

Université de Poitiers  
Faculté de Médecine et de Pharmacie

Année 2009

Thèse n°

**THESE**  
POUR LE DIPLOME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN MEDECINE  
**(Décret du 16 Janvier 2004)**

Présentée et soutenue publiquement  
Le 4 Décembre 2009 à Poitiers par  
**Monsieur TERRADE Pierre**

**Attentes des patients alcoolo dépendants  
vis à vis de leur médecin généraliste  
avant et après sevrage**

Etude après de 199 patients pris en charge pour  
sevrage dans quatre centres de référence.

Composition du jury :

Président : Madame le Professeur Christine SILVAIN, Professeur des Universités  
Membres : Monsieur le Professeur Marc PACCALIN, Professeur des Universités  
Monsieur le Professeur Alain DABAN, Professeur des Universités  
Monsieur le Docteur François BIRAULT, Maître de conférence associé

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Olivier KANDEL, Médecin Généraliste

# Remerciements

Nous remercions Mme le Professeur Christine SILVAIN qui nous fait l'honneur de présider cette thèse.

Nous remercions Mr le Professeur Marc PACCALIN, d'avoir accepté de siéger à ce jury.

Nous remercions Mr le Professeur Alain DABAN, d'avoir accepté de siéger à ce jury.

Nous remercions Mr le Docteur François BIRAULT, Maître de conférence associé, d'accepter de siéger à ce jury, et pour son soutien.

Je remercie très chaleureusement, Mr le Docteur KANDEL sans qui ce travail n'aurait pas pu être mené à son terme.

Nous remercions également le Dr Guibert, le Dr Métois, le Dr Valantin, le Dr Palomino, le Dr Fasseur ainsi que les équipes soignantes des centres d'alcoologie ayant participé à l'étude. Sans votre aimable coopération ce travail n'aurait pu être mené à terme.

Nous remercions tout particulièrement le centre d'alcoologie de la Charente, pour nous avoir ouvert ses portes. Nous remercions aussi les patients qui se sont prêtés volontiers à l'exercice des Focus Groups.

Merci à Aline, ton soutien m'a été précieux.

Merci à Emma.

Merci à toute ma famille, pour le soutien que vous m'avez apporté.

# SOMMAIRE

<b>Introduction</b>	<b>11</b>
1. Quelques chiffres sur l'alcool en France .....	12
2. Quelques éléments de définition.....	13
3. Concernant le « problème alcool » en médecine générale.....	14
3.1 Pour le sevrage .....	15
3.2 Pour l'accompagnement après un sevrage.....	16
3.3 Ce qui se pratique en médecine générale .....	16
<b>Matériel et méthode</b>	<b>21</b>
1. Question de recherche.....	22
2. Objectifs .....	22
3. Description de l'étude .....	22
3.1 Type d'étude .....	22
3.2 Population étudiée .....	23
3.3 Période de l'étude .....	23
4. L'enquête .....	23
4.1 Le questionnaire.....	23
4.1.1 La première partie .....	24
4.1.2 La deuxième partie .....	24
4.1.3 La troisième partie .....	25
a) En cas de discussion avec le médecin traitant.....	25
b) En l'absence de discussion avec le médecin traitant .	26
4.1.4 La quatrième partie .....	26
4.1.5 La cinquième partie .....	27
4.1.6 La sixième et dernière partie du questionnaire .....	27
4.2 Les Focus Groups.....	28

5. L'analyse .....	29
--------------------	----

<b>Résultats</b>	<b>31</b>
------------------	-----------

1. Population étudiée .....	32
1.1 Âge et sexe .....	32
1.2 Situation familiale .....	33
1.3 Niveau socio économique.....	33
1.3.1 Niveau socio économique en fonction du sexe et de l'âge .....	33
1.3.2 Niveau socio-économique en fonction de la situation familiale	34
1.4 Niveau socio culturel .....	34
1.4.1 Selon le sexe et l'âge .....	35
1.5 Ancienneté de la relation avec leur médecin.....	36
1.5.1 En fonction de l'âge.....	37
1.5.2 En fonction du niveau socio culturel .....	37
1.5.3 En fonction du niveau socio économique .....	38
1.6 Fréquence des consultations.....	38
1.6.1 En fonction de l'âge .....	39
1.6.2 En fonction du niveau socio culturel.....	39
1.6.3 En fonction du niveau socio économique.....	39
1.6.4 En fonction de l'existence d'un antécédent de cure.....	40
1.7 Existence d'un antécédent de cure .....	40
2. Place du médecin traitant dans la décision d'entrer en cure.....	40
3. Discussion sur le thème de l'alcool .....	43
3.1. Profil des personnes ayant eu cette discussion.....	43
3.1.1. Age et sexe.....	43
3.1.2. Situation familiale.....	43
3.1.3. Niveaux socio économique et socioculturel .....	43
3.1.4. Selon l'ancienneté de la relation .....	44

3.1.5. Selon la fréquence des consultations .....	44
3.1.6. Antécédent de cure .....	45
3.2. Initiative de la discussion .....	45
3.2.1. En fonction de l'âge .....	45
3.2.2. En fonction de la fréquence des consultations.....	46
3.2.3. En fonction de l'ancienneté de la relation.....	46
3.2.4. En fonction des niveaux socio culturel ou socio économique ...	46
3.2.5. En fonction de l'existence d'un antécédent de cure .....	47
3.3. Thèmes abordés lors de la discussion.....	47
3.3.1. En fonction de l'âge.....	48
3.3.2. En fonction de l'ancienneté de la relation .....	48
3.3.3. En fonction de la fréquence des consultations .....	49
3.3.4. En fonction du niveau socio culturel.....	50
3.3.5. En fonction du niveau socio-économique .....	51
3.3.6. En fonction de l'existence d'un antécédent de cure .....	51
3.4. Vécu de la discussion .....	52
3.4.1 Y a-t-il eu d'autres consultations suite à la discussion ?.....	53
3.4.2 Analyse des motifs de l'absence de consultation après la discussion .....	53
3.4.3 Multiplication de consultations sur le thème de l'alcool .....	54
3.5. Analyse des motifs du refus de la discussion sur le .....	58
thème de l'alcool	
4. Attentes avant la cure.....	59
4.1 Soumettre à un questionnaire de dépistage.....	60
4.2 Parler de sa consommation d'alcool .....	60
4.3 Expliquer ce qu'est la dépendance .....	61
4.4 Parler des risques somatiques .....	62

4.5 Exposer les possibilités de traitement .....	62
4.6 Orienter vers un spécialiste.....	63
4.7 Expliquer la nécessité d'arrêter complètement et définitivement l'alcool .....	63
4.8 Prendre en charge sa maladie alcoolique .....	63
 5. Attentes après la cure .....	 64
5.1. Rôle du médecin généraliste après la cure .....	65
5.1.1. Soutien psychologique .....	66
5.1.2. Renouvellement du traitement .....	67
5.1.3. Lien avec les autres acteurs de la prise..... en charge	68
5.2. Confiance accordée au médecin généraliste dans la prise en charge .....	69
5.3. Intérêt d'un contact pendant la cure .....	70
 6. Les Focus groups .....	 71
6.1 Focus group du 8 Novembre 2008 .....	71
6.2 Focus group du 6 Décembre 2008 .....	75

<b>Discussion</b>	<b>79</b>
-------------------	-----------

1. Population étudiée .....	80
2. Principaux acteurs de la démarche de soins .....	83
3. Discussion sur le thème de l'alcool .....	84
3.1. Pas de distinction entre les populations sur la tenue d'une discussion .....	85
3.2. Une information étoffée .....	86

3.2.1.	La qualité de l'information ne dépend pas des critères socio démographiques .....	87
3.2.2.	Les patients en rechute reçoivent une information plus complète .....	88
3.3.	Vécu de la discussion .....	88
3.3.1.	Le sentiment de gêne ou de honte pour expliquer l'absence de re-consultation suite à la discussion sur le problème alcool.....	89
3.3.2.	La qualité de l'information fournie favorise la multiplication des consultations sur le thème de l'alcool .....	89
4.	Attentes avant la cure .....	90
4.1.	Les patients impliquent fortement le médecin généraliste dans leur prise en charge avant la cure .....	91
4.2.	Perte de confiance avec l'augmentation de la fréquence des consultations .....	91
4.3.	Les patients en rechute attendent d'être interrogés sur leur consommation d'alcool .....	92
4.4.	Les moins de 40 ans souhaitent se faire expliquer ce qu'est la dépendance .....	92
4.5.	L'avis des patients sevrés ayant participé aux focus Groups	93
5.	Attentes après la cure .....	94
5.1.	L'implication du médecin après une cure selon les patients concerne tous les champs du suivi du maintien de l'abstinence .....	94

5.2.	Sur l'intérêt d'un contact pendant la cure, les avis divergent	96
5.3.	L'avis des patients sevrés participant aux focus groups	96

6.	Les limites de notre étude .....	97
----	----------------------------------	----

<b>Conclusion</b>	<b>99</b>
-------------------	-----------

<b>Bibliographie</b>	<b>103</b>
----------------------	------------

<b>Résumé</b>	<b>107</b>
---------------	------------



# **INTRODUCTION**

## 1. Quelques chiffres sur l'alcool en France

On assiste en France, depuis les années 60 à une baisse de la consommation d'alcool. La France reste cependant, au 4<sup>ème</sup> rang européen pour sa consommation moyenne par habitant. L'alcool est la substance psycho active la plus utilisée ; seuls 2.5% des 18/75 ans n'en ont jamais consommé et 63% de la population déclarent en consommer régulièrement voire tous les jours. <sup>[1]</sup>

On estime que 5 millions de personnes connaissent des difficultés en rapport avec une consommation excessive d'alcool, qu'elles soient médicales ou psycho sociales. Parmi elles, 2 millions seraient dépendantes. <sup>[1]</sup>

En termes de morbidité mortalité, le chiffre de 45000 décès imputables à l'alcool a été avancé. Ce chiffre comprend non seulement les décès en rapport avec les pathologies directement causés par l'alcool mas également les décès par accidents sous l'emprise de l'alcool <sup>[1]</sup>. Ainsi, l'alcool serait impliqué dans 14% des décès masculins et dans 3% des décès féminins et reste la cause principale des décès prématurés par maladie chez les hommes comme chez les femmes. Par ailleurs, le coût pour la société est très élevé du fait du coût des soins (estimé à 3 milliards d'euros) et du coût social (estimé à plus de 15 milliards d'euros). <sup>[2,3]</sup>.

