir à quel moment l'appétence est la plus forte dans la journée pour le patient, et donc la prescrire déjà à ce moment-là.”*

Un des praticiens responsabilise ses patients et *“les laisse assez gérer le moment de prise”* (E14).

h) Évaluation de l'efficacité

L'efficacité du BACLOFÈNE et du NALMÉFÈNE sont évaluées par la mise en évidence d'une réduction des consommations et l'absence de reprise de l'ancienne consommation :

E4 : *“Le résultat, c'est eux (les patients) qui le ressentent, sur les consommations d'alcool, sur les quantités globales d'alcool”*

E10 : *“Est-ce que le patient arrive à moins consommer, est-ce que ça l'aide à moins consommer”*

E14 : *“On rediscute de la quantité d'alcool qu'ils ont prise avec”*

De même, il est recherché le ressenti des patients pendant la période de réduction :

E8 : *“évaluer le bénéfice sur le mode de vie”*

E13 : *“le vécu des patients”*

On observe également dans un cas une surveillance biologique :

E3 : *“les stigmates biologiques objectifs ... s'ils sont d'accord on va les surveiller.”*

Un suivi assez rapproché est effectué au départ :

E3 : *“Dans le premier mois d'usage, de toute façon je les revois une fois”*

E4 : *“Tous les 15 jours pendant 2-3 mois”*

E9 : *“je revois 15 jours après l'instauration en général, et après, je prends encore une fois 15 jours et puis après, c'est une fois par mois au début”*

E10 : *“Quand j'instaure le traitement, je vais le voir peut-être une fois par semaine, une fois tous les 15 jours.”*

Par la suite, en fonction des besoins du patient, le suivi est moins rapproché :

E13 : *“Ceux qui sont fragiles, j'essaie de les voir au moins 1 fois par mois.”*

i) Pas de durée fixée

Ces traitements anti-cravings, que ce soit le BACLOFÈNE et le NALMÉFÈNE, sont employés sans limitation de durée du moment que l'efficacité a été démontrée :

E4 : *“le plus longtemps possible”*

E7 : *“J'en ai quand même eu qui ont pris ça pendant des mois et des mois”*

E9 : *“Il n'y a pas de durée fixe”*

E10 : *“des années”, “J'ai des patients qui étaient alcooliques, qui sont toujours sous BACLOFÈNE”*

E13 : *“plusieurs mois”*

Une fois que le patient va globalement mieux, une baisse par palier est entreprise :

E6 : *“Quand ça va, j'essaie de la baisser progressivement déjà. Et puis après, on essaie de l'enlever pour voir si ça va.”*

j) Quelles sont les alternatives en cas de mauvaise tolérance ?

En général, l'unanimité des sujets utilisant le BACLOFÈNE n'a pas rencontré de problème à cause du médicament directement :

E10 : *"Ça ne m'est jamais arrivé"*

E13 : *"Jamais eu de problème"*

E14 : *"je n'ai pas l'impression d'avoir eu vraiment de problème de tolérance."*

Les patients remettent, dans certains cas, le traitement en cause, mais c'est souvent un prétexte pour s'échapper de la prise en charge selon les médecins :

E7 : *"un argument avancé par le patient pour essayer de l'arrêter avant l'heure parce qu'il veut s'échapper un petit peu de la prise en charge."*

En supposant qu'au cours du suivi une mauvaise tolérance ou une inefficacité sont mises en évidence, certains des médecins choisissent d'interrompre le traitement :

E6 : *"parce qu'à chaque fois, les personnes ont rechuté, donc je l'ai arrêté"*

E9 : *"J'arrête. Si ce n'est pas toléré."*

L'un va diminuer les doses si les effets indésirables desservent les patients :

E14 : *"Sur le BACLOFÈNE, sur les gens que ça endort trop, on diminue les doses."*

Les entretiens évoquent une autre solution qui est de se tourner vers l'autre molécule : du BACLOFÈNE au NALMÉFÈNE.

L'un va se servir d'anxiolytiques en remplacement :

E9 : *"sinon je shoote un peu avec des anxiolytiques."*

Dans la plupart des cas, ils vont souvent adresser leurs patients vers un spécialiste en addictologie :

E3 : *"j'essaie de passer la main."*

8. Recours non médicamenteux

La dimension psychosociale constitue la face cachée de l'iceberg dans le mésusage, que ce soit pour l'alcool ou d'autres drogues. Une approche globale du trouble est parfois étudiée en faisant en sorte de *“repérer, de trouver exactement pourquoi et comment, et à partir de là travailler dessus”* (E7). Il est ainsi nécessaire de considérer le patient dans sa globalité, notamment dans les cas de dépendance à l'alcool :

E2 : *“quand les 2 sont faits en même temps, ça marche mieux.”*

a) Troubles psychologiques et psychiatriques

Pour ce faire, les médecins traitants proposent, à leur niveau, différentes solutions. Certains consacrent plus de temps à ces patients et les reconvoquent afin de ne pas les laisser tomber, à l'instar d'une des personnes interrogées :

E13 : *“ceux qui ne se sentent pas bien, qui ont un petit peu des éléments dépressifs, j'essaie de les faire venir une fois par semaine au moins un mois, histoire de voir comment ils gèrent les choses.”*

Lors de la découverte d'un syndrome anxio-dépressif sous-jacent, les médecins peuvent orienter vers une aide psychologique, principalement des psychologues. Néanmoins, l'adhésion du patient est recherchée :

E1 : *“il faut qu'ils soient dans la demande”*

E6 : *“Je mets toujours un suivi psychologique avec ... une psychologue, un psychiatre, s'ils sont d'accord.”*

“L'alcool est un antidépresseur extraordinaire” (E4).

Ainsi, les médecins traitants vont solliciter une aide psychothérapeutique quasiment systématiquement lorsqu'ils sont confrontés à une dépendance à l'alcool :

E2 : “l'alcoolisme pour moi c'est quand même aussi une grande souffrance et du coup il y a forcément aussi une dépression”

E3 : “exogénoses dans les terrains dépressifs”

E8 : “On va le proposer assez facilement dès qu'il y a une situation d'addiction”, “les patients que je suis ou que je vois pour des problématiques d'addiction, alcool notamment, je leur ai forcément proposé.”

De cette manière, cette demande peut être faite *“très rapidement” (E3) :*

E6 : “Dès le début, je leur propose ... s'ils sont d'accord.”

Une fois que les médecins ont réussi à *“faire prendre conscience au patient aussi de ses difficultés psychologiques et de ses peines et de ses souffrances et de son histoire” (E2)*, il est plus facile de les adresser de sorte qu'ils bénéficient d'une *“psychothérapie de soutien, mais individuelle” (E14)*.

Également dans le cas où les patients expriment *“des idées suicidaires, on va un peu plus vite” (E3)* ou pour *“quelqu'un qui a un vécu traumatique [...] de quelque ordre que ce soit, soit de violences, d'abus sexuels” (E14)*.

Cette option peut s'envisager *“quand eux, ils expriment une souffrance, quand [...] les conjoints n'en peuvent plus ou les enfants n'en peuvent plus” (E1)*.

Enfin, lorsque les médecins traitants constatent *“que ça va être compliqué” (E9)* car un patient *“ne se fait pas du tout prendre en charge” (E13)*, ils vont chercher une aide extérieure :

E13 : “j'ai essayé, moi, de le prendre en charge pour ça, j'ai essayé de lui mettre des antidépresseurs, de lui trouver un psychologue, de lui trouver un psychiatre”, “c'est en fonction du fait qu'on avance ou qu'on n'avance pas”

E14 : “quelqu'un qui ferait une dépression, avec simplement moi, ma prise en charge de généraliste avec un antidépresseur et des interventions de psychothérapie de soutien, ça ne suffit pas.”

Cependant, en exercice de ville, *“Les psychologues ne sont pas remboursées”* (E10), *“les psychologues, c’est compliqué à avoir et c’est cher”* (E12). C’est pourquoi les patients vont être orientés vers les Centres Médico-Psychologiques (CMP) ou les centres d’addictologie.

Certains demandent une évaluation psychiatrique, particulièrement dans le cas où il existe *“une comorbidité psychiatrique qui est un peu complexe avec simplement la prescription d’un antidépresseur”* (E14). Un appui psychiatrique est aussi sollicité puisqu’ *“il y a beaucoup de schizophrènes qui sont très addicts”* (E4).

Certains médecins font partie de microsstructures et bénéficient d’ *“une travailleuse sociale et ... une psychologue”* (E10). Il leur est donc possible de faire *“de la réduction des risques”* (E8). Le fait de travailler en équipe permet de *“facilement orienter tous les patients que ce soit au sens de précarité ou d’addiction”* (E8).

Les patients cherchent à suppléer cette occupation :

E3 : *“il a compensé autrement”*

E7 : *“il bricole, il jardine, il fait des activités.”*

b) Interventions sociales

L'avis des médecins concernant le recours à une aide sociale est consensuel. Ils soulignent la complexité de cette dimension :

E3 : *“Le social, à la maison, c'est plus compliqué”*

E4 : *“C'est difficile l'isolement”, “Sans hébergement, un mec à la rue, on n'en fait rien”*

E6 : *“c'est des gens isolés qui ne veulent même pas parler des démarches administratives”*

E11 : *“Quand on est au stade d'isolement, je pense qu'il y a des patients qui sont en rupture de soin, on les voit moins.”*

Un soutien social est jugé nécessaire *“Quand ils sont dans la galère, financièrement”* (E13).

Le fait que le patient soit sans domicile peut conduire au fait que le médecin va se mettre en relation avec l'assistante sociale :

E14 : *“J'ai un patient, par exemple, il a eu des moments où il était SDF, et là on a forcément fait appel, un moment, à l'assistante sociale du secteur.”*

Quelques-uns des médecins se sont mis en relation avec le médecin du travail dans le but de voir s'il existe des problèmes avec son emploi.

L'un déclare d'ailleurs éviter la perte de l'emploi, et donc la désinsertion sociale :

E14 : *“il m'est arrivé de faire des arrêts (de travail) et de faire en sorte que la personne ne perde pas son emploi ...”*

9. Inquiétudes des médecins de ville

La place du questionnement en médecine est omniprésente :

E7 : *“En médecine, on s'interroge tout le temps.”*

a) Connaissances insuffisantes

Beaucoup appréhendent le contact avec les personnes présentant un mésusage. Les situations sont parfois complexes et la principale crainte est la perte de vue des patients :

E2 : *“ne vont pas forcément revenir ou alors des patients qui vont même complètement changer de médecin traitant”*

E6 : *“Ce n'est jamais très confortable, l'alcool”, “les vrais alcooliques souvent quand ils en ont marre, ils ne viennent plus. Donc il y a souvent une perte de contact”*

E9 : *“quand on est en échec ... on se pose des questions ... de la préparation de la personne [...] ils finissent par ne plus venir ...”*

Une sensation de malaise existe lorsque les médecins souhaitent s'enquérir des consommations des personnes :

E8 : *“c'est ... difficile parfois d'aborder le sujet.”*

Dans certains cas, il existe une crainte de la réaction émotionnelle d'un patient :

E2 : *“ils se mettent en colère parce qu'ils veulent que je ne leur parle plus de ça.”*

Les médecins ne maîtrisant pas les traitements de réduction des consommations d'alcool expriment leur inconfort :

E2 : *“Je ne me sens pas assez à l'aise dans ce type de prescription”*

E7 : *“je ne suis vraiment pas à mon aise, je suis un peu débordé parce que ce n'est pas non plus tous les jours que je le fais”*

E12 : *“je ne maîtrise pas trop la tolérance, ... les éléments à surveiller, ... Je ne maîtrise pas trop les interactions médicamenteuses, ... et indications/contre-indications.”*

On retrouve même une crainte à l'idée de *“faire une bêtise”*, *“une erreur de prescription”* (E1). L'un évoque son hésitation à prescrire du BACLOFÈNE en raison de l'altération de *“la vigilance et la conduite”* (E14).

b) Sevrage en autonomie complète du patient

Des sujets interrogés font aussi part de leur inquiétude des patients qui vont s'autosevrer, ce qui va engendrer un syndrome de sevrage :

E3 : *“c'est de ne pas dominer la situation en termes de ... de gestion des périodes de sevrage ou le contraire”*

E4 : *“ce qui est dangereux, c'est le sevrage”*

E10 : *“Ce qui me fait peur c'est le sevrage brutal.”*

c) Difficultés de détection des troubles sous-jacents

Il demeure aussi des interrogations à propos de la prise en charge globale en cas de mésusage. La détection des problèmes psychologiques n'est pas toujours évidente :

E3 : *« Il faut se dire “Est-ce que je ne passe pas à côté d'un truc ?” », “ne pas négliger l'hypothèse qu'il y ait de la pathologie psychiatrique en dessous”*

E8 : *« “Est-ce qu'il faut faire plus ?” »*

E13 : *“Le problème, c'est toujours le côté psy”*

E14 : *“comorbidités liées à l'alcool”*

Les médecins ne sont pas sereins lorsqu'ils sont face à des polyaddictions :