L'alcool reste donc en France un problème de santé publique et les médecins généralistes sont en première ligne pour dépister et prendre en charge les patients ayant un problème avec leur consommation d'alcool. En effet, 80% des adultes consultent au moins une fois par an leur médecin, et les personnes ayant une consommation d'alcool excessive consultent encore plus souvent <sup>[4]</sup>. Dans une patientèle de médecine générale, 29.5% des hommes et 11% des femmes seraient touchés directement ou indirectement par les effets négatifs de l'alcool. <sup>[5]</sup>

## 2. Quelques éléments de définition

La Société Française d'Alcoologie, dans ses recommandations pour la pratique clinique publiées en 2001<sup>[6]</sup>, définit trois groupes de "consommateurs à problèmes" ou trois conduites d'alcoolisation problématique :

- L'usage **à risque** caractérise toute conduite d'alcoolisation, ponctuelle ou régulière, où la consommation est supérieure aux seuils définis par l'OMS (cf infra) et non encore associée à un quelconque dommage médical, psychique ou social, et/ou à une dépendance, mais susceptible d'en induire à court, moyen et/ou long terme. L'usage à risque inclut également les consommations égales ou même inférieures aux seuils de l'OMS lorsqu'elles sont prises dans une situation à risque et/ou lorsqu'il existe un risque individuel particulier.

- L'usage **nocif** de l'alcool, caractérisé par une consommation d'alcool induisant des dommages somatiques, psychoaffectifs ou sociaux, en l'absence de dépendance.

- L'usage **avec dépendance** de l'alcool (alcoolo dépendance), caractérisé par la perte de la liberté de s'abstenir de consommer et par le fait de poursuivre la consommation tout en étant conscient des conséquences négatives. La dépendance se traduit cliniquement par l'installation d'une tolérance et des signes de sevrage à l'arrêt de la consommation

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) <sup>[7]</sup> a émis des recommandations pour une consommation à moindre risque ; elles s'appuient sur « l'unité alcool » qui équivaut à un verre standard, dont le contenu en alcool pur est égal à 10 g (un verre

standard d'une quelconque boisson alcoolisée contient la même quantité d'alcool pur) :

- Consommation **régulière** : pour les femmes : pas plus de 2 unités d'alcool par jour (maximum de 14/semaine). Pour les hommes : pas plus de 3 unités d'alcool par jour (maximum de 21/semaine). Au moins un jour par semaine sans boisson alcoolique .

- Consommation **occasionnelle** : pas plus de 4 unités d'alcool en une seule occasion.

- Pas d'alcool dans les **circonstances** suivantes : pendant la grossesse, pendant l'enfance, quand on conduit un véhicule, quand on conduit une machine dangereuse, quand on exerce des responsabilités qui nécessitent de la vigilance, quand on prend certains médicaments, dans certaines maladies aiguës ou chroniques (épilepsie, pancréatite, hépatite virale...), quand on est un ancien alcoolo dépendant.

### **3. Concernant le « problème alcool » en médecine générale**

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

### 3.1 Pour le sevrage : <sup>[8]</sup>

Si pour les personnes n'ayant pas de dépendance, une simple réduction de la consommation avec un retour à des consommations conformes avec les doses préconisées par l'OMS peut être suffisant, l'alcoololo dépendant, lui, doit entrer dans une abstinence complète et définitive.

La Haute Autorité de Santé a édité en 1999 une conférence de consensus sur le sevrage préconisant de réaliser, en priorité, un sevrage ambulatoire préparé, c'est-à-dire faisant l'objet d'une demande forte, inscrite dans un projet thérapeutique et social, dans un contexte affectif, professionnel et social stable. Les sevrages institutionnels sont réservés aux cas complexes soit en raison d'antécédents de dépendance sévère, de delirium tremens ou de convulsions, soit en raison de comorbidités psychiatriques, d'affections somatiques sévères ou de conditions socio environnementales défavorables ou lors d'un sevrage réalisé dans le cadre de l'urgence.

En ambulatoire, le sevrage peut être mené par le médecin généraliste (en s'appuyant sur les réseaux de soins, les mouvements d'entraide). Il repose sur trois éléments principaux :

- l'information du patient ;
- l'hydratation : une hydratation suffisante mais pas excessive (1.5 à 2 L par jour) ;
- Prescriptions de benzodiazépines : permettent de réduire l'incidence et la sévérité des complications de sevrage. Le schéma préconisé comporte Diazépam 10 mg 2 à 4 comprimés pendant 4 jours puis diminuer en 4 à 7 jours la dose quotidienne.

Le suivi doit être rapproché dans la première semaine avec au moins deux consultations médicales, et il faut que le patient puisse entrer en contact avec des structures de soins spécialisées type centre de cure ambulatoire ou association d'entraide.

### 3.2 Pour l'accompagnement après un sevrage :<sup>[9]</sup>

Il s'agit là aussi d'une conférence de consensus éditée par la HAS en lien avec la Société Française d'Alcoologie, en 2001. Elle consacre un paragraphe à la place du médecin généraliste dans le maintien de l'abstinence. La place du généraliste est primordiale, il propose un accompagnement spécialisé de longue durée et constitue la personne ressource pour le patient et son entourage. La HAS préconise néanmoins de s'appuyer sur l'ensemble des structures d'aide et souligne l'importance de pouvoir identifier, par secteur les acteurs et structures pouvant intervenir en relais ou en complémentarité. La HAS recommande également de mettre en place une formation initiale et continue en alcoologie et de mener une réflexion sur la reconnaissance financière de cette prise en charge qui demande un investissement en temps important.

### 3.3 Ce qui se pratique en médecine générale :

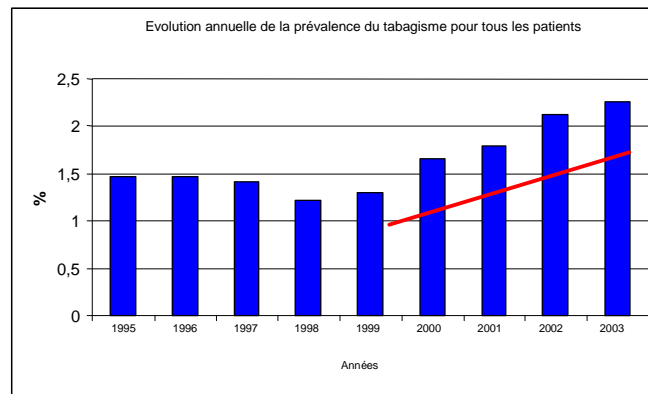
En comparant la prise en charge de l'alcoolodépendance, avec d'autres conduites addictives comme le tabac ou la toxicomanie, on peut noter un manque de prise en charge. L'observatoire de médecine générale<sup>[10]</sup> a en effet, montré une multiplication par deux de la prise en charge en 5 ans (1998-2003) des addictions au tabac et une augmentation de 50% en 5 ans de la prise en charge de la toxicomanie (1994-1998).

En revanche, en ce qui concerne la prise en charge de l'alcool dépendance, il existe une stagnation depuis 1998.

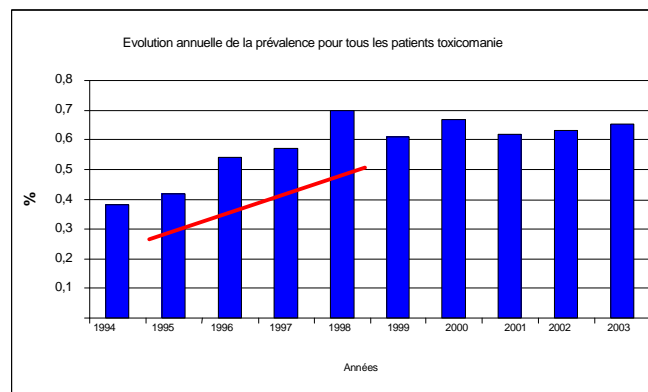
**Figure n°1** : Fréquence sur 10 ans, des patients ayant été pris en charge au moins 1 fois par an.

Etude rétrospective à partir des données de l'Observatoire  
de la Médecine Générale de 1995 à 2003.[11]

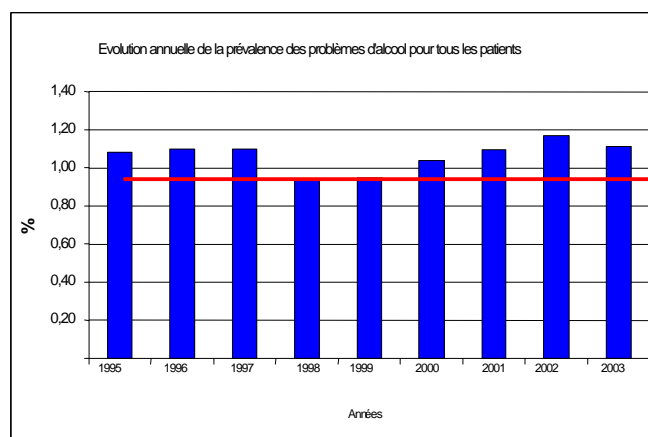
### Prise en charge du **tabagisme**



### Prise en charge de la **toxicomanie**



### Prise en charge de l'**alcoolisme**



Il semble donc qu'il existe une certaine réticence des médecins généralistes à prendre en charge les patients alcoolo dépendants. Plusieurs arguments ont été mis en avant pour expliquer le manque d'engagement des médecins. Parmi ceux-là, on retrouve, le sentiment d'incompétence ou d'inutilité, les contraintes de l'exercice médical, ou encore le tabou sur l'alcool <sup>[12]</sup>, allant de paire avec le sentiment des médecins que les patients ne souhaitent pas parler de leur consommation d'alcool <sup>[23]</sup>.

Pourtant, une enquête <sup>[13]</sup>, réalisée auprès de 7000 médecins généralistes et ayant recueilli plus de 2300 réponses, étudie le sentiment des médecins généralistes vis à vis du problème « alcool » grâce à un questionnaire d'autoévaluation. Il ressort de cette étude une grande motivation des médecins généralistes à mieux prendre en charge les patients alcoolo dépendants. Ils sont nombreux à déclarer interroger souvent voire systématiquement leur patient sur leur consommation d'alcool, corroborant des études antérieures. Cependant, les sentiments sont partagés sur l'efficacité de leur intervention. Quant à la place du médecin généraliste dans la prise en charge, la plupart (86%) veulent bien s'en occuper mais pas seuls. Par ailleurs, 93% des médecins interrogés souhaitent une formation complémentaire, en particulier sur le suivi et l'accompagnement des patients, pourtant leurs connaissances étaient bonnes.