E8 : *“il y a d'autres problématiques et d'autres addictions et du coup c'est difficile de ... réduire l'alcool et le reste ...”*

d) Les conséquences sur autrui

Une consommation abusive d'alcool augmente le risque de comportement agressif tel les incivilités et les violences. Certains appréhendent ce côté-là dans le milieu familial notamment :

E3 : *“La crainte, elle est parfois autour de la famille”, « “est-ce que ça ne va pas mal tourner une fois ?” parce que le patient, il est violent. »*

10. Efficacité

“*Le parcours en addicto, il est rarement linéaire*” (E14). Effectivement, pour beaucoup de patients, il est plus complexe car il passe par des phases d’amélioration, d’abstinence et de rechutes.

a) Résultats divisés

Les résultats partagés sont obtenus par la majorité des médecins vis-à-vis de leurs stratégies de réduction des consommations d’alcool :

E1 : “50/50”

E9 : “succès qui est mitigé”

De cette façon, certains rapportent que “*L’effet est partiel*” (E10) car celui-ci est limité dans le temps :

E6 : “*Ça marche un peu, un temps*”, “*ils arrêtent pendant un temps*”

E14 : “*Il y en a beaucoup, pour être honnête, je pense, qui arrivent à réduire un peu ... le temps je ne sais pas, quelques mois.*”

Près de la moitié des participants sont plutôt défaitistes puisqu’ils connaissent des échecs dans la plupart des cas :

E3 : “*j’en ai X fois plus qui continuent et je suis dans l’échec total*”

E7 : “*j’ai très souvent des échappements*”

E8 : “*J’ai des cas où j’ai l’impression que la consommation a pu remonter après ou qu’elle n’a pas changé.*”

Un quart des médecins interrogés observent leurs actions entraînent des résultats convenables :

E2 : *“un semblant de normalité et puis, ils font attention après, il y en a qui accrochent et qui du coup réduisent”*

E3 : *“des patients où c'est immédiat”, “gars qui sont sortis de chez moi et ... qui n'ont jamais plus bu une goutte”, “Il s'est arrêté d'un jour à l'autre”, “Je pense qu'on y arrive assez souvent à réduire”*

E11 : *“J'ai l'impression qu'ils arrivent à réduire.”*

Ils justifient notamment cela par l'absence de dépendance au produit :

E3 : *“on y arrive assez facilement ... chez des gens qui ne sont pas ... des vrais addicts”*

E6 : *“Des fois ça marche mais ce n'est pas des alcooliques très très profond”*

E9 : *“Tant qu'on n'est pas dans la dépendance [...] les résultats sont très bons.”*

Néanmoins, des succès sont aussi observés dans le cas de certains patients dépendants :

E4 : *“Des résultats qui sont jugés satisfaisants si on maintient un équilibre qui n'est pas trop toxique. On ne parle pas de guérison”*

E10 : *“Ils arrivent à stabiliser leur consommation et à pas forcément réaugmenter”*

E13 : *“1 sur 2 voire 2 sur 3 ... qui passent d'une consommation excessive voire dangereuse à une consommation normale voire aucune. Quand ils le prennent, ça marche on va dire”, « j'ai une dame, je l'ai prise en charge il y a 5 ans, elle est venue me voir en me disant clairement “Moi, j'ai un problème avec l'alcool.” [...] Avec le BACLOFÈNE, on a bien réussi à arrêter », “5 ans après, sans BACLOFÈNE ni rien, elle doit boire 2 unités d'alcool par semaine.”*

Lorsque les patients se situent dans un stade de détermination, les résultats sont plutôt probants :

E3 : *“c'est en général très positif et plutôt bon pronostic [...] quand ils viennent s'en plaindre tout seuls.”*

Un des autres arguments de réussite est lorsqu'une prise en charge globale a été réalisée, en se chargeant du mal être à l'origine de la dépendance :

E13 : *“On arrive à gérer quand ils ont réglé la cause de l'addiction, c'est-à-dire s'ils sont toujours dépressifs et qu'ils n'ont pas été soignés de la dépression ça ne marchera pas.”*

b) Fonction de l'étape dans le Cercle de Prochaska et Di Clemente (Annexe A5)

En fonction du stade de changement du modèle de Prochaska et DiClemente dans lequel se situe le patient, quelques-uns des soignants interrogés décrivent des succès :

E14 : *“des patients [...] qui ont envie vraiment de se prendre en main et de se prendre en charge”*

Des échecs sont observés lorsqu'ils sont dans le déni :

E2 : *“ils ne veulent pas voir ou ils ne veulent pas du tout accepter cette situation”*

E4 : *“Quand il n'a pas la capacité, pas l'envie de changer”*

E5 : *“Un autre, il n'a aucune envie de modifier ses habitudes en termes de consommation d'alcool.”*

De cette façon, les médecins s'accordent pour dire qu'il y a un moment adéquat pour induire la réussite d'un patient :

E3 : *“au bon moment”*

E9 : *“il n'est pas prêt, que ce n'était pas le moment”*

E14 : *“ce n'était pas le bon moment.”*

Les problèmes de santé engendrés par la surconsommation en alcool est aussi un moteur :

E4 : *“ce qui permet de passer à l'échelon supérieur c'est quand il y a un souci de santé”*

E13 : *“on arrive à leur faire peur avec le côté santé. Et du coup ils ont envie d'arrêter quand même.”*

c) Les rechutes et leurs raisons

Le retour aux consommations antérieures est très fréquent.

L'une des causes évoquées par les médecins interrogés est lorsque les patients abandonnent le suivi :

E1 : *“ils ne reviennent pas en consult”*

E6 : *“souvent on ne peut rien faire parce qu'ils ne viennent plus et s'isolent”*

E8 : *“un refus d'autres intervenants, d'autres consultations”*

Ils finissent alors par s'isoler, ce qui est un frein à la prise en charge :

E4 : *“Les gens sont isolés. Il y a des gens qui ne voient personne, à part les gens qu'ils vont voir au bar, ils ne croisent personne”*

E5 : *“il est livré lui-même à son domicile”*

Ces soignants relèvent l'existence d'un trouble psychologique sous-jacent :

E2 : *“c'est la méconnaissance du syndrome dépressif qui va avec et le déni finalement de la dépression et de la souffrance qui va avec l'alcool”, “ils sont en rechute souvent par la dépression associée”*

E3 : *“quand il y a de la pathologie psychiatrique en dessous”*

E10 : *“Parce qu'il y a un côté psychologique derrière.”*

Cela peut aussi être lié à un nouveau choc émotionnel particulièrement dans le milieu familial :

E3 : *“aux entourages du patient ... l'aspect conflictuel des choses à la maison, de ... du comportement de la compagne ou du compagnon, du comportement des enfants”*

E6 : *“un nouveau choc psychologique [...] ou un stress quelconque”*

E9 : *“des événements de vie, qui créent des angoisses”*

E11 : *“un divorce”*

Parfois, l'environnement professionnel n'est pas favorable au bien-être des personnes :

E4 : *"le contexte [...] professionnel"*

E11 : *"facteur déclenchant professionnel de rechute"*

E13 : *"c'est le boulot"*

L'alcool est aussi synonyme de convivialité, ce qui fait que l'entourage du patient va continuer d'en consommer. Cela ne favorise donc pas la réussite :

E2 : *"je pense que ce qui est difficile à gérer c'est ... tout ce qui est en société, tout ce qui est social"*

E13 : *"cette notion de sociabilité qui fait que pour beaucoup c'est compliqué", "signe de convivialité"*

E14 : *"les occasions sont permanentes, de consommer, les patients craquent."*

Dans certains cas, le produit est mis en cause de par sa nature addictogène :

E9 : *"Ceux qui ont été totalement abstinents, dès qu'ils se remettent à boire, ils réallument tout"*

E14 : *"simplement du produit en lui-même"*

De même, l'effet euphorisant de l'alcool est abordé :

E4 : *"L'alcool est un antidépresseur extraordinaire"*

E6 : *"ils avaient envie de retrouver l'euphorie qu'ils avaient avant"*

E9 : *"l'alcool c'est un produit anxiolytique la plupart du temps."*

En résumé, du moment que tous ces facteurs ne sont pas réglés les patients ne réduisent pas durablement leur consommation :

E10 : *"tant que ça ce n'est pas pris en charge, ils n'arrivent pas."*

d) La réduction : un objectif intermédiaire ?

Les médecins suggèrent que la réduction contrôlée des consommations est une première étape vers une abstinence :

E5 : *“c'est une amorce pour essayer d'aboutir à un sevrage.”*

Dans quelques cas, les patients envisagent d'aller plus loin dans la prise en charge :

E4 : *“Ils en parlent plus facilement”*

E9 : *“il y en a qui vont vouloir le faire parce qu'ils vont aller plus loin que ce qu'on leur a annoncé, qui vont dire « Moi, j'arrête de boire, ça me pose que des problèmes. »”*

Toutefois, conformément à l'expérience des médecins traitants, la plupart des patients s'accommode d'une réduction de leurs consommations :

E1 : *“Il y en a beaucoup à qui ça convient cette consommation d'alcool”*

E3 : *“quand on a obtenu quelque chose de raisonnable ou qu'on s'approche d'une chose qui permet de retrouver un équilibre tant personnel que familial, ... ils n'ont plus du tout d'intérêt à s'arrêter”*

E7 : *“le fait d'avoir réduit ... me ferme des portes”, “ils ont l'impression qu'ils arrivent à gérer”*

E14 : *“plein se contentent quand même du fait d'arriver à maîtriser leur consommation.”*

11. Recours aux spécialistes

Certains médecins adressent “assez rapidement” (E5) leurs patients dans les centres d’addictologie.

a) Dépassement des compétences

L’orientation auprès des spécialistes des addictions se fait principalement à partir du moment où les participants se sentent dépassés.

Cela peut se produire après l’échec des interventions brèves :

E2 : « *quand ils ont pris conscience ou qu’ils n’y sont pas arrivés, après moi j’arrive à leur dire “Écoutez, là il faut vraiment que vous soyez suivis”* »

E5 : “*j’ai besoin de m’appuyer sur d’autres professionnels pour m’aider et pour avoir une prise en charge optimale [...] que je sais que je ne suis pas capable d’apporter seule*”

E11 : “*qu’on n’y arrive pas avec un accompagnement simple*”

Les médecins se servant des pharmacothérapies ont tendance à recourir à l’aide des addictologues lorsqu’ils n’obtiennent aucun résultat :

E3 : “*parce que moi tout seul, je vais avoir du mal à gérer ce truc-là, enfin, nous ensemble à 2*”, “*qu’on n’y arrive pas, que je ne suis pas assez compétent là-dedans ou j’ai des difficultés avec ... On a des difficultés*”

E6 : “*Quand ils ont vraiment envie de s’en sortir et que moi, je n’ai plus de solution*”

E14 : “*adresser au CSAPA pour les cas où je n’y arrive pas.*”

Habituellement, lorsque les médecins ne constatent pas d'amélioration, cela s'explique par une souffrance profonde du patient. C'est pourquoi ils conseillent de se rendre dans les centres d'addictologie, afin d'avoir une prise en charge globale et donc de solliciter les psychologues, les assistantes sociales et les infirmières :

E7 : *“quand effectivement, la situation le nécessite parce qu'on va vraiment partir sur quelque chose de structuré”*

E9 : *“celui qui est abimé socialement à cause de l'alcool et tout ça, celui-là il va avoir besoin d'une structure pluriprofessionnelle, le CSAPA”*

E10 : *“ils sont d'accord pour prendre en charge tous leurs problèmes et de rencontrer une psychologue, une infirmière, un addictologue.”*

b) Nécessité de sevrage

Lorsque les médecins envisagent un sevrage devant des consommations importantes et que les patients acceptent, ils font alors appel aux addictologues :

E2 : *“Dès qu'ils ont pris conscience et qu'ils sont ok pour un sevrage”*

E8 : *“s'ils souhaitent une hospitalisation pour sevrage”*

E14 : *“dans certains cas, ça peut être quand même nécessaire, enfin ça pourrait être intéressant d'organiser [...] un sevrage.”*

c) Antécédents compliquant la prise en charge en ambulatoire

Face à des antécédents de sevrage, de polyaddiction ou de patients avec plusieurs psychotropes, les médecins n'hésitent pas à adresser aux addictologues :

E12 : *“mélange de VENLAFAXINE, de TERCIAN”, “dès qu’il faut passer à la vitesse supérieure en terme médicaments, en cas de sevrages répétés et d’échec, et à la demande du patient”*

E13 : *“quand ce n’est pas la première fois, quand il y a déjà eu un sevrage et une longue période d’abstinence et qu’il y a une rechute”*

E14 : *“des patients polyconsommateurs, qui ont des addictions multiples”*

d) Volonté d’une prise en charge globale

L’avantage des structures d’addictologie, aux yeux des médecins de ville, est d’avoir une prise en charge multidisciplinaire :

E5 : *“c’est plus facile dans une structure hospitalière, où c’est une équipe pluridisciplinaire qui peut prendre en charge le patient plutôt qu’en ambulatoire en médecine générale, où c’est difficile de coordonner et d’avoir les différents acteurs”*

E9 : *“beaucoup de partenaires qui doivent travailler ensemble”*

E10 : *“j’envoie pour une prise en charge peut-être un peu plus globale, que les patients se sentent peut-être un peu plus entourés et portés.”*

Il est aussi vanté l’existence d’ateliers avec des professionnels ayant une formation adaptée :

E1 : *“ateliers de confiance en soi, de paroles”*

12. Améliorations envisagées

a) Effort commun

L'une des modifications évoquées est la nécessité que tout le monde s'investisse auprès des patients présentant des addictions ou des mésusages :

E4 : *“beaucoup trop de médecins qui refusent ...”*

E14 : *“qu'on s'implique un peu plus, tous collectivement les généralistes.”*

b) Formation

Il est apparu évident, pour l'ensemble des professionnels de santé de l'étude, qu'ils n'étaient pas assez formés, aussi bien pour la prise en charge globale que pour la prescription de pharmacothérapies. Ils suggèrent donc d'organiser des formations :

E1 : *“il faudrait que je me forme au sujet des médicaments”*

E2 : *“se former sur les thérapies de soutien voilà, addictologie, sevrage, dépression, pouvoir accompagner vraiment au niveau finalement psychosocial”*

E6 : *“comment le mettre en place et jusqu'à quelle dose, jusqu'à quel moment”*

E9 : *“L'entretien motivationnel et l'intervention brève”*

Certains le conçoivent comme un apprentissage *“dans le cursus”* (E4) :

E9 : *“Il faudrait à la fac un module total pour la communication avec le patient et des entraînements.”*

Pour la majorité, un enseignement et des retours d'expérience dans le cadre de la Formation Médicale Continue (FMC), durant un soir ou un weekend, serait la meilleure option :

E5 : *“FMC un soir”, “plus facile d'avoir l'information en réel”*

E7 : *“weekends de formation”*

Un seul opterait pour un format *“à distance sur mon ordi”* (E12).

Un des participants a soumis l'idée de réalisation d'une *“fiche de bonne conduite”* (E1).

c) Renforcement des règles légales

Le manque de fermeté des pouvoirs publics quant à la promotion de l'alcool est montré du doigt. En effet, quelques-uns sont persuadés qu'il est nécessaire d' "*arrêter les pubs sur l'alcool*" (E1), "*Arrêter de faire des pubs*" (E10). Selon eux, il serait plus adéquat de "*juste dire que l'alcool est dangereux pour votre santé*" (E1) et "*sur le plan médiatique, il devrait y avoir plus de choses, mais plus de choses plus précises*" (E3).

d) Temps dédié

Les médecins traitants estiment ne pas avoir assez de temps pour s'impliquer dans ce type de prise en charge :

E7 : "*Quelqu'un qui est dépendant de l'alcool, une consult ce n'est pas quinze minutes ... c'est une heure*"

E9 : "*c'est juste le temps que ça va me prendre. Donc, c'est la grosse barrière [...] en ville.*"

Ainsi, l'une des propositions serait de valoriser cet accompagnement :

E1 : "*qu'on soit rémunérés*"

E3 : "*le coût de la consultation*"

E13 : "*consultations longues*", "*majorer la cotation pour ce genre de consult.*"

e) Lutte contre l'isolement

Les médecins traitants, du fait de leur statut de libéral, sont bien souvent livrés à eux-mêmes et perçoivent une sensation d'isolement :

E7 : "*On est hyper isolés*"

De ce fait, deux des participants mettent en avant le fait de travailler en "*réseaux de soins*", "*CPTS*" (Communauté Professionnelle Territoriale de Santé) (E11), de "*fonctionner en microstructure avec des psychologues*" (E14).

f) Amélioration du contact avec les spécialistes

Beaucoup relatent la difficulté d'avoir accès aux spécialistes et de longues périodes d'attente avant que leurs patients ne puissent être vus :

E4 : *“Entre le moment où on adresse quelqu'un et le moment où il est pris en charge, il se passe entre 3 et 6 mois”*

E6 : *“les délais sont longs”*

Ils s'accordent pour dire que cela constitue une perte de chance pour leurs patients qui sont déterminés à arrêter un moment donné :

E13 : *“quand il y a trop d'attente, ils sont désespérés. Parce que quand ils veulent y aller, ils veulent y aller vite.”*

Cela conduit à la volonté de bénéficier d'un *“accès aux addictologues plus facilement”* (E3), *“quelque chose de plus coordonné, qui soit plus facile à joindre pour nous, ... pour adresser nos patients”* (E5). Selon un, la clef serait d'avoir *“plus d'addictologues”* (E14).

DISCUSSION

A. Forces et limites de l'étude

1. Forces

Les techniques de réduction contrôlées des consommations d'alcool ainsi que l'utilisation du BACLOFÈNE ont déjà été abordées dans des études qualitatives. Cependant, celles-ci ont évalué le point de vue des addictologues ou des patients. Une étude qualitative s'intéressant aux médecins généralistes avant l'obtention de l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) du BACLOFÈNE a été retrouvée. Ainsi, il semblait pertinent de prendre en considération l'approche des médecins traitants en termes de réduction des risques et de la consommation d'alcool, car ce sont les premiers remparts, avec les moyens disponibles actuellement.

L'aspect qualitatif avec des entretiens semi-dirigés a permis un abord plus élargi afin de comprendre la posture des médecins généralistes et les facteurs influençant leur pratique. Il prend en considération l'interaction sociale médecin-patient.

L'objectif de ce travail a été de recueillir une description exhaustive de la réalité du terrain. Il s'est donc basé sur un profil hétérogène des médecins interrogés. Parmi eux, certains avaient acquis des compétences vis-à-vis de l'addictologie en ayant exercé dans des centres ou en milieu carcéral. Différents types d'exercice ont été recherchés. Cela a permis de comprendre les modalités des méthodes mises en place par les médecins installés en Alsace.

Tous les entretiens ont été réalisés de façon individuelle de façon à recueillir un maximum d'informations sans que les participants se mettent en retrait ou que leurs réponses soient influencées. La quasi-totalité des entrevues s'est déroulée dans leur cabinet ou une salle de bureau dans lesquels ils se sentaient à l'aise. La durée approximative, d'une demi-heure, a été annoncée dès la prise de contact de sorte que les médecins prennent le temps nécessaire pour répondre correctement au questionnaire.

L'enquêteur a réalisé lui-même la retranscription de la totalité des entretiens pour assurer une uniformité et éviter toute perte de détails.

A travers cette étude, les médecins se sont confiés concernant leurs inquiétudes et les limites ressenties de l'exercice de ville.

Les participants ont exprimé l'importance du sujet et sa complexité.

2. Limites

a) Biais de sélection

On remarque le recrutement d'un nombre modeste de médecins. Cependant, la saturation des données a été atteinte. Effectivement, aucune nouvelle idée ressortait des entretiens.

Seuls les médecins traitants installés en Alsace ont été interrogés.

Certaines demandes par courriel ou par le secrétariat sont restées sans réponse ou ont été déclinées. Cela peut s'expliquer par le fait que le recueil des données ait été réalisé au cours de la période estivale et sur une durée brève.

b) Biais de recueil

Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective. Au cours des entretiens, les médecins mobilisent des situations parfois anciennes dans un court délai de réflexion. Certains détails ont pu être oubliés ou modifiés en se rappelant de ces cas. Une certaine pudeur des interlocuteurs concernant un sujet qu'ils ne maîtrisent pas toujours a parfois été ressentie, ce qui a pu interférer avec les informations recueillies. Toutefois, le caractère anonyme et sans jugement de l'entrevue a été rappelé.

Une exception a été faite pour le premier entretien qui a été réalisé en terrasse d'un café peu fréquenté.

L'enquêteur réalisait sa première étude de cette envergure. Un manque d'expérience dans l'exécution de l'entretien a pu nuire au recueil des données. Il est possible que les participants aient été influencés par l'attitude ou à travers des questions trop suggestives.

c) Biais de l'analyse

L'analyse du contenu a été menée par un seul enquêteur. Une plus grande validité de l'interprétation aurait pu être enrichie par un double codage. Cela a donc pu constituer un biais d'interprétation.

B. Interprétation des résultats

1. La médecine ambulatoire : un rôle central

Les médecins traitants ont conscience de l'importance de leur place au cœur de la réduction des risques et des consommations d'alcool. Ils reconnaissent leurs principales missions : le dépistage, l'orientation et l'accompagnement. Cela se fait à travers une relation de confiance qui est établie depuis de nombreuses années habituellement. Ce rôle est en adéquation avec les avis des médecins de ville de Picardie obtenus dans la thèse de Herouin M. N. (13).

2. Dépistage

a) Repérage du mésusage

D'après les médecins interrogés, un repérage d'une consommation d'alcool est systématiquement effectué, au cours du recueil des données médicales des patients.

Autrement, ce dépistage a été opéré au cas par cas soit par des symptômes cliniques ou biologiques. Certaines circonstances (retrait de permis, questionnaires médicaux exigés, problèmes socio-comportementaux) ainsi que le témoignage de la famille conduisent à interroger le patient sur le sujet.

La prise de contact concernant les consommations se fait parfois par le biais de questions ouvertes, mais cela ne semble pas faire l'unanimité.

Les techniques exposées par la Société Française d'Addictologie sont relativement similaires à la pratique des participants de l'étude (11).

Parfois, un mésusage est mis en évidence lors de la réalisation de biologie. En revanche, les tests biologiques ne sont pas assez sensibles dans cet objectif car les marqueurs se positivent tardivement (11,14).

En tant que médecin de famille, les participants ont souvent pu repérer, à partir de signalements au cours de consultation avec un membre de la famille qu'ils suivent aussi, un mésusage de l'alcool. Le médecin de famille, étant un premier interlocuteur et ayant généralement un suivi du patient et de son entourage, peut aussi aborder la question suite à la description par les tiers d'une surconsommation (15).

b) Évaluation du mésusage

Les questionnaires standardisés (AUDIT (Annexe A3), DETA-CAGE (Annexe A4) permettent de repérer et de qualifier un mésusage. Ceux-ci demeurent peu utilisés en exercice de ville. Les médecins préfèrent se servir de questions qui leurs sont propres mais qui s'en approchent. A savoir que le questionnaire AUDIT a été prévu spécialement pour les médecins généralistes. Même s'il est long et fastidieux, les 3 premières questions peuvent suffire, soit l'AUDIT-C (Annexe A6) (14).

L'évaluation des consommations se base sur des questions quantité/fréquence dans la grande majorité des cas. Cela permet de déterminer une consommation déclarée d'alcool. Cette méthode est la plus facile à utiliser et constitue l'une des deux existantes afin de mesurer les consommations. Toutefois, elle est moins valable que la méthode d'estimation de la consommation quotidienne qui implique que les patients remplissent un calendrier représentant leur mode de consommation (14).

2. Stratégies pour y remédier

a) Interventions brèves

La première stratégie employée est basée sur les interventions brèves. Elle est globalement utilisée par tous les participants de l'étude.

Elles permettent aux médecins de faire prendre conscience aux patients de leur mésusage. L'application des interventions brèves par les médecins repose tout d'abord sur la recherche et l'enseignement d'une consommation standard. Cette étape s'explique par le fait que beaucoup de patients ignorent avoir une consommation excessive d'alcool et ne font pas toujours le lien avec les troubles dont ils souffrent (14).

L'ensemble des médecins explique les seuils au-delà desquels se définit un usage à risque, c'est-à-dire une consommation supérieure à 2 verres par jour, soit 10 verres, plus de 5 jours dans la semaine. De plus, il est expliqué aux patients les risques (hépatopathies, pathologies cancéreuses) du maintien de leur mode de vie concernant l'usage de l'alcool ainsi que la corrélation de leurs symptômes (hypertension, prise de poids) avec cette substance. Les médecins tentent d'établir avec le patient un objectif réalisable. Enfin, il est évoqué les différentes solutions qui peuvent s'offrir aux patients : médicaments pour la réduction, psychothérapies, centres d'addictologie.

Cela s'intègre dans les recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) par rapport aux interventions brèves (11).

En revanche, l'usage de supports apportant des informations concernant la surconsommation et les aides existantes est modeste. Il est vrai que ceux-ci permettent d'appuyer leurs conseils comme cela a été mis en évidence dans une étude coréenne évaluant l'efficacité des interventions brèves (16). Il existe même des échelles pour estimer la motivation du patient, ce qui permettra de déterminer l'étape du modèle de Prochaska et Di Clemente dans lequel ils se situent, et ainsi de proposer une intervention adaptée (17).

Il existe des recommandations au sujet des interventions brèves à mettre en œuvre (Annexe A7) (18).

Comme il est de coutume en Angleterre, un des médecins s'appuie sur une infirmière ASALÉE (travaillant en coopération avec le médecin dans le cadre de soins primaires). Ces dernières seraient mieux placées en vue de repérer des troubles de consommation et de promulguer des interventions brèves.

b) Entretien motivationnel

L'étude a fait ressortir dans quelques cas l'exploration des motivations des patients au mésusage dans le but de créer la dissonance quant à leur consommation. Pour ce faire, ils essaient de créer une alliance médecin-patient via une relation de partenaire. Ainsi, le médecin explore les capacités et la détermination au changement (17).

La plupart des médecins semble adopter une attitude empathique, sans jugement, avec une écoute réflexive.