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



et confrontés à un sentiment d'impuissance face à l'échec. Mais, dans la prise en charge de la maladie alcoolique, le patient est aussi un acteur fondamental.

Plusieurs études ont montrées que les représentations autour du problème alcool, du patient et celles des médecins ne sont pas toujours les mêmes <sup>[14, 15, 16, 22, 23]</sup>. Ces différences peuvent amener à faire évoluer la manière d'aborder le problème, aussi nous a-t-il paru intéressant de prendre en compte le sentiment du patient alcoolique pour savoir ce qu'il attend de son médecin généraliste et quelles sont ces éventuelles réticences à évoquer le problème « alcool » avec lui.

# **MATERIEL ET METHODE**

## **1. Question de recherche**

La question de recherche a consisté à se demander quelles sont les attentes des patients alcoolo dépendants vis à vis de leur médecin généraliste, dans le cadre de la prise en charge de leur maladie alcoolique.

## **2. Objectifs**

Si les difficultés des médecins généralistes à prendre en charge les patients alcoolo dépendants sont un sujet connu, les attentes des patients alcoolo dépendants vis-à-vis de leur médecin généraliste, que ce soit avant ou après une cure de sevrage, restent à explorer.

L'objectif de ce travail est d'étudier, auprès de patients hospitalisés pour sevrage :

- où se trouve, d'après eux, la place du médecin généraliste dans la prise en charge de leur maladie alcoolique, tant avant que, après un sevrage ;
- quel est le contenu de la discussion sur le thème de l'alcool avec le médecin généraliste, le ressenti de cette discussion par le patient, et son impact sur la suite de la prise en charge. Et, s'il n'y a pas eu de discussion, d'en comprendre les raisons ;
- les caractéristiques de la population prise en charge dans les centres de cure.

## **3. Description de l'étude**

### **3.1 Type d'étude**

Il s'agit d'une étude qualitative basée sur une enquête auprès de patients hospitalisés pour sevrage alcoolique.

### 3.2 Population étudiée

Les patients de quatre centres de référence dans la prise en charge de l'alcoolodépendance en Poitou-Charentes:

- le centre d'alcoologie d'Angoulême (16),
- le DISPAA à Jonzac (17),
- le centre SHALE de la Rochelle (17),
- l'unité d'alcoologie du centre hospitalier Henri Laborit à Poitiers (86).

### 3.3 Période de l'étude

L'enquête s'est déroulée entre les mois de mai et décembre 2008.

## 4. L'enquête

Notre enquête était organisée en deux parties. D'une part une enquête par questionnaire classique remise aux patients hospitalisés puis recueilli, de façon anonyme, quelques jours avant la fin de leur séjour, par le personnel soignant de la structure et d'autre part, des focus groups réunissant d'anciens patients.

### 4.1. Le questionnaire

Le questionnaire proposé aux patients comportait 34 questions.

Pour chaque question, plusieurs réponses étaient possibles. Un espace libre était accordé dans plusieurs items afin de laisser la possibilité au patient d'ajouter un commentaire.

Le questionnaire se compose de six parties :

4.1.1. La première partie du questionnaire concerne la prise en charge du patient avant la cure.

- ✍ La première question s'attache à déterminer s'il s'agissait de la première cure afin de permettre une analyse des attentes des patients en fonction de cet antécédent de cure ou de son absence.
- ✍ La deuxième question permet d'identifier les acteurs influant dans la démarche du patient à se faire soigner. Il s'agit d'une question à choix multiples avec un classement par ordre de préférence.

4.1.2. La deuxième partie du questionnaire s'attache à la relation qui existe entre le patient et son médecin généraliste.

- ✍ L'objectif de la première question est d'identifier l'intégration des patients dans le système de soins.
- ✍ La question suivante, portant sur l'existence d'un traitement au long cours, permet de mieux appréhender l'objet de consultations répétées dans l'année.
- ✍ La troisième question, qui porte sur la fréquence des consultations, propose trois réponses possibles :
  - moins de trois consultations par an (ce sont des patients occasionnels),
  - de trois à six consultations par an (ce sont des patients réguliers),
  - plus de six consultations par an (ce sont des patients assidus).

L'objectif de cette question est d'étudier l'impact de la fréquence des consultations sur l'existence d'une discussion avec le médecin traitant, ainsi que sur les attentes vis-à-vis du médecin tant avant, qu'après la cure.

La quatrième question vient compléter la notion de fidélité envers son médecin en divisant en trois catégories l'ancienneté de la relation :

- moins de cinq ans,
- de cinq à dix ans,
- au-delà de dix ans.

4.1.3. La troisième partie est consacrée à l'analyse de la teneur de la discussion sur le thème de l'alcool avant la cure, et aux motifs de l'absence de discussion s'il n'y en a pas eue.

En fonction de l'existence d'une discussion ou non, deux séries de questions sont proposées.

4.1.3. a) En cas de discussion avec le médecin traitant :

La première question porte sur l'initiative du médecin dans la discussion sur le thème de l'alcool. Cette question permet l'analyse des populations avec lesquelles les médecins généralistes semblent les plus enclins à avoir une discussion sur le thème de l'alcool.

Cette première question est complétée d'une seconde question qui porte sur la répétition des consultations sur le thème de l'alcool, permettant d'estimer l'instauration d'un suivi, et par conséquent de l'acceptation de cette discussion par le patient.

A l'opposé, avec la dernière question de cette série, nous nous avons voulu également nous intéressés aux motifs de l'absence de re-consultation après une discussion sur le thème de l'alcool. Plusieurs items ont été proposés et un commentaire pouvait être inséré.

La troisième question s'intéresse à l'impact de cette discussion sur l'entrée en cure, permettant un reflet de l'efficacité de la discussion.

Les questions quatre et cinq évaluent plutôt le contenu de la discussion (risque somatique, mécanismes de la dépendance, possibilité d'en reparler et les possibilités de traitement, ainsi que les conseils de modération et d'abstinence). Elles permettront de se rendre compte des thèmes qui sont abordés dans la discussion, en fonction des profils des patients.

#### 4.3.1 b) En l'absence de discussion avec le médecin traitant :

Pourquoi certains patients n'ont jamais eu de discussion sur le thème de l'alcool avec leur médecin traitant ? C'est pour répondre à cette question que nous nous sommes attachés à différencier le refus émis par le patient et à en analyser les motifs, du refus émis par le médecin.

4.1.4. La quatrième partie cherche à définir la place attendue, par les patients, du médecin généraliste avant sevrage. Il s'agit d'une série de huit questions avec seulement deux réponses possibles, à savoir :

- « oui il est du rôle de mon médecin traitant »,
- « non il n'est pas du rôle de mon médecin traitant ».

Les propositions étaient les suivantes :

- Proposer un questionnaire de dépistage
- Parler de votre consommation d'alcool
- Parler de votre dépendance
- Parler des problèmes de santé liés à l'alcool
- Parler des possibilités de traitement

- Orienter vers un spécialiste
- Expliquer la nécessité d'arrêter complètement et définitivement l'alcool
- Prendre en charge votre maladie alcoolique

4.1.5. La cinquième partie comporte quatre questions afin de mieux cerner les attentes des patients après le sevrage.

La première question permet de savoir si le patient allait continuer à accorder sa confiance à son médecin ou s'il envisageait d'en changer.

La deuxième s'attache plus particulièrement à définir le rôle attendu du médecin généraliste après la cure. Il y avait trois propositions faites au patient avec une réponse positive ou négative, et la possibilité d'insérer un commentaire.

Les propositions faites étaient :

- le soutien psychologique,
- le renouvellement des traitements,
- le lien avec les autres acteurs de la prise en charge.

La troisième question se penche sur le souhait du patient d'informer son médecin de son passage en cure ou sur les motifs d'un éventuel refus.

Enfin, la quatrième question porte sur l'éventuel bénéfice d'un contact entre patient et médecin généraliste, qu'il soit visuel, téléphonique ou écrit.

4.1.6 La sixième et dernière partie du questionnaire vise à définir la population touchée par ce questionnaire. Plusieurs critères ont été retenus :

- le sexe
- l'âge, avec la division en cinq catégories ; les 18-29 ans, les 30-39 ans, les 40-49 ans, les 50-59 ans et les plus de 60 ans.



- le mode de vie ; seul ou en couple, avec ou sans enfants
- le niveau socio-économique ; nous avons classé les patients en trois classes (niveau socio-économique précaire, niveau socio-économique stable, niveau socio-économique aisé) en fonction de leur niveau d'études, leur profession, et leur activité actuelle.
- Le niveau socioculturel ; nous avons là aussi classé les patients en trois classes (niveau socio culturel faible, niveau socio culturel moyen, niveau socio culturel élevé) selon le niveau d'étude et la profession.

#### **4.2 LES FOCUS GROUP**

Deux « focus group » ont été organisés au sein du centre d'alcoologie de la Charente.

Il s'agissait de participer à un groupe de parole se tenant une semaine sur deux, destiné aux patients qui ont déjà fait une cure. Les patients viennent à ces groupes pour exposer leurs difficultés ou leurs satisfactions.

Les groupes de parole se sont tenus les 8 novembre et 6 décembre 2008.

Concernant le déroulement de ces deux focus group, j'ai été intégré au sein de deux groupes de paroles par deux des membres de l'équipe du centre d'alcoologie de la Charente. La discussion a été orientée sur la place du médecin généraliste dans la prise en charge des patients alcoolo dépendants. Chaque participant a pu faire les commentaires qu'il souhaitait et nous avons avec l'aide des membres de la structure pu approfondir certains points. La retranscription a été faite par mes soins grâce aux notes prises pendant la discussion.

## 5. L'ANALYSE :

Tous les questionnaires remplis ont été enregistrés dans une base de données « EXCEL ». Les informations ainsi compilées ont pu être analysées. Pour les tests statistiques, nous avons principalement utilisé le test du Khi carré, parfois complété par un test exact de Fischer lorsque les effectifs théoriques étaient insuffisants.

Les principales caractéristiques étudiées, pour chaque question sur les attentes avant ou après la cure étaient l'âge, le sexe, l'ancienneté de la relation avec le médecin, la fréquence des consultations, l'existence d'une précédente cure, le niveau socio culturel et le niveau socio économique.

Devant les faibles effectifs de certaines populations (classes d'âge extrêmes, niveau socio économique aisé) des regroupements de classes ont été opérés.

# **RESULTATS**

Nous avons recueilli 199 questionnaires, dont 96 venaient du centre d'alcoologie de la Charente, 38 du DISPAA de Jonzac, 22 du centre hospitalier Henri Laborit à Poitiers et 43 du centre SHALE de La Rochelle.