Le cycle de Prochaska (Annexe A5) et ses 5 étapes est peu connu. Celui-ci est essentiel dans la compréhension du raisonnement du patient et permet de mieux faire face à la résistance. Selon l'étape dans laquelle le patient s'inscrit, les informations et les arguments mis en avant ne seront pas les mêmes.

Cela peut parfois être frustrant pour les médecins car il faut savoir s'adapter au refus. Tous les médecins ont conscience que le processus de changement demande du temps. Ils travaillent donc avec le temps afin d'aider le patient à réduire ou à arrêter sa consommation d'alcool (19,20).

L'entretien motivationnel est une arme supplémentaire dans l'engagement des cliniciens envers le mésusage d'alcool.

3. Réduction contrôlée ou sevrage ?

a) Autonomisation des objectifs

Face à un mésusage, les solutions vont la plupart du temps être recherchées auprès de la personne concernée. En effet, selon l'ouvrage de Santé Publique (3), il est prôné, après avoir exposé les objectifs et les solutions possibles, de laisser aux patients la liberté dans leur choix ainsi que de respecter et encourager leur autonomie dans la prise en charge.

Selon Luquiens et Al (21), en permettant aux patients de choisir leur objectif, que ce soit l'abstinence ou non, on retrouve un renforcement positif du fait de les intégrer dans la prise en charge.

L'abstinence est un objectif idéal pour les personnes alcoolo-dépendantes. Effectivement, bien souvent ces personnes rejettent ce dessein ou ne se sentent pas capables d'y parvenir car cela leur paraît insurmontable. Par conséquent, il n'est plus d'actualité de proposer à tout prix un sevrage aux patients. De par la stratégie globale de réduction des dommages liés à une surconsommation d'alcool adoptée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la politique et les interventions adoptées en France ainsi que les recommandations de la Société Française d'Alcoologie (SFA) s'inscrivent dans ce climat, d'après le Pr Aubin (22).

De plus, selon l'analyse post-hoc de *The Effects of as-needed Nalmefene on patient-reported outcomes and quality of life in relation to a reduction in alcohol consumption in alcohol-dependent patients* (23), au vu de la proportion d'événements néfastes en lien avec une surconsommation, une réduction, même minime, peut impacter favorablement l'emprise de l'alcool.

Les personnes ciblées par la réduction contrôlée sont les patients présentant une consommation excessive à l'origine de différents troubles et ne souhaitant pas ou ne parvenant pas à atteindre une abstinence. Cette stratégie s'adresse donc principalement aux personnes jeunes, ayant une histoire avec l'alcool peu sévère, n'ayant pas d'antécédent d'alcoolodépendance ni de traitement en ce sens et ayant confiance en leur résilience. Les contre-indications à une consommation contrôlée sont :

- l'existence de problèmes médicaux ou psychologiques pouvant être aggravés par le maintien d'une consommation ;
- le recours à des traitements dangereux lorsqu'ils sont associés à l'alcool ;
- des antécédents de réductions répétées et inefficace ;
- la présence d'une comorbidité physique ou psychiatrique sévère ;
- des antécédents de syndrome de sevrage important (24).

b) Objectifs atteignables

Les cliniciens tentent de ramener le patient à une consommation en dessous des seuils à risque. Ils proposent des plans d'action en incitant à effectuer des activités pour compenser leur "soif" et de remplacer l'alcool par des boissons non alcoolisées. Ces objectifs atteignables s'intègrent dans la dernière étape des interventions brèves conseillée (18).

c) Acceptation des patients

L'accès aux soins des patients alcoolo-dépendants est défaillant car seulement 10% d'entre eux bénéficient de soins addictologiques. En plus, l'arrêt total des consommations d'alcool est écarté par quasiment la moitié des dépendants. Il convient donc de faciliter l'accès aux soins pour ces personnes. Dans ce but, est apparue une solution alternative avec des objectifs pragmatiques adaptés aux patients : la réduction des risques et des dommages (25).

La démarche de consommation contrôlée, lorsqu'elle est adoptée, entraîne une meilleure adhésion. Que ce soit en tant qu'objectif intermédiaire ou non, l'idée d'une réduction des consommations est mieux reçue comme en Suisse où 70 à 90% des patients souffrant d'une surconsommation et 40 à 60% des patients avec une alcoolo-dépendance acceptent cette méthode (24).

4. Utilisation de thérapeutiques

Il existe 2 traitements médicamenteux ayant l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) pour réduire les consommations des patients dépendants à l'alcool ou avec des consommations à risque élevé. Si possible, les médecins recourent aux interventions brèves en premier lieu.

Il ne faut pas oublier qu'à notre époque la vulgarisation des informations médicales permet aux patients de se renseigner sur les médicaments existants. Dans quelques cas, il arrive qu'ils souhaitent essayer l'une ou l'autre molécule. Ce phénomène a été observé dans la thèse recensant le vécu et le ressenti des patients à propos du BACLOFÈNE dans la prise en charge de leur alcoolodépendance (26).

a) BACLOFÈNE

Le BACLOFÈNE a fait beaucoup parler de lui dans son indication de réduction des consommations ces dernières années. Le Dr Olivier Ameisen n'est pas étranger à cela. En effet, il a publié en 2005 un article (27) rapportant le rôle du BACLOFÈNE dans la suppression du "craving", qui est l'envie irrépressible de consommer, après s'être administré des doses croissantes de ce médicament myorelaxant. Il fait le récit de sa guérison dans son livre "Le dernier verre", en 2008. La plupart des médecins ont connaissance, notamment via les revues scientifiques, de la Reconnaissance Temporaire d'Utilisation (RTU) dont a bénéficié ce médicament en 2014. Les avis sont partagés en raison de graves effets indésirables qu'il pouvait induire et donc la limitation de la prescription à 80 mg (28).

Les principaux effets indésirables redoutés sont la somnolence, les vertiges ainsi que le décès.

De plus, la publication de l'étude BACLOVILLE ne montrait pas de différence d'efficacité entre le BACLOFÈNE et un placebo sur la diminution de la consommation à risque élevée à 6 mois (28,29). Ceci embarrasse une grande partie des médecins de ville.

Le BACLOFÈNE a aussi fait parler de lui lors de l'obtention d'une AMM avec le nom de BACLOCUR® dans l'indication de la réduction de la consommation d'alcool, après échec d'autres traitements médicamenteux visant des patients avec une dépendance ou une consommation à risque élevé d'alcool. Désormais, l'AMM a fixé la limite à 80 mg/jour.

La dose minimale efficace est recherchée par tous les cliniciens le prescrivant. Ils débutent donc avec des doses de 20 mg en 2 prises par jour. Des paliers de 10 mg supplémentaires tous les 3 jours sont réalisés afin d'assurer la tolérance. D'ailleurs dans ce travail, aucun problème majeur en lien avec le traitement n'a été déploré.

La prise est adaptée en fonction des moments de "craving" des patients. Il faut donc savoir que le pic plasmatique du traitement survient 1h30 à 2h après son ingestion et que sa demi-vie est de 5h (30).

Les médecins exploitant le BACLOFÈNE se contentent souvent d'une dose de 30 mg. Cela correspond à la dose la plus fréquemment évaluée dans les essais versus placebo (31).

Dans de rares cas, le seuil de 80 mg a été atteint voire dépassé pour les médecins ayant une expérience en addictologie. Cela est justifié par le fait qu'une amélioration ou une stabilisation de l'état du patient était observée. Au-delà des 80 mg, la prescription se fait hors AMM. Les experts recommandent ainsi une posologie quotidienne adaptée au besoin de chaque patient. De nombreux alcoolodépendants et des médecins addictologues ont décrit un contrôle de la consommation avec des doses plus élevées (30).

Aucune limitation de durée n'a été observée à partir du moment où le BACLOFÈNE s'est avéré efficace. Cela s'intègre dans les recommandations de la SFA qui ne fixe pas de limite, notamment pour les patients nécessitant un traitement au long cours (11). En ce sens, aucune étude n'a été menée au-delà de 12 mois (28).

Lorsque le traitement a montré une efficacité durable associée à une prise en charge globale, les médecins ont envisagé une diminution progressive jusqu'à un arrêt. Le VIDAL précise qu'une réduction peut être entreprise lorsque l'objectif thérapeutique est atteint ou à partir du moment où des effets indésirables deviennent nuisibles et persistants (29).

b) NALMEFENE (SELINCRO®)

Les médecins ont moins de connaissance vis-à-vis de cette molécule. Il existe moins de polémiques à son égard, c'est pourquoi elle est un premier choix pour certains. D'ailleurs, les recommandations la placent en première intention pour les patients alcoolo-dépendants ou avec une consommation à risque élevé en association à un suivi psychosocial (32).

L'avis des médecins quant au service rendu du NALMÉFÈNE est partagé. Il semblerait que le NALMÉFÈNE ait une action légèrement plus bénéfique qu'un placebo pour induire une réduction chez les alcoolodépendants sévères.

Néanmoins, il est considéré par certains comme inefficace. En effet, l'effet apporté par le NALMÉFÈNE pour réduire la consommation d'alcool chez les alcoolo-dépendants est incertain (33). Son inefficacité peut aussi s'expliquer par le fait que les patients cessent de prendre le traitement. On peut expliquer cela par l'apparition d'effets secondaires. Le NALMÉFÈNE peut être pourvoyeur, d'après les études, de vertiges, de vomissements, d'insomnies importantes, ainsi que des états confusionnels, des hallucinations ou des états de dissociation (33). Toutefois, son utilisation est déconseillée lorsque les patients prennent un traitement de substitution ou sont traités par opioïdes.

Sa prescription se fait donc à hauteur d'un comprimé par jour à la demande comme il est indiqué dans le VIDAL, auquel les médecins se réfèrent. Sa prise doit être anticipée par rapport au moment de consommation et se faire préférentiellement 1 à 2h avant. Il peut toutefois être pris dès que possible (32).

Le NALMÉFÈNE a dans certains cas été utilisé sur de longues durées. D'autre part, sa prise est à la demande. Il dispose aussi de données limitées à 12 mois de suivi (29).

c) Acamprosate (AOTAL) et Disulfiram (ESPERAL)

Ces traitements sont habituellement indiqués dans le maintien de l'abstinence ce qui peut expliquer pourquoi un seul des médecins a exploité les effets de ces deux traitements.

L'Acamprosate agit en modulant les récepteurs GABA, qui sont particulièrement impliqués dans le développement et le maintien du mésusage d'alcool. Son action entraîne donc une réduction du besoin impérieux de consommer de l'alcool et les symptômes de manque. Selon la méta-analyse *Medications for the Treatment of Alcohol Dependence—Current State of Knowledge and Future Perspectives from a Public Health Perspective* (34), il a été démontré que l'Acamprosate diminuait de façon significative le risque de consommation d'alcool.

Le Disulfiram est à l'origine d'un effet antabuse, c'est-à-dire qu'il provoque une tachycardie, une sensation de chaleur, de maux de tête, de nausées et de vomissement, lors de la prise d'alcool. Son efficacité dépend de la compliance du patient à suivre la prescription. Cependant, il a été montré que les patients buvaient moins avec ce traitement qu'avant son introduction (34).

Ce même article (34) évoque aussi la possibilité de réduction de la consommation d'alcool grâce à la Naltrexone qui inhibe le système de récompense et de plaisir éprouvé après une consommation d'alcool.

d) Benzodiazépines

Les entretiens témoignent que des benzodiazépines sont employées dans une stratégie de réduction, lorsque des patients ont montré des signes de manque ou des signes d'anxiété. Or, devant l'existence de nombreuses double dépendance alcool-benzodiazépines, l'indication de benzodiazépines dans le mésusage d'alcool est limitée à la prise en charge du syndrome de sevrage (11,35).

e) Le suivi

Leur efficacité est évaluée via l'impact sur les consommations d'alcool ainsi que concernant la qualité de vie du patient. Ce sont les principaux critères de jugement du BACLOFÈNE et du NALMÉFÈNE (28,32).

Le suivi est effectué de façon rapprochée dans les premiers instants d'une prescription médicamenteuse, que ce soit pour le BACLOFÈNE ou pour le NALMÉFÈNE. D'après la Haute Autorité de Santé (HAS), lors de la phase de titration du BACLOFÈNE, le suivi doit être rapproché avec par exemple des visites 2 fois par mois le premier mois (28).

Au cours du suivi, il a pu exister une surveillance des critères biologiques. En effet, d'après la SFA, 3 marqueurs biologiques sont d'usage courant dans le suivi des patients souffrant de mésusage :

- la Gamma-Glutamyl Transférase (γ GT) ;
- le Volume Globulaire Moyen (VGM) ;
- la Transferrine Déficiente en Carbohydrate (CDT) (11).

7. Prise en charge non médicamenteuse

Dans une situation de mésusage, principalement de dépendance à l'alcool, une prise en charge globale du patient est nécessaire. Elle est même primordiale et elle s'envisage dès les premières étapes. Il est important de savoir que dans 30% des cas la dépendance à l'alcool est secondaire à une pathologie psychiatrique ou un trouble de la personnalité (35).

a) Écoute empathique

Afin de favoriser l'alliance thérapeutique et d'éviter de perdre de vue les patients, les médecins organisent des consultations régulières. La thèse recensant le vécu et le ressenti des patients dans le recours au BACLOFÈNE dans l'alcoolodépendance identifie également des consultations initiales plus fréquentes. Le médecin tente de construire un lien privilégié en adoptant une écoute empathique. Ainsi, il recherche les freins et les moteurs de la consommation aidé par cette relation de confiance (26).

b) Intervention psychique

En découvrant des troubles anxieux, des syndromes dépressifs, des syndromes de stress post-traumatiques etc ... les cliniciens s'appuient sur l'intervention de psychologues et/ou de psychiatres. Pour ce faire, le consentement du patient est recherché. Dès le repérage de tels troubles, les médecins vont rapidement recourir à un support psychique. Il n'est désormais plus à démontrer que l'alcoolodépendance suit un modèle bio-psycho-social nécessitant une prise en charge globale (25).

L'effet anxiolytique de l'alcool et son côté euphorisant sont mis en avant comme échappatoire à la dépression sous-jacente. Ceci est parfaitement illustré par cette étude transversale allemande (36) qui révèle une association curviligne entre l'addiction à l'alcool et la dépression. La présence d'une dépression majeure est à l'origine de la transition d'une faible à une forte consommation.

Les motifs amenant les cliniciens à solliciter une aide psychologique ne concernent pas uniquement les troubles dépressifs, mais aussi les conflits familiaux. Selon la thèse étudiant le BACLOFÈNE et le ressenti des patients, pour une partie de ces derniers la prise en charge psychologique est centrale et parfois plus utile que le médicament (26).

Une relation de soutien est le plus souvent à l'origine de la demande de suivi psychologique.

Les échecs constatés par les médecins sont, pour eux, en lien avec une prise en charge globale déficiente. L'accompagnement psychosocial insatisfaisant entraîne des situations qui s'enlisent comme cela est expliqué dans la thèse évaluant les modalités de recours à la stratégie de réduction des consommations (37).

Néanmoins, la principale limite à cette aide invoquée est l'absence de remboursement, ce qui est problématique car une grande partie des personnes atteintes ont un statut précaire. Ce frein est également mis en évidence dans la thèse étudiant l'accompagnement en médecine générale des troubles liés à l'alcool (38).

c) Intervention sociale

Les médecins sont tous d'accord pour convenir qu'un soutien social va de pair avec le côté psychologique. En revanche, ils reconnaissent la complexité de sa mise en place en médecine de ville. La thèse déterminant les modalités de recours à la stratégie de réduction des consommations a observé le même phénomène où l'isolement des médecins traitants complique la maîtrise de situations complexes (37).

Le principal acteur social impliqué est l'assistante sociale avec un objectif de lutte contre l'isolement, la précarité et le rejet de la société. Il est donc important que les médecins considèrent la dimension sociale qui constitue une cause majeure d'alcoolisation (11).

L'étude montre que dans quelques cas un partenariat avec le médecin du travail est mis en place dans le but d'enquêter sur des causes ou des répercussions en rapport à l'alcoolisation. Quelques médecins protègent leurs patients, à travers des arrêts de travail, en assurant le maintien de leur emploi, qui est synonyme d'insertion sociale. L'environnement professionnel constitue pour certaines personnes une source de vulnérabilité ou à l'inverse de protection quant au mésusage (39).

Les médecins poussent aussi dans le sens du renforcement des compétences sociales et dans l'incitation à la réalisation d'activités alternatives, qui sont des solutions intéressantes selon la SFA (11).

8. Rendement des mesures entreprises

Globalement, les médecins de l'étude déclarent obtenir des résultats mitigés. Une dichotomie se dégage au sein des résultats constatés.

a) Échecs

Les échecs sont souvent constatés après l'application d'interventions brèves. D'après une étude menée en Irlande auprès des médecins généralistes (40), plus de la moitié des participants ont estimé qu'elles n'étaient pas efficaces pour aider les patients à réduire leur consommation d'alcool. L'absence de prise de conscience est l'une des hypothèses de cette inefficacité.

De même, la prise en charge médicamenteuse peut se montrer défailante. Dans une thèse s'intéressant au vécu des patients sous BACLOFÈNE dans le cas d'une alcoolodépendance (26), l'efficacité du BACLOFÈNE a été remise en question avec une action qui aurait diminué dans le temps. Concernant le NALMÉFÈNE, la commission de transparence de l'HAS de 2021 (32) précise que les patients arrêtent le traitement principalement en raison des effets secondaires mais aussi de son manque d'efficacité.

D'autre part, l'HAS rapporte que dans deux études la supériorité du NALMÉFÈNE par rapport au placebo n'était pas convaincante et dans une troisième étude il a eu un effet similaire au placebo.

b) Succès

Les interventions brèves se révèlent dans certains cas être performantes. Cette efficacité est rapportée dans le cadre de patients ayant un usage à risque ou nocif. La méta-analyse Cochrane a mis en évidence des résultats similaires avec une réduction des consommations de 20 g/semaine, par rapport aux groupes témoins, 12 mois après la réalisation d'interventions brèves ciblant des personnes avec un usage à risque ou nocif (41).

Dans le cadre d'une dépendance à l'alcool, la pharmacothérapie, comme béquille à la réduction des consommations, va être pratiquement inévitable. En effet, d'après les médecins introduisant un traitement pour la réduction des consommations, notamment le BACLOFÈNE, les résultats sont assez positifs lorsque les patients en bénéficient. La thèse portant sur le vécu et le ressenti des patients par rapport au BACLOFÈNE (26) met en évidence des résultats qui coïncident. Effectivement, les patients perçoivent une efficacité du BACLOFÈNE à l'origine d'une diminution de leur consommation.

L'effet des interventions brèves ou des traitements est parfois nuancé. Ces plans d'action peuvent procurer des résultats positifs se limitant à une période donnée. Dans son guide de recommandations dans le mésusage de l'alcool, la SFA explique qu'une amélioration des consommations peut persister dans les 2 ans à la suite de la transmission de ces interventions. Afin de maintenir un effet durable, un rappel de ces informations est envisageable et conseillé (39).

Le succès est notable dans les cas d'une prise en charge globale du patient. En effet, l'association d'un accompagnement de l'alcoolodépendant dans son intégralité renforce l'action de l'aide médicamenteuse. Le travail étudiant les conditions et modalités de recours à la réduction des consommations suggère qu'un accompagnement psycho-social adéquat en combinaison avec le BACLOFÈNE mène à de meilleurs résultats (37).

c) Importance des étapes de Prochaska dans la réussite (Annexe A5)

Les cliniciens le concèdent : il existe un moment adéquat pour induire un changement. Le modèle transthéorique de Prochaska et Di Clemente en convient à travers ses 5 étapes : pré-contemplation, contemplation, détermination, action, maintien et rechutes.

La réussite dans la prise en charge est principalement observée dès le moment où le patient a pris conscience de son trouble et est volontaire pour agir sur sa consommation. Les médecins décrivent qu'un patient qui est dans la demande quant à la prise en charge de son trouble est de bon pronostic.

En revanche, en phase de pré-contemplation, les médecins n'engendrent aucun progrès chez les patients avec un mésusage. A ce moment, le patient n'entrevoit pas son trouble et ne souhaite aucunement changer (20). Il est conseillé au cours du stade de précontemplation de transmettre des informations dans le but de faire naître un doute. Lorsque le patient est en phase de contemplation, il faut renforcer l'ambivalence en énumérant les côtés positifs et négatifs du changement. Un objectif adapté est proposé lors de la détermination. A partir de cet instant, le patient se situe dans une fenêtre thérapeutique dans laquelle il sera décidé à changer ce qui sera propice à une réussite. Le patient agit ainsi sur son comportement de consommation. L'accompagnement est essentiel à cette étape. Enfin, vient le maintien où il s'agira d'éviter une rechute.

d) Causes de l'échec

L'échec trouve diverses origines.

Il est constaté lorsque le patient n'adhère plus à la prise en charge. Les médecins évoquent des perdus de vue. Ce sont aussi des patients qui préfèrent s'isoler et s'enfermer dans leur addiction. Ce même constat est fait dans la thèse qualitative analysant le vécu et le ressenti des patients ayant bénéficié de BACLOFÈNE (26). Cette circonstance induit une mauvaise observance dans la prise en charge. Le but est donc de renforcer cette observance. Cela dépend de la fréquence du suivi, de la disponibilité et de l'attitude du médecin, de la prise en compte des traitements par rapport au mode de vie du patient et de l'instauration d'un objectif réalisable.

Un trouble anxieux, une dépression ou une histoire traumatique sont souvent incriminés lorsque les médecins ne parviennent pas à obtenir de changement. L'auteur de la thèse considérant le BACLOFÈNE et le vécu des patients alcoolodépendants (26) suppose que le repérage et l'aide psychologique sont fondamentaux. Il rappelle l'hypothèse d'un trouble de l'usage d'alcool secondaire à un trouble psychiatrique ou psychologique.

L'environnement familial et professionnel est aussi mis en cause. Ce concept est aussi mis en avant par les patients dans la thèse (26).

D'autre part, il est fait état du pouvoir social de l'alcool. Certaines personnes en consomment dans un but d'intégration et d'interaction sociale. L'exploration de l'abstinence et de la réduction contrôlée (42) dénonce le rôle de connexion qui existe autour de l'alcool. Celui-ci est présent dans toutes les étapes de la vie, notamment lors des célébrations, ce qui représente des opportunités perpétuelles pour les patients de se dérober de leur objectif.

L'échec est également attribué à l'effet psychoactif de la substance. En effet, toutes les drogues, y compris l'alcool, qui sont des substances psychoactives, développent le réseau méso-cortico-limbique à l'origine de la "récompense". Ainsi, ce produit altère les structures cérébrales impliquées dans les émotions, la mémoire, l'assimilation d'habitudes ou de comportements obéissant aux règles sociétales ainsi que le contrôle de l'inhibition.

e) Vers une abstinence ?

La réduction des consommations est perçue comme un objectif intermédiaire pour certains patients. Elle peut effectivement représenter une étape vers un processus d'abstinence. La thèse *Place de l'abstinence et de la réduction contrôlée dans le parcours des patients avec l'alcool* (42) a retrouvé des données similaires. Les patients qui avaient réduit leurs consommations envisageaient l'abstinence comme la meilleure solution. Ainsi, elle est parfois envisagée après une étape de réduction.

Cependant, une majorité de patients se contente d'une consommation contrôlée. Ils n'envisagent plus l'abstinence comme alternative.

9. Appréhensions dans l'application

La principale difficulté rencontrée sur le terrain est liée à la complexité du contact et de l'alliance avec les patients présentant un mésusage. L'observance n'est pas chose aisée en raison de perdus de vue limitant l'efficacité des actions entreprises. Au même titre, cette relation complexe est rapportée dans la thèse qualitative appréciant la place de l'abstinence et de la réduction contrôlée avec l'alcool et celle considérant les conditions de recours à la méthode de réduction des consommations en ambulatoire (37,42). Face aux obstacles et à un sentiment d'impuissance, les cliniciens peuvent se montrer découragés.

Les médecins traitants déclarent posséder une faible connaissance des moyens thérapeutiques à leur disposition. Cette méconnaissance fait naître une sorte de malaise à l'idée de commettre des erreurs. Les effets indésirables et les interactions médicamenteuses constituent la deuxième crainte majeure exposée par l'étude. D'après la thèse enquêtant sur la prise en charge du patient alcoolique, le manque de connaissance soulève la problématique du maniement des médicaments anti-craving (13).

L'autosevrage préoccupe les médecins traitants. En effet, en choisissant de se désaccoutumer seuls de leur addiction à l'alcool, les patients peuvent induire un syndrome de sevrage. Ce dernier peut, dans les cas extrêmes, provoquer un delirium tremens, des hallucinations, des crises convulsives généralisées et même la mort.

Les médecins évoquent se sentir dépassés lorsqu'ils ont affaire à un patient avec des coaddictions. N'ayant pas l'expérience nécessaire, ils ne sont pas confiants dans la gestion d'une dépendance supplémentaire. De plus, on sait que la polyaddiction rend le sevrage plus complexe. Ainsi, les autres addictions, quand elles sont connues, doivent bénéficier d'une prise en charge globale adaptée (39).

L'idée d'un comportement agressif sous l'emprise d'une alcoolisation préoccupe les médecins de famille. D'après cette thèse réalisée auprès des médecins généralistes de Picardie (13), la complexité d'accompagner le milieu environnemental est aussi détectée. En ce sens, il est souhaitable de s'informer sur les conséquences de ce comportement auprès de l'entourage.

10. Recours à une aide spécialisée

a) Atteinte des limites

L'expérience et les compétences de certains médecins de famille sont assez limitées, ce qui les amène à adresser les patients alcoolodépendants relativement tôt. Pour près de la moitié, cette démarche s'effectue après l'échec des interventions brèves, dans le cadre d'un patient ayant pris conscience de son trouble.