Treize de ces questionnaires ont été écartés de l'étude, en raison d'un mauvais remplissage.

## **1. Population étudiée**

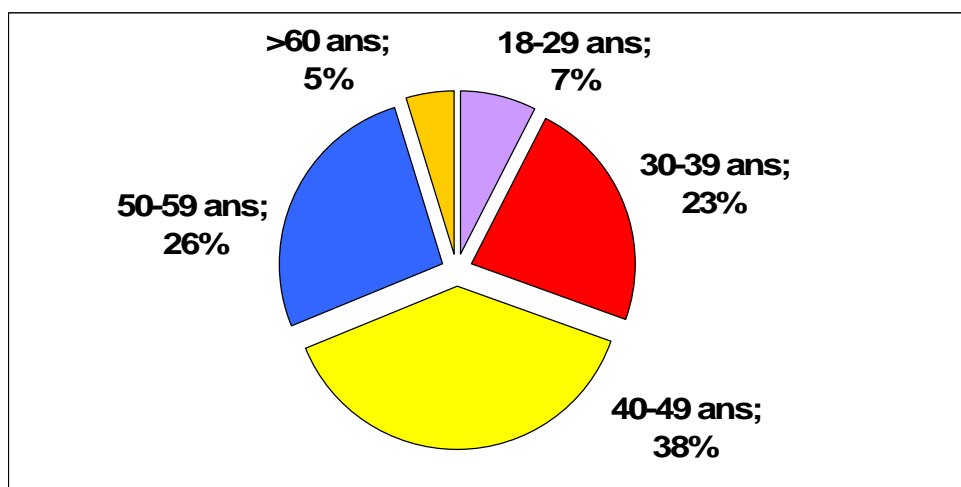
### **1.1 Âge et sexe**

La population étudiée était majoritairement masculine avec 73% d'hommes et 27% de femmes (sexe ratio H/F : 2,67).

La moyenne d'âge était de 43,9 ans. Les deux extrêmes, à savoir les 18-29 ans et les plus de 60 ans étaient sous représentées. En effet, ils représentaient 7% de la population pour les 18-29 ans et 5% pour les plus de 60 ans.

Les autres classes d'âge représentaient 86% de la population avec une domination des 40-49 ans (38% de la population), et deux populations assez proches, les 30-39 ans avec 22%, et les 50-59 ans avec 26% de la population étudiée.

Figure n°2 : Répartition par classe d'âge de la population étudiée



## 1.2 Situation familiale :

62 % des personnes ayant répondu au questionnaire étaient célibataires et 37 % vivre en couple. Trois patients sur quatre avaient au moins un enfant.

## 1.3 Niveau socio économique

Nous avons choisi de diviser la population étudiée en trois catégories. Le classement a été fait en fonction de la profession et de l'activité. Nous avons distingué les personnes de niveau socio économique précaire, pour les gens sans emploi ou en invalidité, les personnes de niveau socio économique stable pour les gens en CDI ou retraités, et les personnes de niveau socio économique élevé pour les personnes supposées avoir des revenus confortables.

Deux catégories de niveau socio économique prédominaient nettement ; les personnes de niveau socio économique précaire qui représentaient 52,4% de la population, et les personnes de niveau socio économique stable qui constituaient 41,2% de la population. Les personnes de niveau socio économique élevé ne constituaient quant à eux, que 3,7% de la population étudiée.

Ainsi, dans la suite de l'analyse, les sous-classes de niveau socio économique stable et aisé ont été regroupées.

### 1.3.1 Niveau socio économique en fonction du sexe et de l'âge

Les femmes interrogées se situaient pour deux tiers dans la catégorie de niveau socio économique faible et pour un tiers dans la catégorie de niveau socio économique stable ou aisé.

La population masculine se répartissait à parts égales entre ces deux catégories.

L'âge ne constituait pas un facteur significatif influençant le classement dans telle ou telle catégorie.

### 1.3.2 Niveau socio-économique en fonction de la situation familiale

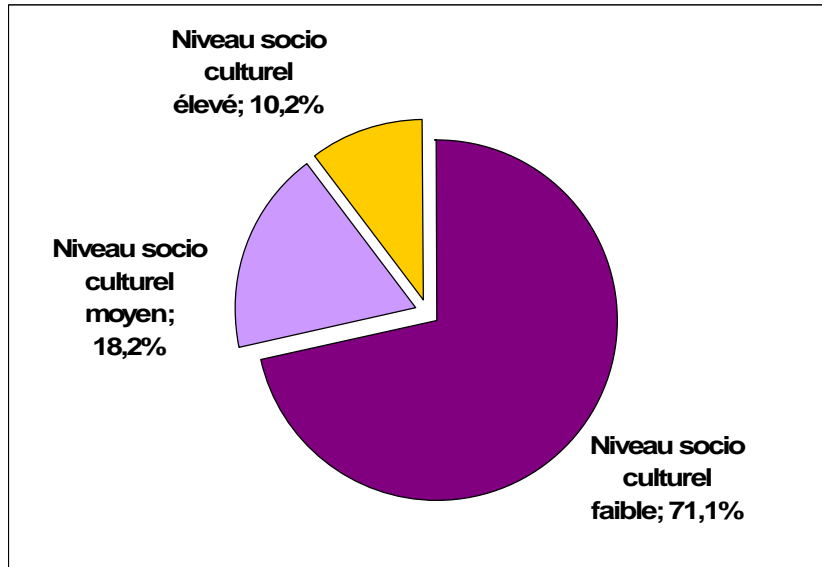
Quelle que soit la situation familiale, c'est le niveau socio économique précaire qui prédomine. Il est en particulier plus marqué en l'absence d'enfant et pour ceux qui vivent seuls. En ce qui concerne les personnes de niveau socio économique stable, leur proportion est plus importante chez ceux qui ont des enfants sans toutefois montrer de différence significative.

### 1.4 Niveau socio culturel

De la même façon que pour déterminer le niveau socio économique, nous avons pour le niveau socio culturel tenu compte de la profession, de l'activité et du niveau d'études pour classer les personnes en trois catégories de niveau socio culturel. Nous avons distingué les personnes de faible niveau socio culturel, des personnes de niveau socio culturel moyen et des personnes de niveau socio culturel élevé.

La classe la plus représentée était celle du niveau socio culturel faible avec plus de 70% des personnes ayant répondu.

Figure n°3 Niveau socio culturel de la population étudiée

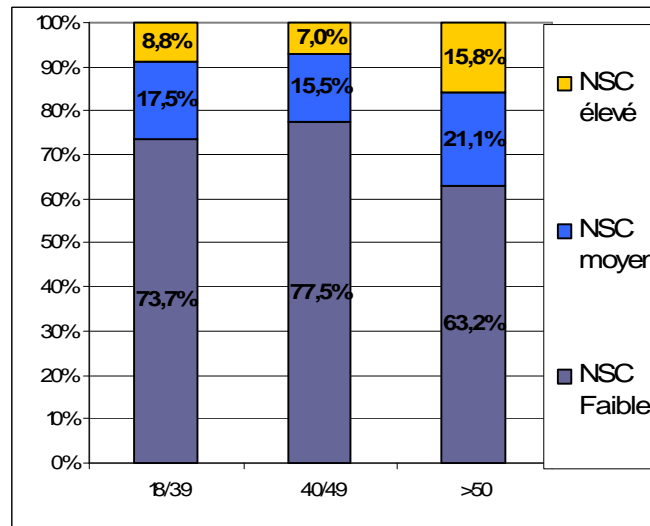


#### 1.4.1 Selon le sexe et l'âge

On constate, quel que soit l'âge et le sexe, une nette prédominance de personnes de niveau socio-culturel faible. Ils représentaient 73% des hommes et 65% des femmes.

Les différences entre les classes d'âge ne permettent pas de tirer de conclusion significative.

Figure n°4 Niveau socio-culturel selon l'âge ( $\text{Khi}^2=4,02 < 9,48$ )



### 1.5 Ancienneté de la relation avec leur médecin

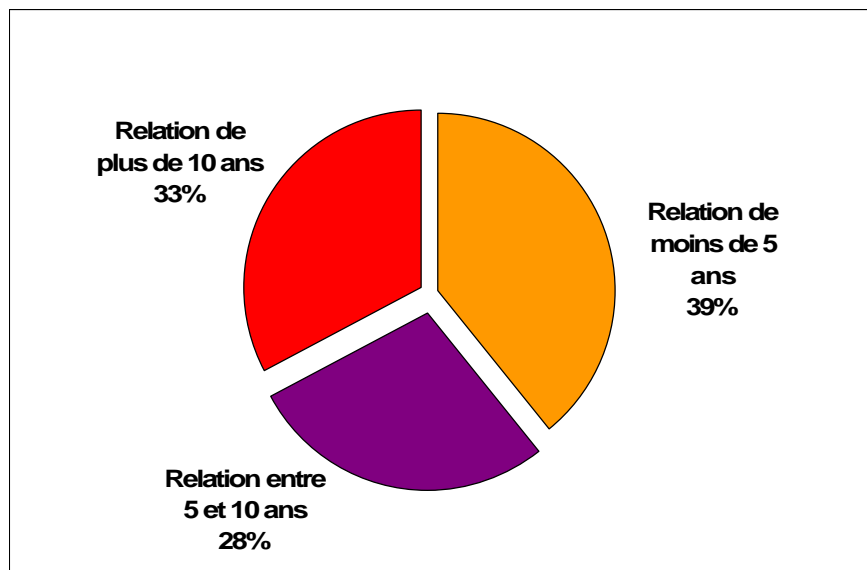
93% des personnes ayant répondu, avaient un médecin déclaré auprès de l'assurance maladie.

En ce qui concerne la fidélité au même médecin, la question principale était celle de l'ancienneté de la relation, pour laquelle nous avons défini trois périodes qui nous semblaient représenter trois stades d'intimité croissante avec le médecin traitant :

- Moins de 5 ans
- Entre 5 et 10 ans
- Plus de 10 ans.

Voici la synthèse des résultats obtenus.

Figure n°5 : Répartition selon l'ancienneté de la relation

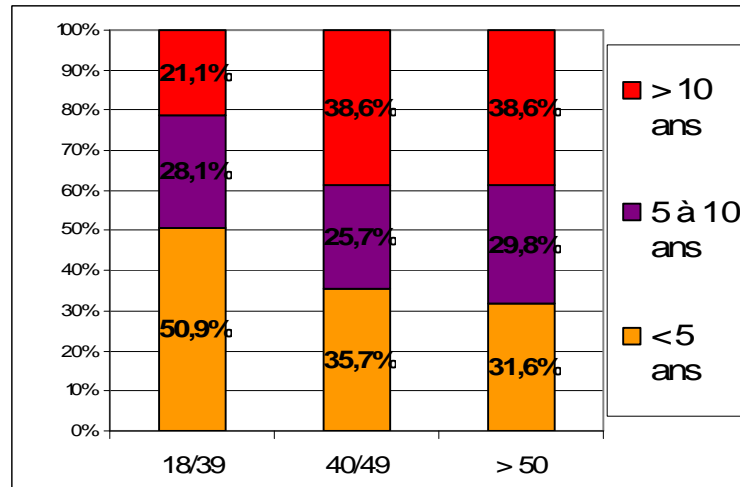


#### 1.5.1 En fonction de l'âge :

Si on pouvait observer la diminution de la part de relations récentes, c'est-à-dire de moins de 5 ans, avec l'avancée dans l'âge, cette différence n'était pas statistiquement significative selon le test du khi carré.



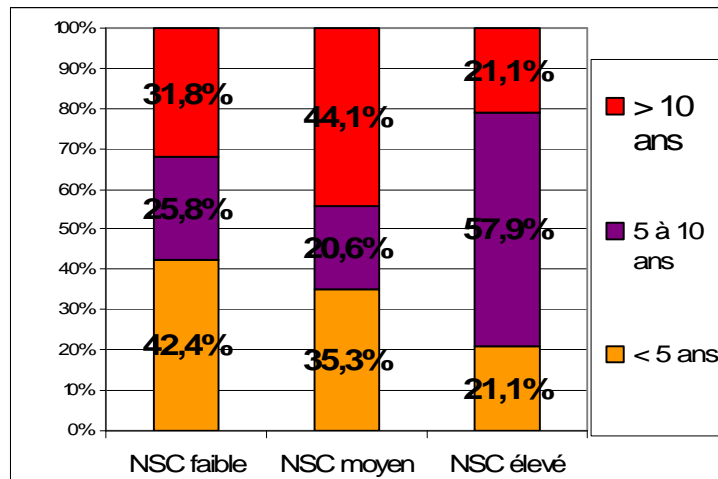
Figure n°6 Ancienneté de la relation en fonction de la classe d'âge  
( $\text{Khi}^2=6,89 < 9,48$ )



### 1.5.2 En fonction du niveau socio culturel :

Les différences observées entre les sous classes de niveau socio culturel apparaissent significative au risque de 5% selon le test du Khi carré. Il existait donc un lien entre le niveau socio culturel et l'ancienneté de la relation. Il semble que les personnes de niveau socio culturel plus élevé entretenaient avec leur médecin une relation plus pérenne, avec en particulier une faible proportion de personnes entretenant une relation inférieure à 5 ans.

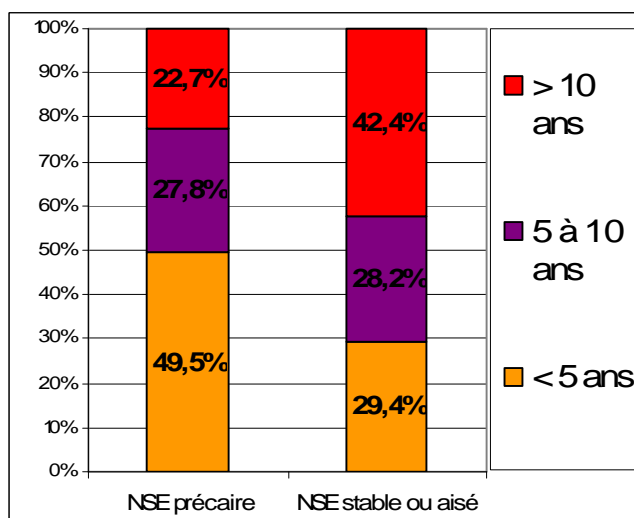
Figure n° 7 Ancienneté de la relation en fonction du niveau socio culturel ( $\text{Khi}^2= 11,18 > 9,48$  ; soit  $p= 0,024$ )



### 1.5.3 En fonction du niveau socio économique :

De la même façon, il apparaît que les personnes de niveau socio économique précaire entretenaient une relation moins durable avec leur médecin généraliste et ce de façon significative. Il serait intéressant de déterminer les raisons qui poussaient ces patients à changer de médecin.

Figure n°8 Ancienneté de la relation en fonction du niveau socio économique (Khi<sup>2</sup>= 10,05 > 5,99 ; soit p < 0,01)



### 1.6 Fréquence des consultations :

Dans ce questionnaire, quasiment 60% des répondants déclaraient suivre un traitement au long cours.

Nous avons défini trois intervalles de nombre de consultations annuelles ; moins de 3 consultations, étant considérés comme des consommateurs occasionnels de soins (seulement 30% d'entre eux suivaient un traitement au long cours), de 3 à 6 consultations par an, dont 56% suivaient un traitement au long cours, et plus de 6 consultations par an, il s'agissait d'importants consommateurs de soins, et plus de 80% suivaient un traitement au long cours.

### 1.6.1 En fonction de l'âge :

Même si la tendance semblait mettre en évidence une progression du nombre de consultations avec l'avancée dans l'âge, la comparaison des pourcentages par le test du khi carré ne permettait pas d'affirmer qu'il y avait un lien de dépendance entre l'âge et la fréquence des consultations.

Il était cependant intéressant de constater que déjà avant l'âge de 40 ans près d'un patient alcoolo dépendant sur deux suivait un traitement au long cours.

### 1.6.2 En fonction du niveau socio culturel :

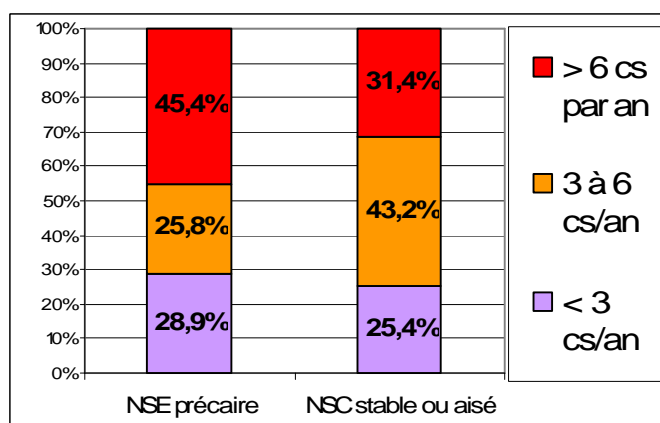
Il n'existe pas de différence significative entre les sous classes de niveau socio culturel en ce qui concerne la fréquence des consultations.

### 1.6.3 En fonction du niveau socio économique :

Il existe un lien entre la fréquence des consultations et le niveau socio économique. Les personnes alcoolo dépendantes en situation précaire consultent plus régulièrement leur médecin généraliste. Ce sont plus de 45% qui consultent plus de 6 fois par an contre 31,4% des personnes de niveau socio économique stable ou aisé. Les personnes de niveau socio économique stable ou aisé consultent plus volontiers entre 3 et 6 fois par an.

Figure n°9 Fréquence des consultations en fonction de l'âge

( $\text{Khi}^2 = 7,59 > 5,99$  ; soit  $p = 0,022$ )



#### 1.6.4 En fonction de l'existence d'un antécédent de cure :

Là encore, notre analyse ne permet pas de mettre en évidence de différence significative entre les personnes dont c'est la première cure et celles qui rechutent.

#### 1.7 Existence d'un antécédent de cure :

Nous nous sommes également intéressés à l'existence ou non d'un antécédent de cure. Les personnes en rechute nous semblaient particulièrement intéressantes de part leur connaissance de la situation après la cure.

Pour 56,7% des personnes ayant répondu, il s'agissait de la première cure, et 41,2% de personnes étaient des rechuteurs.

Dans la population féminine, 27% avaient déjà fait une cure. Dans la population masculine ce sont 44% qui avaient déjà fait une cure.

Les niveaux socio économique ou socio culturel n'étaient pas des facteurs influençant l'existence d'une première cure.

## **2. Place du médecin traitant dans la décision d'entrer en cure :**

A la question de savoir par qui le patient avait été encouragé dans sa démarche de soins, la réponse qui arrivait en tête était, le patient lui-même. A 65%, les patients estimaient, en premier lieu, être les principaux acteurs de la démarche de soins, ce qui d'ailleurs c'est confirmé dans les focus group, où les anciens patients parlaient d'une prise de conscience de la nécessité de se soigner avant

laquelle l'intervention du médecin était inutile. Dans les principaux acteurs aidant à la prise en charge, le médecin traitant n'était cité en première position que dans 9% des cas, après la famille qui représente 20% des réponses.

La place du médecin traitant dans la décision d'entrer en cure était plus souvent citée en deuxième (par 16% des répondants) voire troisième position (par 38% des répondants). De même, 41% des répondants considéraient que la discussion avec leur médecin constituait le point de départ de la prise en charge.

Les autres réponses (amis, justice, entourage professionnel, les associations, ...) étaient rarement citées et n'occupaient que très rarement les deux premiers choix.