Le reste des médecins va recourir aux addictologues lorsqu'ils sont arrivés aux limites de leurs prises en charge, notamment médicamenteuse, et que celles-ci n'ont pas porté leurs fruits. Selon les recommandations de la SFA (11), une prise en charge pluridisciplinaire en addictologie est préconisée lorsque l'utilisation optimale d'un traitement s'avère inefficace.

b) Prise en charge globale

Dans certains cas de patients addicts à l'alcool, il existe un ou plusieurs facteurs qui entretiennent l'envie d'alléger leurs pensées. Les traitements n'ont aucune efficacité lorsqu'il existe un mal-être profond. C'est pourquoi les médecins de famille vont orienter ces personnes vers un centre d'addictologie disposant d'addictologues ainsi que des psychologues, des travailleurs sociaux et des infirmières. Une prise en charge globale et coordonnée par le biais d'une équipe multidisciplinaire semble plus adaptée. La thèse évaluant la prise en charge du patient alcoolique par les médecins généralistes (13) démontre que la complexité encourage les médecins à prendre un avis ou orienter leurs patients vers des professionnels spécialisés.

c) Prise en compte des antécédents

Le repérage d'une coaddiction ou d'un trouble psychiatrique complexifie l'accompagnement proposé par le médecin de famille. Il est vrai que certains patients sont hermétiques à l'idée de concéder des indices ou d'accepter une prise en charge en ce sens. Les cliniciens se questionnent donc sur une potentielle négligence dont ils pourraient faire preuve. La thèse *Conditions et modalités de recours à la stratégie de réduction des consommations en ambulatoire pour les patients présentant des troubles liés à l'usage d'alcool* (37) renforce l'idée de la crainte des médecins traitants de ne pas être à la hauteur. Bien qu'ils connaissent souvent le patient de longue date et qu'il règne une relation de confiance, les médecins traitants ne disposent pas de l'expérience avérée des addictologues et des centres d'addictologie. Ils sollicitent donc l'aide des addictologues lorsque de tels troubles sont intriqués.

La SFA (11) informe de la possibilité de recourir rapidement à une évaluation et une prise en charge thérapeutique spécialisée pour des patients avec un mésusage très sévère, avec un antécédent de syndrome de sevrage, des comorbidités physiques et psychiatriques ou d'un contexte social très précaire.

d) Sevrage

Dans l'éventualité qu'un objectif de sevrage est convenu avec un patient dépendant, le médecin de ville peut adresser le patient vers des spécialistes. Il s'agit principalement de volonté de sevrage en milieu hospitalier. Il est important de noter qu'un sevrage ambulatoire peut être privilégié à un sevrage résidentiel. Toutefois, certaines indications prônent un sevrage en structure hospitalière tels qu'un antécédent de délirium ou de crise(s) comitiale(s), une forte co-addiction à une substance psychoactive, des comorbidités somatiques ou psychiatriques, un syndrome de sevrage sévère ou l'échec répété de sevrage ambulatoire etc... (11).

11. Optimisations suggérées en médecine de ville

a) Engagement collectif

Un investissement collectif de l'ensemble des médecins traitants en s'engageant auprès des patients avec une addiction est une option à envisager. Dans cette étude, il a été rapporté un désintérêt de confrères envers la population addictive. L'article *Intervenir en médecine générale* (12) relate l'inégalité de l'investissement des médecins généralistes dans les comportements addictifs. En effet, l'implication sur le terrain du tabac est accrue, mais elle est intermédiaire par rapport à l'alcool et minoritaire pour les drogues illicites. Les raisons expliquant ces habitudes correspondent à un manque de temps et de formation, le sentiment d'impuissance et de lassitude au mépris de l'investissement ainsi que l'image des personnes addictives comme indigne de confiance. Il s'agit donc de remédier à cette rationalisation afin que les personnes souffrant d'addiction ne soient pas exclues du parcours de soin.

b) Formation

Les médecins généralistes conviennent du manque de formation dans la prise en charge des addictions à l'alcool. Cette carence est à l'origine d'inconfort dès lors qu'un mésusage est repéré. Elle touche à la fois la prescription médicamenteuse et l'accompagnement global d'un patient dans les étapes d'une réduction des consommations. La modalité de formation qui semble la plus plébiscitée par les participants est une Formation Médicale Continue (FMC). Il est également suggéré d'ajouter un module dans la formation dans le parcours des futurs médecins. En effet, la thèse portant sur les patients alcooliques vus par les médecins traitants (13) dépeint la nécessité de formation au travers du format de FMC qui semble plus adapté. Lors de cette étude de 2016, les médecins regrettaient de ne pas avoir de connaissances suffisantes d'un point de vue médicamenteux. Ils étaient séduits par l'idée de retour d'expérience des professionnels d'addictologie.

c) Publicités et mesures dissuasives

D'après le chapitre *Addiction à l'alcool* (3), la prévention primaire est implantée à travers le message "l'abus d'alcool est dangereux pour la santé" dans les publicités, des mesures répressives afin de lutter contre la conduite sous l'emprise d'alcool, l'interdiction de vente d'alcool aux mineurs, des plages horaires dédiées restrictives à la vente d'alcool et des signalements de vigilance pour la femme enceinte.

Dans ce travail, l'apologie de l'alcool dans les publicités est dénoncée. Il est vrai que la promotion de ce produit est réglementée. En revanche, ces mesures ne sont pas jugées suffisantes. M. Aubin H.-J. évoque dans son article (22) que des efforts peuvent encore être réalisés sur le plan du marketing et du prix des boissons alcoolisées.

d) Un temps et une rémunération dédiée

Un sentiment de manque de temps a émergé au fur et à mesure des entretiens. Ce temps est crucial pour le repérage, mais aussi pour l'accompagnement du patient qui a besoin d'écoute. Pour pallier ce déficit, les médecins aspirent à une rémunération gratifiante ce type d'acte afin d'assurer une meilleure prise en charge. Le temps de consultation est limité en médecine générale, puisque la cotation se fait à l'acte. Ainsi, il a été évoqué une valorisation de la rémunération, afin d'être plus consciencieux dans la prise en charge des patients avec une surconsommation d'alcool, dans le travail universitaire explorant l'accompagnement du patient avec un mésusage fait par le médecin généraliste (38). La standardisation des interventions brèves pourrait notamment être encouragée par une rémunération spécifique (43).

e) Amélioration de la coordination et des délais

Un défaut de coordination entre les médecins traitants et les spécialistes est dénoncé. Cela fait principalement référence à une difficulté d'accéder aux centres d'addictologie. Les médecins sont soucieux des délais pour que leurs patients bénéficient de l'assistance d'experts. Ce point serait donc à améliorer, mais sans véritables suggestions hormis le recrutement d'addictologues supplémentaires. Cette idée existait déjà en 2016 dans un travail évaluant la prise en charge des patients alcooliques en médecine générale (13).

L'isolement de la médecine de ville suscite une remise en question du fonctionnement actuel. Dans cette optique, il a été proposé de développer l'organisation en réseau au sein de microstructures par exemple.

CONCLUSION

Les médecins généralistes sont inévitablement confrontés au cours de leur carrière à des patients présentant un mésusage avec l'alcool. Leur rôle est essentiel au repérage des surconsommations. Dans ce but, ils essaient d'adopter une attitude d'écoute et d'empathie, sans jugement, à l'origine d'une alliance thérapeutique.

Les interventions brèves constituent le minimum exigible de la médecine de ville. Elles ont pour ambition de repérer un mésusage et de le quantifier au travers de questionnaires standardisés, notamment l'AUDIT-c (Annexe A6) qui est une version brève en 3 questions. Les résultats sont ensuite communiqués au patient pour induire une prise de conscience. En fonction de l'étape de motivation (Annexe A5) dans laquelle il se situe, des informations sur les bénéfices de l'arrêt de la substance, concernant une consommation sans risque et les options qui sont possibles lui sont exposées. C'est aussi à ce moment-là qu'un entretien motivationnel peut s'effectuer. En général, les interventions brèves ont une durée idéale entre 5 et 20 min pour être optimales. Cette thèse révèle qu'elles sont réalisées dans l'ensemble de façon convenable, même si des travaux affirment qu'elles ne sont pas suffisamment adoptées dans la pratique. Néanmoins, celles-ci peuvent s'avérer efficaces, notamment pour les patients avec un usage à risque ou nocif.

L'abstinence est un objectif parfois idyllique. Désormais, il est possible d'envisager une réduction des consommations dans la plupart des cas, ne serait-ce que pour des patients avec un usage à risque mais aussi pour ceux ayant une dépendance. Un objectif est de fait convenu en impliquant le patient dans la décision. La consommation contrôlée est habituellement bien acceptée. Elle n'est plus perçue comme un objectif inatteignable.

Cependant, dans une situation de dépendance, il peut être convenu d'un recours à une thérapie médicamenteuse. Le BACLOFÈNE, qui a obtenu une AMM sous le nom de BACLOCUR® en 2018, semble être le médicament le plus employé avec une efficacité convenable et peu d'effets indésirables à petites doses. Le BACLOFÈNE est remboursé à 30% par la sécurité sociale et le BACLOCUR® bénéficie, quant à lui, d'un remboursement de 15% en l'absence de mutuelle ou d'ALD. Le NALMÉFÈNE (SELINCRO®) est le deuxième médicament utilisé. Son efficacité est contestée puisque les effets indésirables provoquent régulièrement l'arrêt de sa prise.

Parallèlement au recours aux médicaments ou avant leur initiation, une prise en charge globale est envisagée. Il est généralement question d'une aide psychologique.

Un suivi est ainsi organisé de façon rapprochée dans les premières étapes.

Le succès des actions entreprises par le médecin de famille dépend de l'étape du modèle transthéorique (Annexe A5) dans lequel se situe le patient. C'est pourquoi, les résultats sont mitigés. Tous les procédés employés peuvent ainsi porter leurs fruits.

Néanmoins, l'efficacité est renforcée à travers une prise en charge globale quand il existe une stagnation ou une reprise des consommations, quand il coexiste une souffrance psychiatrique, un environnement familial ou professionnel déstabilisant. Parfois, l'isolement complique la prise en charge.

A cette fin, les médecins vont majoritairement adresser leurs patients dans des centres d'addictologie rassemblant une équipe pluridisciplinaire. En pratique, cette orientation est orchestrée aussi bien dès les premiers instants qu'après l'échec des méthodes entreprises.

Lorsque la réduction contrôlée est obtenue, les patients ont tendance à se satisfaire de conserver une consommation minimale. Dans quelques cas seulement, cela est considéré comme une porte d'entrée vers l'abstinence.

La relation médecin-patient n'est pas aisée. Une alliance thérapeutique n'est pas toujours obtenue entraînant une perte de contact. D'autre part, les médecins traitants font part de leurs lacunes en termes d'alcoologie. Ils se sentent donc moins confiants dans la prise en charge globale des mésusages d'alcool. De plus, malgré leur position de médecin de famille, il est aussi évoqué une crainte de ne pas réussir à repérer des conséquences sur le milieu familial, principalement de violences.

Les perspectives évoquées sont l'organisation de formations basées sur des retours d'expérience, une interdiction plus stricte faite sur les publicités voire leur bannissement, le développement de l'exercice coordonné et la mise en place d'une rémunération dédiée.

L'addictologie est du ressort de chacun des professionnels de santé. Le mésusage d'alcool touche un cinquième des patients en médecine générale et a des répercussions somatiques dans divers domaines (cardiologie, gastro-entérologie, néphrologie, cancérologie, psychiatrie, etc ...) et concerne donc la sphère de la santé publique. La prise en charge a énormément évolué ces dernières années afin de permettre un meilleur accès aux soins pour les patients et une meilleure écoute.

Annexe A1 : Verre standard

?

EN SAVOIR PLUS SUR LE VERRE STANDARD

1 verre d'alcool = 10g d'alcool pur

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
|  | = |  | = |  | = |  | = |  | = |  |
| Ballon de vin 12" (10cl) | | Verre de pastis 45" (2,5cl) | | Verre de whisky 40" (2,5cl) | | Coupe de vin mousseux 12" (10cl) | | Verre d'apéritif 18" (7cl) | | Demi de bière 5" (25cl) |

Annexe A2 : Questionnaire d'entretien

- 1) Caractéristiques générales de l'interviewé : âge, sexe, type d'exercice, durée d'exercice, faculté de formation, formations complémentaires, stage en addictologie
- 2) Selon vous, quelle est la place du médecin généraliste dans la prise en charge des troubles liés à l'alcool ?
- 3) Comment repérez-vous et évaluez-vous la maladie alcoolique et ses risques auprès des patients ?
 - a) Le faites-vous de façon systématique ?
 - b) Vous aidez-vous de questionnaires standardisés (AUDIT, DETA, ADOSPA, MAST, FACE, FAST) ? Lesquels ?
 - c) Le témoignage de tiers vous aide-t-il à dépister ces surconsommations ?
- 4) De quelle façon essayez-vous d'agir sur le comportement de consommation ?
 - a) Pratiquez-vous les interventions brèves ?
 - b) Quelles informations apportez-vous dans les interventions brèves ?
 - c) A quel moment proposez-vous une réduction des consommations plutôt que le sevrage ?
 - d) Comment mettez-vous en œuvre cette stratégie ?
 - e) Comment les patients se positionnent face à cette stratégie ?
- 5) Quels traitements connaissez-vous dans la réduction des consommations d'alcool ?
 - a) Que savez-vous du BACLOFÈNE (BACLOCUR®) et du NALMÉFÈNE (SELINCRO®) ?
 - b) A quel moment y avez-vous recours ?
 - c) Quelle molécule employez-vous en première intention ?
 - d) Pourquoi ?