Figure n° 10

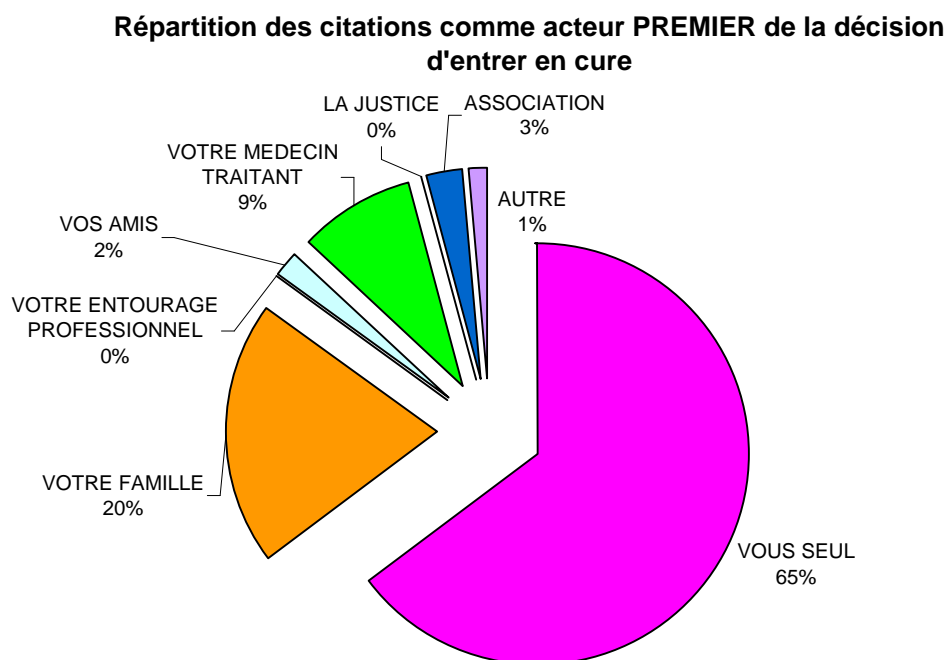


Figure n°11

**Répartition des citations de Deuxième choix comme acteur influençant sur l'entrée en cure**

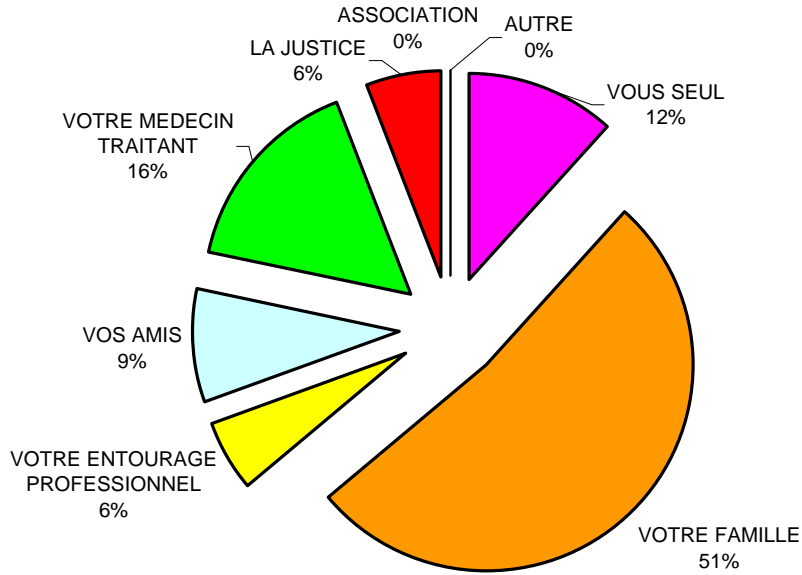
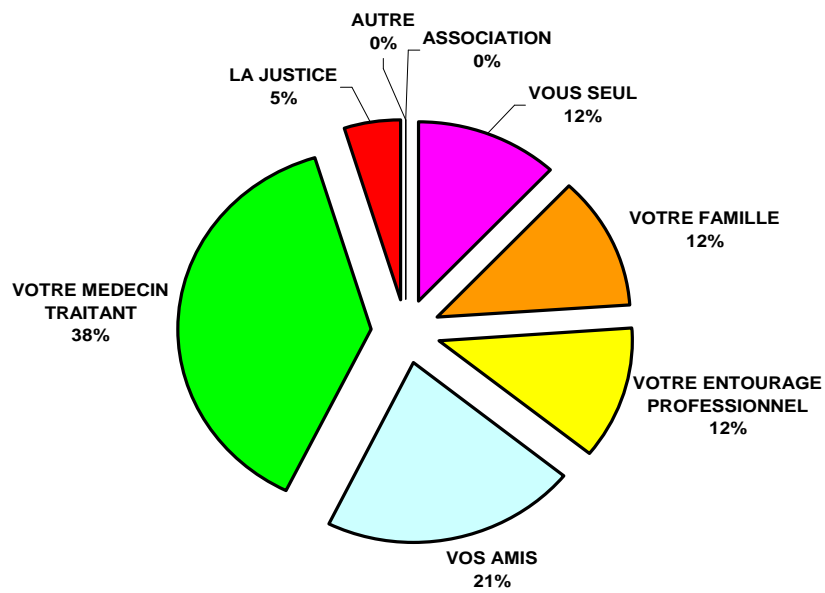


Figure n°12

**Répartition des citations comme troisième acteur influençant sur la décision d'entrer en cure**



### **3. Discussion sur le thème de l'alcool**

#### **3.1 Profil des personnes ayant eu cette discussion.**

88% des patients ayant répondu déclaraient avoir eu au moins une discussion sur le thème de l'alcool avec leur médecin.

##### **3.1.1 Age et sexe**

La comparaison des différentes classes d'âge et de sexe ne permet pas de mettre en évidence de différences significatives. L'âge ou le sexe n'influencent pas l'existence d'une discussion ou non.

##### **3.1.2 Situation familiale :**

Qu'ils vivent seuls ou en couple et qu'ils aient des enfants ou non, n'influence pas l'existence d'une discussion sur le thème de l'alcool de façon significative.

##### **3.1.3 Niveaux socio économique et socioculturel**

Le fait d'avoir une discussion avec son médecin traitant n'est pas en relation ni, avec le niveau socio économique, ni avec le niveau socioculturel.

### 3.1.4 Selon l'ancienneté de la relation

La proportion de personnes ayant eu une discussion avec son médecin généraliste différerait peu avec l'ancienneté de la relation.

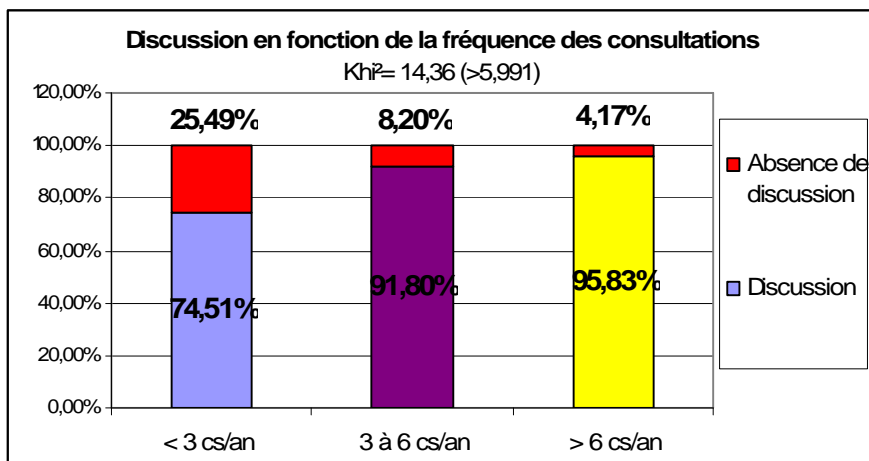
Selon le test de Khi<sup>2</sup> il n'existe pas de dépendance entre le fait d'avoir une discussion et l'ancienneté de la relation.

### 3.1.5 Selon la fréquence des consultations

En revanche, on constate une croissance progressive de la fraction qui avait eu une discussion sur le thème de l'alcool avec l'augmentation du nombre de consultations par an.

Pour les personnes se rendant occasionnellement chez leur médecin, seuls les deux tiers avaient eu une discussion sur le thème de l'alcool, alors qu'ils représentaient 90% des personnes consultant de 3 à 6 fois par an et plus de 95% des personnes consultant plus de 6 fois par an.

Figure n°13 Tenue d'une discussion en fonction de la fréquence des consultations (Khi<sup>2</sup>=14,36 >5,99 ; soit p<0,01)





### 3.1.6 Antécédent de cure

Qu'ils aient déjà bénéficié d'une prise en charge en milieu spécialisé ou non, cela ne représentait pas un paramètre favorisant la discussion sur le thème de l'alcool.

## 3.2 Initiative de la discussion

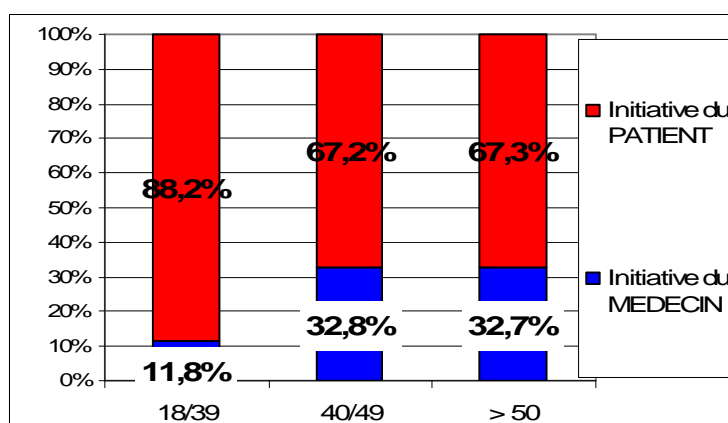
Un quart seulement des personnes ayant eu une discussion avec leur médecin traitant estimait que l'initiative venait de lui.

### 3.2.1 En fonction de l'âge

Il existait des différences dans la place de l'initiative du médecin traitant en fonction de l'âge des patients. On remarque que globalement, plus les patients avançaient en âge, plus la place de l'initiative du médecin dans l'introduction de l'alcool dans la discussion grandissait. En effet, chez les moins de 40 ans, seulement 11,8% des personnes ayant eu une discussion avec leur médecin traitant déclarait que l'initiative provient de leur médecin. Chez les 40/49 ans, cette proportion venait avoisiner les 30%. Au-delà 50 ans c'était sensiblement la même proportion que chez les 40/49 ans, qui estimait que l'initiative de la discussion est à mettre au crédit du médecin traitant.

Il semble donc que les médecins généralistes soient plus à l'aise avec les patients plus âgés pour initier une discussion sur le thème de l'alcool. (Cette différence est significative selon le test du  $\chi^2$  avec un risque d'erreur de 5%.)

**Figure n° 14** Initiative de la discussion sur le thème de l'alcool en fonction de l'âge (Khi<sup>2</sup>=7,89 >5,99 soit p=0,019)



### 3.2.2 En fonction de la fréquence des consultations

Il n'existait pas de différence dans la place de l'initiative du médecin en fonction du nombre des consultations. Qu'ils consultent rarement, régulièrement ou souvent, les patients estimaient être eux-mêmes les initiateurs de la discussion dans 3 cas sur quatre environ.

### 3.2.3 En fonction de l'ancienneté de la relation

Là encore, il n'y avait pas de rapport entre ancienneté de la relation et initiative de la discussion. Quelle que soit l'ancienneté de la relation, l'initiative de la discussion était laissée au médecin dans un quart des cas seulement.

### 3.2.4 En fonction des niveaux socio culturel ou socio économique

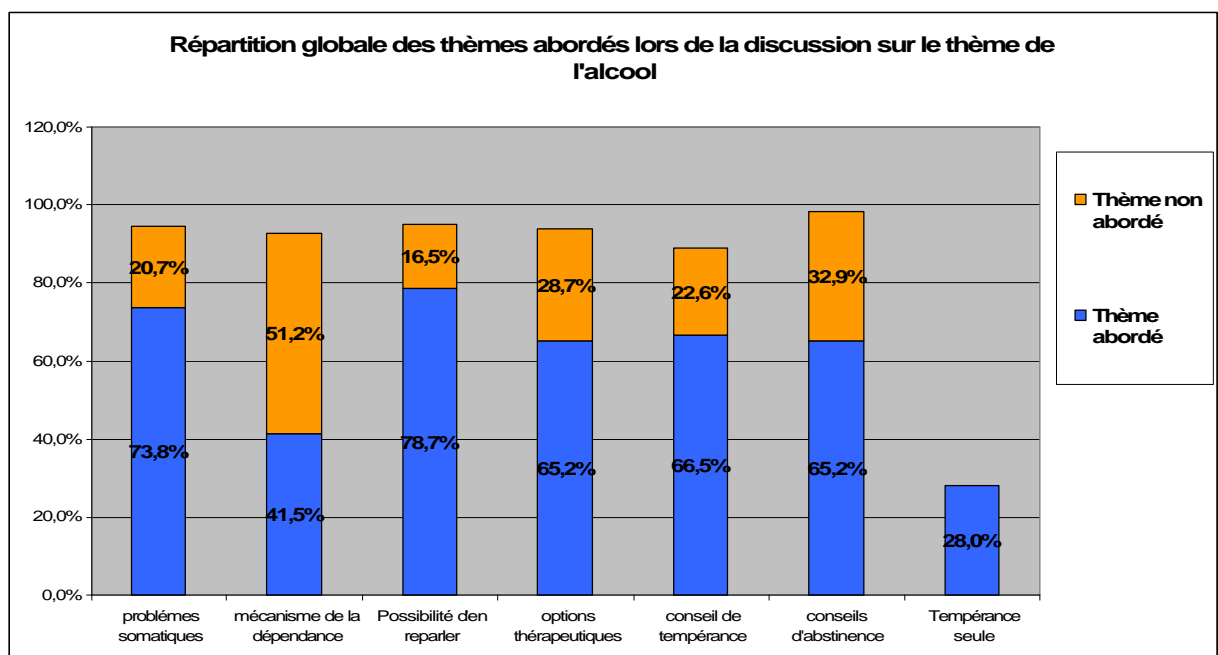
Notre étude n'a pas permis de mettre en avant de modification significative dans l'initiative de la discussion selon la catégorie socio culturelle ou socio économique.

### 3.2.5 En fonction de l'existence d'un antécédent de cure

Là encore, il n'y a pas de différence significative sur l'initiative de la discussion selon l'existence ou non d'un antécédent de cure.

### 3.3 Thèmes abordés lors de la discussion

Figure n°15 Répartition globale des thèmes abordés lors de la discussion sur le thème de l'alcool



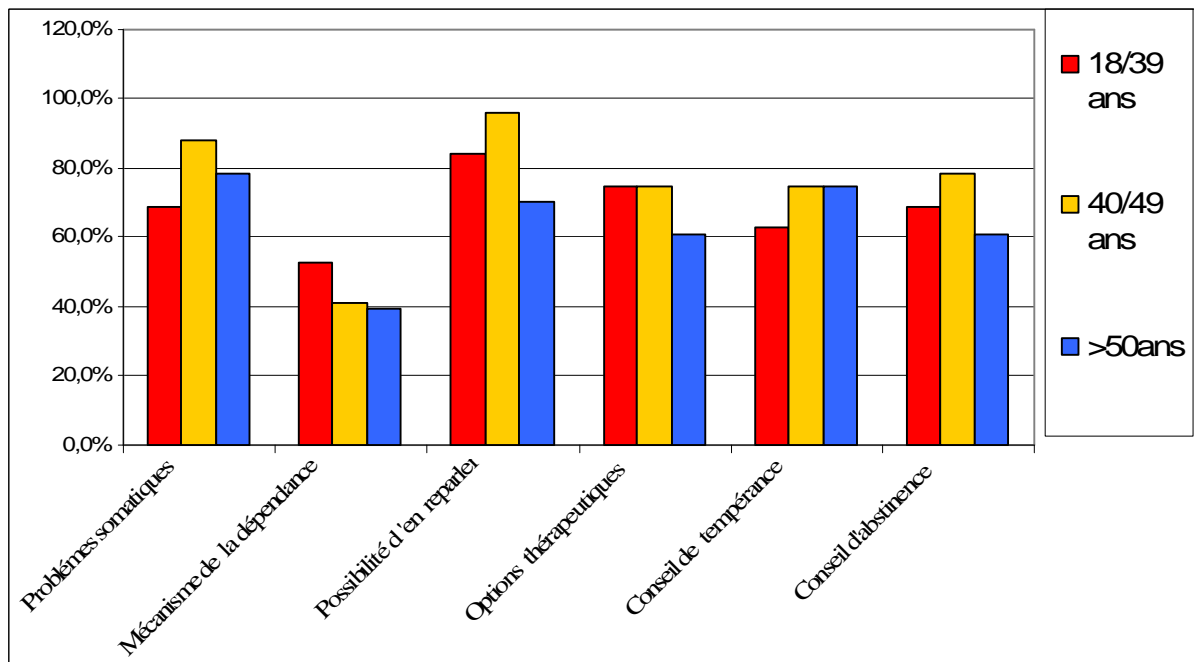
De façon générale, comme le montre la figure ci-dessus, tous les items proposés avaient été abordés plus de deux fois sur trois, à l'exception des mécanismes de la dépendance abordés moins d'une fois sur deux.

L'item le plus souvent coché par les patients était la possibilité d'en reparler, cité par 78,7% des patients qui avaient eu une discussion avec leur médecin sur le thème de l'alcool.

Par ailleurs, le conseil de tempérance était délivré isolément, c'est-à-dire non assorti du conseil d'abstinence, chez 28% des patients.

### 3.3.1 En fonction de l'âge

Figure n°16 Thèmes abordés selon l'âge

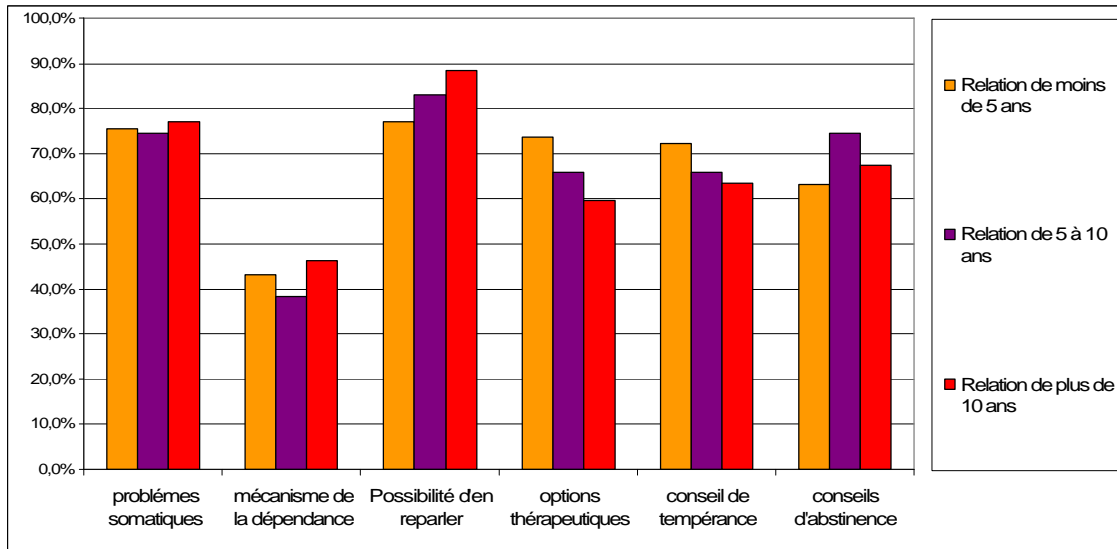


Les différents thèmes proposés étaient abordés sans différence significative en fonction des classes d'âge.

### 3.3.2 En fonction de l'ancienneté de la relation

Les sujets abordés au cours de la discussion sur le sujet de l'alcool étaient abordés de façon quasiment homogène quelle que soit l'ancienneté de la relation entre le médecin généraliste et son patient. Les tests de khi2 effectués pour chaque sujet de discussion ne permettent pas de mettre en évidence de différences significatives.

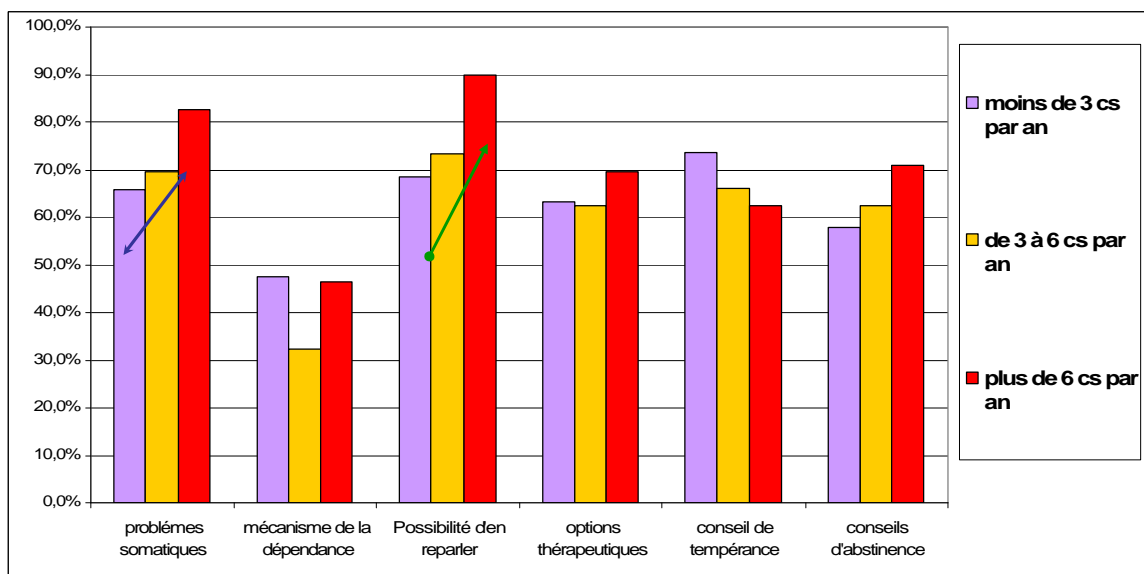
**Figure n°17** Thèmes abordés selon l'ancienneté de la relation



### 3.3.3 En fonction de la fréquence des consultations

Il existe, en fonction de la fréquence des consultations une seule différence qui apparaît significative selon le test du khi carré ; on constate que la possibilité de reparler du sujet alcool dépend de la fréquence des consultations. Plus un patient consultait régulièrement, plus il se voyait proposer d'en rediscuter avec son médecin. Cette proposition concernait moins de 70% des patients ayant eu une discussion et consultant moins de 3 fois par an, contre près de 90% de ceux qui consultaient plus de 6 fois par an.