- 6) Quel protocole pharmacothérapeutique proposez-vous dans ces cas ?
 - a) A quelles posologies avez-vous recours ?
 - b) Sur quelle durée ?
 - c) Comment évaluez-vous l'efficacité ?
 - d) Quelle tactique adoptez-vous en cas de mauvaise tolérance ?
- 7) Quelles craintes ou hésitations avez-vous lors de la prescription de traitements permettant la réduction de la consommation d'alcool ?
- 8) Quels résultats obtenez-vous ?
 - a) Les patients sont-ils plus enclins à devenir abstinent ?
 - b) Quelles sont les causes de l'échec de la réduction ?
- 9) A quel moment sollicitez-vous une prise en charge psychologique ? Sociale ?
- 10) Dans quelles mesures, orientez-vous votre patient vers un centre d'addictologie ?
- 11) Quelles seraient vos suggestions pour améliorer cette prise en charge en médecine générale ?
- 12) Avez-vous des choses à rajouter par rapport à ce sujet ?

Annexe A3 : AUDIT (Alcohol Use Disorders Test)**QUESTIONNAIRE AUDIT****(ALCOHOL USE DISORDERS TEST)**

REPERAGE DES CONSOMMATIONS PROBLEMATIQUES

Les dix 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 ».

| Questions | Points | | | | | Score |
|--|--------|----------------------------|---------------------|------------------------|----------------------------|-------|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 1. À quelle fréquence consommez-vous de l'alcool ? | Jamais | Une fois par mois ou moins | 2 à 4 fois par mois | 2 à 3 fois par semaine | 4 fois ou plus par semaine | |
| 2. Combien de verre d'alcool consommez vous un jour typique où vous buvez ? | 1 ou 2 | 3 ou 4 | 5 ou 6 | 7 à 9 | 10 ou plus | |
| 3. À quelle fréquence buvez-vous six verres ou plus en une même occasion ? | Jamais | Moins d'une fois par mois | Une fois par mois | Une fois par semaine | Tous les jours ou presque | |
| 4. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous constaté que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire une fois que vous aviez commencé ? | Jamais | Moins d'une fois par mois | Une fois par mois | Une fois par semaine | Tous les jours ou presque | |
| 5. Au cours de l'année écoulée, à quelle fréquence le fait d'avoir bu de l'alcool vous a-t-il empêché de faire ce qui était normalement attendu de vous ? | Jamais | Moins d'une fois par mois | Une fois par mois | Une fois par semaine | Tous les jours ou presque | |
| 6. Au cours de l'année écoulée, à quelle fréquence, après une période de forte consommation, avez-vous dû boire de l'alcool dès le matin pour vous sentir en forme ? | Jamais | Moins d'une fois par mois | Une fois par mois | Une fois par semaine | Tous les jours ou presque | |
| 7. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou des remords après avoir bu ? | Jamais | Moins d'une fois par mois | Une fois par mois | Une fois par semaine | Tous les jours ou presque | |

| Questions | Points | | | | | Score |
|--|--------|---------------------------|---|----------------------|---------------------------|-------|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 8. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous été incapable de vous rappeler ce qui s'était passé la soirée précédente parce que vous aviez bu ? | Jamais | Moins d'une fois par mois | Une fois par mois | Une fois par semaine | Tous les jours ou presque | |
| 9. Vous êtes-vous blessé ou avez-vous blessé quelqu'un parce que vous aviez bu ? | Non | | Oui, mais pas au cours de l'année écoulée | | Oui, au cours de l'année | |
| 10. Un parent, un ami, un médecin ou autre soignant s'est-il inquiété de votre consommation d'alcool ou a-t-il suggéré que vous la réduisiez ? | Non | | Oui, mais pas au cours de l'année écoulée | | Oui, au cours de l'année | |

TOTAL

INTERPRÉTATIONS DU RÉSULTAT

- Un score supérieur ou égal à 7 chez l'homme et à 6 chez la femme est évocateur d'un mésusage actuel d'alcool

- Un score supérieur à 12 chez l'homme et chez la femme serait en faveur d'une dépendance à l'alcool

Société Française d'Alcologie, 2015.

Annexe A4 : DETA-CAGE (Cut-down Annoyed Guilty Eye-opener)

Questionnaire CAGE pour l'abus d'alcool

Le questionnaire CAGE est utilisé pour dépister l'abus d'alcool. CAGE est l'acronyme de « Cut down drinking », « Annoyed by criticism », « Guilty feelings » et « Eye-opener ».

Cut down drinking

Avez-vous déjà pensé que vous devriez diminuer votre consommation d'alcool?

Oui Non

Annoyed by criticism

Avez-vous déjà été ennuyé(e) par des critiques concernant votre consommation d'alcool?

Oui Non

Guilty feelings

Vous êtes-vous déjà senti(e) coupable à propos de votre consommation d'alcool?

Oui Non

Eye-opener

Avez-vous déjà pris un verre d'alcool le matin pour vous calmer ou vous débarrasser d'une « gueule de bois »?

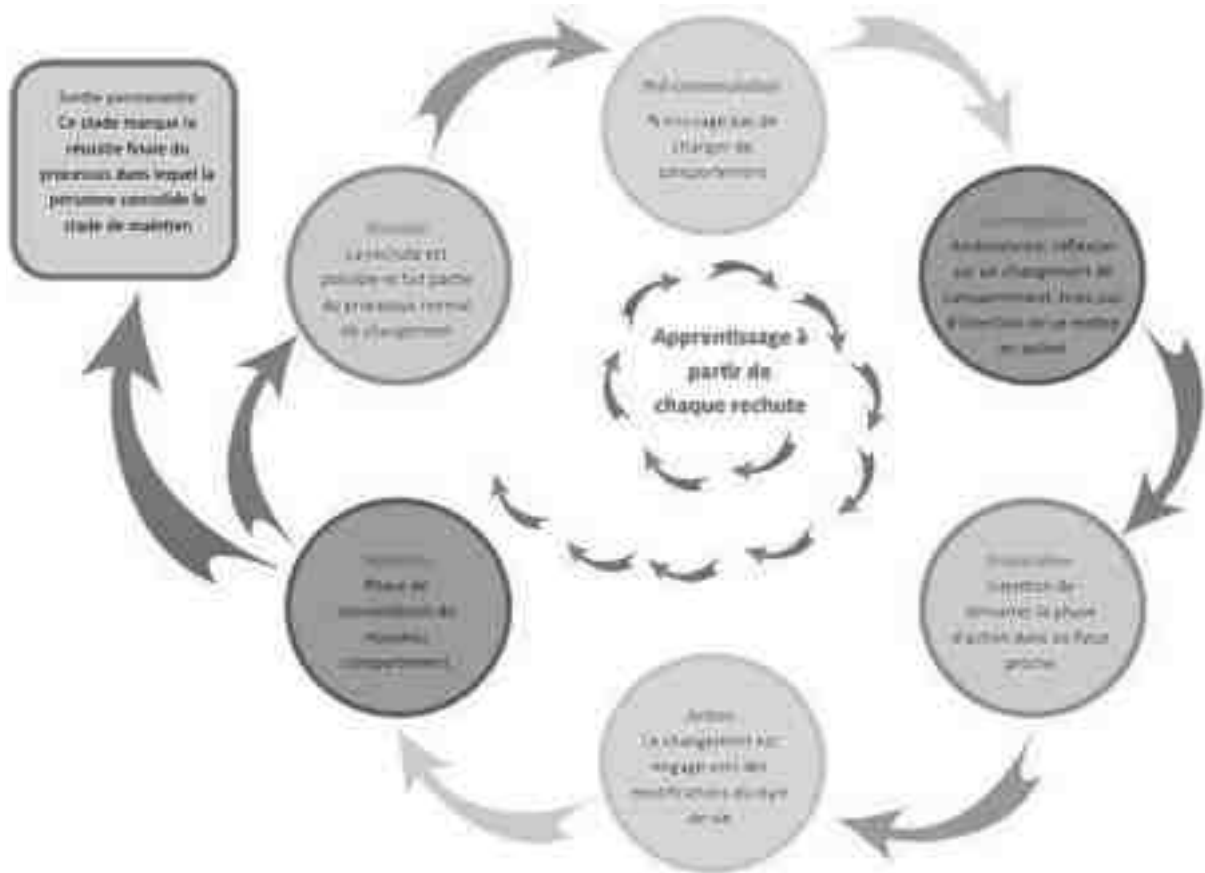
Oui Non

CAGE

Interprétation

| Points CAGE | |
|-------------|---|
| 0-1 | Abus d'alcool peu probable |
| 2-4 | Abus d'alcool ou dépendance à l'alcool probable |

Annexe A5 : Cycle de Prochaska et Di Clemente



Annexe A6 : Questionnaire AUDIT-c (Alcohol Use Disorders**Identification Test-Consumption)**

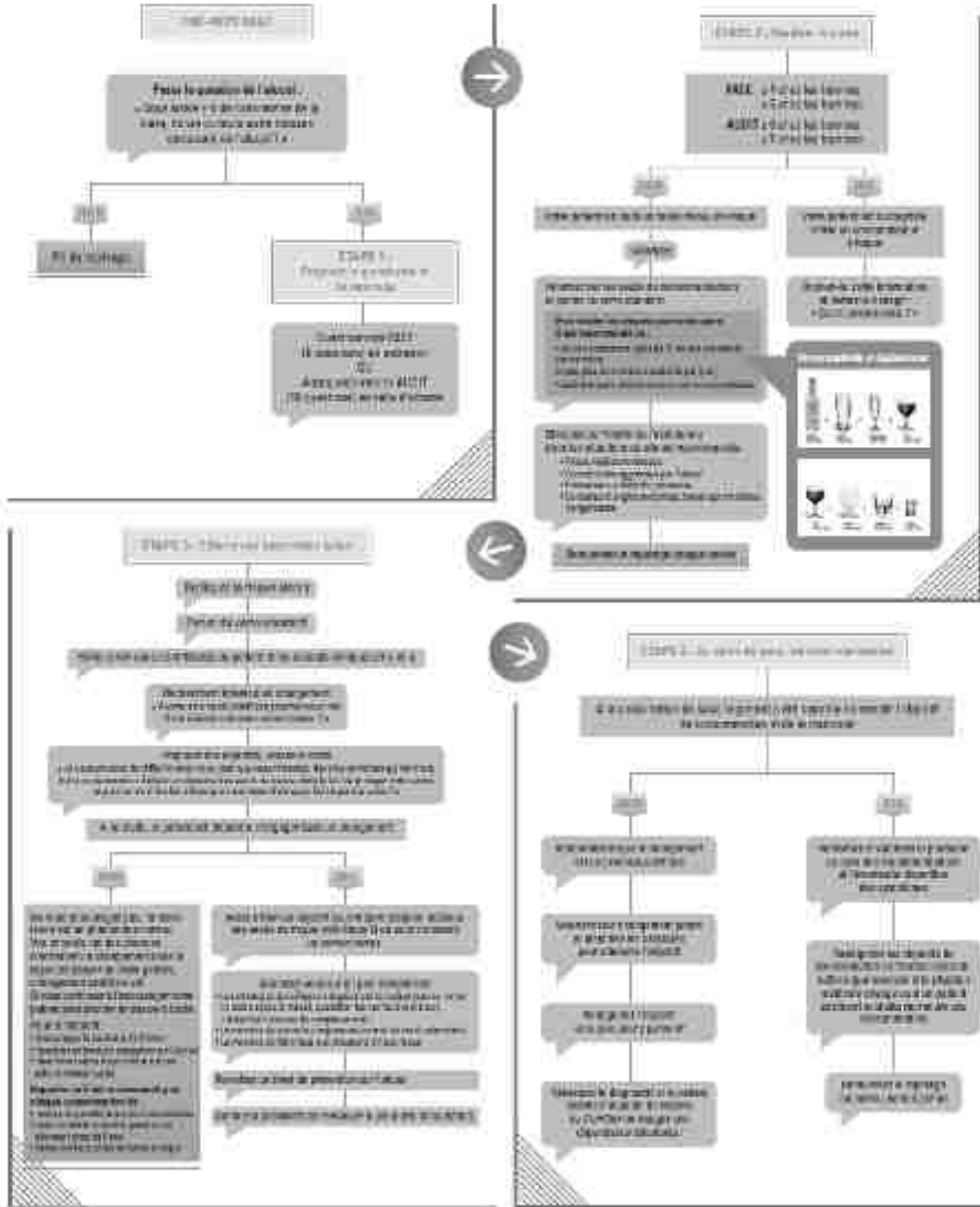
| Le questionnaire AUDIT-C | |
|--|---|
| 1. À quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ? | <ul style="list-style-type: none">(0) Jamais(1) 1 fois par moi ou moins(2) 2 à 4 fois par mois(3) 2 à 3 fois par semaine(4) Au moins 4 fois par semaine |
| 2. Combien de verres standard buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ? | <ul style="list-style-type: none">(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 ? | <ul style="list-style-type: none">(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 |

Un score ≥ 3 chez la femme et ≥ 4 chez l'homme doit faire évoquer un mésusage.

Un score ≥ 10 dans les deux sexes doit faire évoquer une dépendance.

Annexe A7 :

Repérer le risque alcool et adapter son intervention



BIBLIOGRAPHIE

1. Hill C. Mise au point sur la consommation d'alcool en France, ses conséquences sur la santé et la dose recommandée. *Nutr Clin Métabolisme*. 2021 sept 1;35(3):161-7.
2. Douchet MA. La consommation d'alcool et ses conséquences en France en 2021. *Observatoire français des drogues et des tendances addictives*. 2022 déc.
3. Le Faou AL. ITEM 76 Addiction à l'alcool. In: *Santé Publique, 5ème édition* [Internet]. Elsevier Masson. 2022 [cité 10 juill 2023]. Disponible sur: <https://www-clinicalkey-com.scd-rproxy.u-strasbg.fr/student/content/book/3-s2.0-B9782294774669000157#hl0001246>
4. Prévention Ministère de la Santé et de la Prévention. L'addiction à l'alcool. 2023 [cité 13 oct 2023]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/addictions/article/l-addiction-a-l-alcool>
5. Olié V. Consommation d'alcool en France : quelle proportion de Français dépasse les repères de consommation ? *Presse Médicale Form*. 2022 avr 1;3(2):194-5.
6. Santé Publique France. Avis d'experts relatif à l'évolution du discours public en matière de consommation d'alcool en France. 2017 mai.
7. Gallopel-Morvan K, Spilka S, Mutatayi C, Rigaud A, Lecas F, Beck F. La loi Évin relative au contrôle de la publicité en faveur de l'alcool appliquée en France : contenu, efficacité et limites. *Addiction*. 2017 janv;112(S1):86-93.
8. Lecerf JM. Le vin protecteur des maladies cardiovasculaires ? *Presse Médicale Form*. 2020 sept 1;1(3):306-10.
9. Anderson BO, Berdzuli N, Ilbawi A, Kestel D, Kluge HP, Krech R, et al. Health and cancer risks associated with low levels of alcohol consumption. *Lancet Public Health*. 2023 janv;8(1):e6-7.

10. Canadian Centre on Substance Use and Addiction. Canada's guidance on alcohol and health : final report. Final Rep. 2023 janv.
11. Société Française d'Addictologie. Recommandations de bonne pratique. Mésusage de l'alcool : dépistage, diagnostic et traitement [Internet]. 2015 févr [cité 4 sept 2023]. Disponible sur: https://sfalcoologie.fr/wp-content/uploads/RECOS-SFA-Version-2023-2.pdf?_rt=MXwxfGFjY29tcGFnbmVtZW50fDE2OTM4NDY0OTQ&_rt_nonce=b1316761c2
12. Binder Philippe. Intervenir sur les addictions en médecine générale. Première partie – Une perte du contrôle du désir envahi par le besoin : l'addiction est une maladie du cerveau. 2017 janv [cité 4 sept 2023]; Disponible sur: https://medecin-ado.org/addeo_content/documents_annexes/112-6-addictionsexecrer.pdf.pdf
13. Herouin MN. Le patient alcoolique : entre représentation médicale et prise en charge. Enquête auprès des médecins généralistes de Picardie [Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine]. Amiens (FRA) : Université de Picardie Jules Vernes Faculté de Médecine d'Amiens ; 2016 sept 20.
14. Anderson P, Gual A, Colom J. Alcool et médecine générale - Recommandations cliniques pour le repérage précoce et les interventions brèves. 2008.
15. Castera P, Kinouani S, Joseph JP. Repérage précoce et intervention brève. Succès et limites. 2015.
16. Jo SJ, Lee HK, Lee SB, Cho SH, Lee SK. Effect of a Motivational Interviewing-Based Brief Intervention on Alcohol Use Behavior in Korean Internal Medicine Settings. J Korean Med Sci. 2023 mai 24;38(25):e192.
17. Imbert B. Prise en charge médico-psycho-sociale du patient polytoxicomane en médecine générale [Mémoire de DES de médecine générale]. Saint-Etienne (FRA) : Université Jean Monnet Faculté de Médecine Jacques Lisfranc ; 2011 sept.

18. Réseau de prévention des addictions. Repérer le risque alcool et adapter son intervention [Internet]. 2015 [cité 3 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.respadd.org/wp-content/uploads/2018/10/Affiche-RPIB-alcool-02.pdf>
19. Prescrire. Alcoolodépendance - Avant le sevrage - Deuxième partie : amener les patients alcoolodépendants à se soigner. 2010 nov;30(325).
20. Ferry M. L'entretien motivationnel et les stades de changement. Apprendre la Psychologie. 2023 [cité 4 sept 2023]. Disponible sur: <https://tcc.apprendre-la-psychologie.fr/l-entretien-motivationnel.html>
21. Luquiens A, Reynaud M, Aubin HJ. Is Controlled Drinking an Acceptable Goal in the Treatment of Alcohol Dependence? A Survey of French Alcohol Specialists. *Alcohol Alcohol*. 2011 sept 1;46(5):586-91.
22. Aubin HJ. La réduction des risques et des dommages est-elle efficace et quelles sont ses limites en matière d'alcool ? *Alcoologie Addictologie*. 2017 mars 14;39(1):57-67.
23. François C, Rahhali N, Chalem Y, Sørensen P, Luquiens A, Aubin HJ. The Effects of as-needed Nalmefene on patient-reported outcomes and quality of life in relation to a reduction in alcohol consumption in alcohol-dependent patients. *PLoS ONE*. 2015 juin 8;10(6):e0129289.
24. van Amsterdam J, van den Brink W. Reduced-risk drinking as a viable treatment goal in problematic alcohol use and alcohol dependence. *J Psychopharmacol (Oxf)*. 2013 nov 1;27(11):987-97.
25. Poloméni P, Airagnes G. Réduction des risques et des dommages appliqués à l'alcool : une expertise INSERM et des questions pratiques. 2022 mars 28.

26. Sitaud É. Baclofène et addiction à l'alcool : vécu et ressenti du patient : étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 10 patients à Rennes et en Guadeloupe [Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine]. Rennes (FRA) : Université Bretagne Loire ; 2017 avr 25.
27. Ameisen O. Complete and prolonged suppression of symptoms and consequences of alcohol-dependance using high dose Baclofen: a self-case report of a physician. Alcohol Alcohol. 2005 mars 1;40(2):147-50.
28. Haute Autorité de Santé. Commission de la Transparence - BACLOCUR [Internet]. 2019 nov [cité 10 juill 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-12/baclocur_pic_ins_avis2_ct17817_epi655.pdf
29. VIDAL. Recommandations. Alcool : prise en charge du mésusage. 2021 [cité 4 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/recommandations/alcool-prise-en-charge-du-mesusage-1503.html>
30. Lançon PC, Vosgien DV, Donnadieu-Rigole DH, Cherrih-Pavec DB, Theren-Moudene DC. Baclofène, comment faire en pratique ? Eviter les pièges de l'AMM ! Pour qui, comment ? 2020 sept.
31. Prescrire. Baclofène - Baclocur Alcoolodépendance à doses modérées une aide modeste pour contrôler la consommation d'alcool. 2019 nov;39(433).
32. Haute Autorité de Santé. Commission de la Transparence SELINCRO [Internet]. 2021 mars [cité 10 juill 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/evamed/CT-18760_SELINCRO_PIC_REEV_EPI_AvisDef_CT18760.pdf
33. Prescrire. Nalméfène (Selincro) Alcoolodépendance : pas de progrès avec le Nalméfène. 2014 janv;34(363).

34. Stokłosa I, Więckiewicz G, Stokłosa M, Piegza M, Pudło R, Gorczyca P. Medications for the Treatment of Alcohol Dependence—Current State of Knowledge and Future Perspectives from a Public Health Perspective. *Int J Environ Res Public Health*. 2023 janv;20(3):1870.
35. Ringuenet D, Lardinois M. Addiction à l'alcool. In: *Psychiatrie* [Internet]. Elsevier Masson. 2015 [cité 10 juill 2023]. Disponible sur: <https://www-clinicalkey-com.scd-rproxy.u-strasbg.fr/student/content/book/3-s2.0-B9782294736919000207>
36. Guertler D, Moehring A, Krause K, Batra A, Eck S, Freyer-Adam J, et al. Copattern of depression and alcohol use in medical care patients: cross-sectional study in Germany. *BMJ Open*. 2020 mai 6;10(5):e032826.
37. Conan G. Conditions et modalités de recours à la stratégie de réduction des consommations en ambulatoire pour les patients présentant des troubles liés à l'usage d'alcool en 2015 [Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine]. Rennes (FRA) : Université de Rennes 1 Faculté de Médecine ; 2016 avr 29 [cité 12 juill 2023]. Disponible sur: <https://ged.univ-rennes1.fr/nuxeo/site/esupversions/8638c88c-8d98-4370-b749-a269e8c64afb?inline>
38. Delbecq J. L'accompagnement du patient présentant un trouble de l'usage d'alcool en médecine générale [Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine]. Lille (FRA) : Université de Lille Faculté de Médecine Henri Warembourg ; 2020 mai 28. Disponible sur: https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2020/2020LILUM141.pdf
39. Société Française d'Alcoologie. Mésusage de l'alcool : dépistage, diagnostic et traitement. Recommandation de bonne pratique [Internet]. 2014 déc [cité 11 juin 2023]. Disponible sur: <https://sfalcoologie.fr/wp-content/uploads/RBP2014-SFA-Mesusage-AA.pdf>

40. Collins C, Finegan P, O’Riordan M. An online survey of Irish general practitioner experience of and attitude toward managing problem alcohol use. *BMC Fam Pract*. 2018 déc 18;19:200.
41. Beyer FR, Campbell F, Bertholet N, Daeppen JB, Saunders JB, Pienaar ED, et al. The Cochrane 2018 Review on Brief Interventions in Primary Care for Hazardous and Harmful Alcohol Consumption: A Distillation for Clinicians and Policy Makers. *Alcohol Alcohol*. 2019 juill 1;54(4):417-27.
42. Vasseur C. Place de l’abstinence et de la réduction contrôlée dans le parcours des patients avec l’alcool: étude qualitative auprès de 11 patients présentant une addiction à l’alcool, en démarche de soins [Thèse pour le Diplôme d’Etat de Docteur en Médecine]. Bordeaux (FRA) : Université de Bordeaux UFR des sciences médicales ; 2018 avr 27.
43. 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 Oxf Oxf*. 2011;46(5):570-7.

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR



Faculté de médecine

odontologique et sciences de la santé

Université de Strasbourg

Document avec signature originale devant être joint :

- à votre mémoire de D.E.S.
- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : LUZZUINI Prénom : Raphaël

Ayant été informé(e) qu'en réappropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics.

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente.

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université.

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s) à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

A écrire à la main : « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'en cours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'en cours en cas de déclaration erronée ou incomplète.

Signature originale :

à Strasbourg

, le 6/12/2023

Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.

RÉSUMÉ :

Introduction : L'enjeu majeur de santé publique en France en lien avec la surconsommation d'alcool a donné naissance à la stratégie de réduction des risques et des consommations. Les recommandations préconisent le recours aux interventions brèves afin d'en effectuer le repérage et de motiver un changement de comportement. En 2018, le BACLOFÈNE a obtenu l'Autorisation de Mise sur le Marché, offrant une alternative médicamenteuse au NALMÉFÈNE. L'objectif de cette étude est d'analyser la pratique des médecins traitants en vue d'une réduction des consommations de l'alcool. **Méthode :** Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés a été menée auprès de 14 médecins généralistes en Alsace. La méthode de théorisation ancrée a été utilisée avec une analyse des données par thème. **Résultats :** La moitié des participants évoquent un sentiment d'inconfort dans la prise en charge des troubles liés à l'alcool, notamment dans la réduction contrôlée. Les médecins utilisent tous les interventions brèves de façon informelle. La précaution est de mise lors de l'usage de BACLOFÈNE ou de NALMÉFÈNE, lorsqu'il est mis en place par les médecins traitants. Une aide psycho-sociale est souvent sollicitée et l'appui des centres d'addictologie est crucial. **Conclusion :** Les pratiques en termes de réduction des risques sont diverses, mais utilisent un schéma commun. La démocratisation de formation sur le thème de l'alcoologie ainsi que des moyens adéquats permettraient une meilleure prise en charge des patients avec un trouble de l'usage de l'alcool.

Rubrique de classement : Médecine Générale

Mots-clés : Alcoolodépendance, mésusage, interventions brèves, réduction des consommations, consommation contrôlée, Baclofène, Nalméfène, accompagnement, dépression, médecine générale

Président : Pr LALANNE Laurence, Professeure des Universités, Praticien Hospitalier

Assesseurs : Pr ROUGERIE Fabien, Professeur associé de Médecine Générale

Dr LANDMANN-BRONNER Sophie, Directrice de thèse, Praticien Hospitalier

Adresse de l'auteur : raphaellucchini@hotmail.fr