**Figure n°18** Thèmes abordés selon la fréquence des consultations



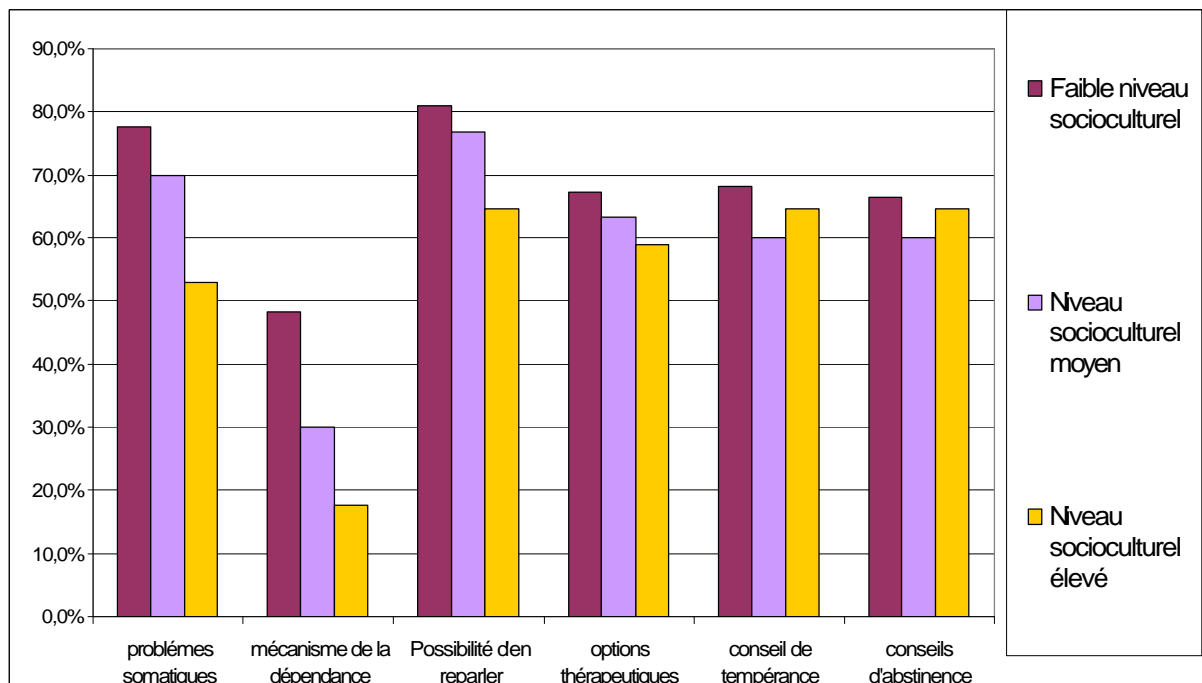
### 3.3.4 En fonction du niveau socio culturel

Des différences existent entre les différents groupes de niveau socio culturel, toutefois la faible représentation des personnes de niveau socio culturel élevé rend l'interprétation des résultats difficile.

Pourtant, concernant le thème des mécanismes de la dépendance, les résultats mettent en évidence que ce sujet a été abordé d'autant plus souvent que les personnes ont un niveau socio culturel faible. Le khi<sup>2</sup> est calculé à 7,80 pour un seuil de significativité à 5,91 au risque de 5%. Ce résultat est étonnant, il est probable qu'il y ait eu un défaut de compréhension de cet item.

Sur les thèmes des problèmes somatiques, la possibilité de poursuivre la discussion, ou les options de traitement, la tendance semblait indiquer une information moins fournie chez les personnes de rang socio culturel plus élevé sans montrer cependant de différence significative.

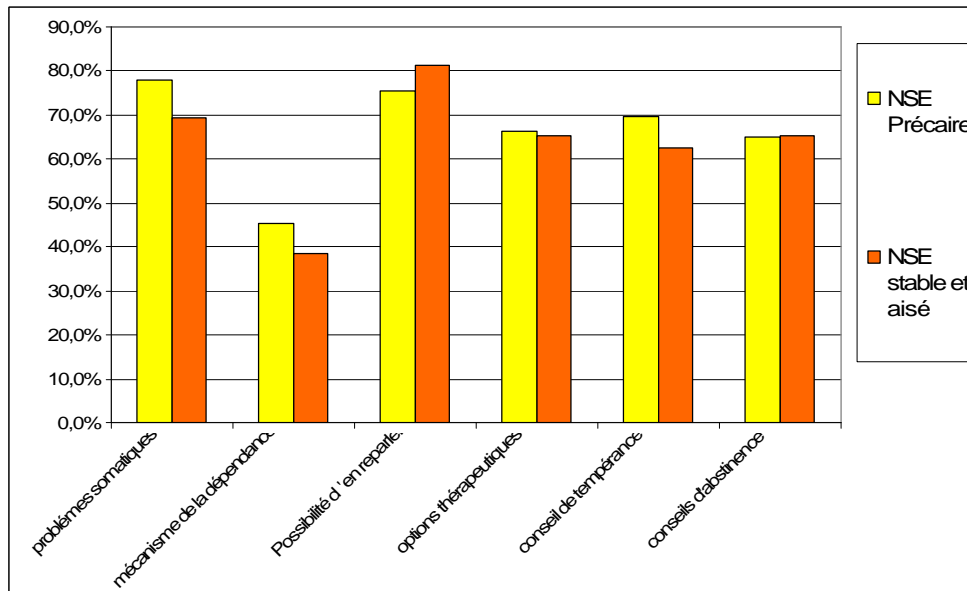
Figure n° 19 Thèmes abordés en fonction du niveau socio culturel



### 3.3.5 En fonction du niveau socio-économique

Nous n'avons pas pu mettre en évidence de différence significative concernant les thèmes abordés selon le niveau socio économique.

Figure n° 20 Thèmes abordés en fonction du Niveau socio économique



### 3.3.6 En fonction de l'existence d'un antécédent de cure

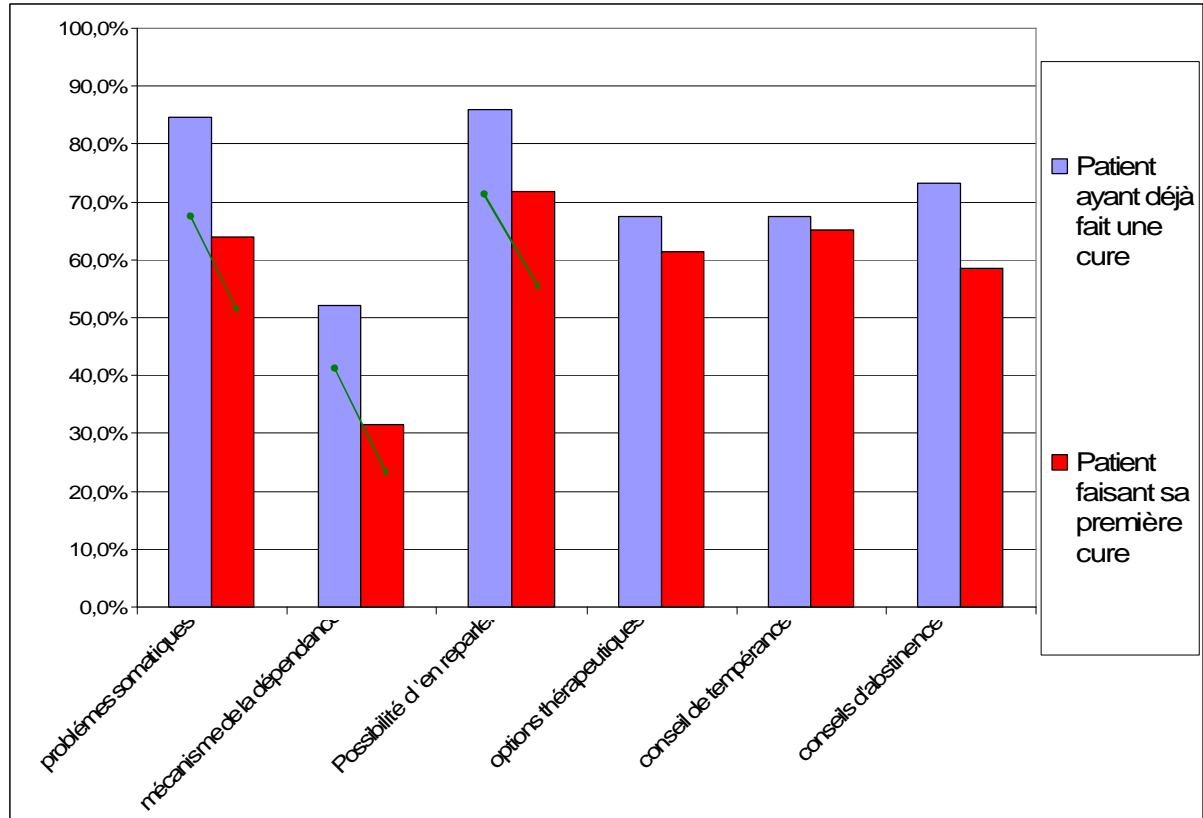
Les problèmes somatiques causés par l'alcool étaient significativement plus souvent abordés chez les personnes en rechute. 84,5% estimaient avoir reçu cette information contre 64% chez les patients dont c'était la première cure. Cette différence était significative au risque d'erreur de 5% ( $\text{Khi}^2$  à 8,20 pour un seuil à 3,84, soit  $p=0,0042$ ).

De même, les mécanismes de la dépendance étaient significativement abordés de façon plus fréquente chez les personnes en rechute, une fois sur deux, contre une fois sur trois chez les personnes dont c'est la première cure ( $\text{Khi}^2 = 5,62$  pour un seuil à 3,84, soit  $p=0,0177$ ).

La proposition d'en reparler avait été faite à 86% des patients en rechute contre 71% des personnes dont c'est la première cure ( $\text{Khi}^2 = 4,70$  pour un seuil à 3,84, soit  $p= 0,0302$ ).

Par contre les conseils d'abstinence et de tempérance sont distribués sans différence significative, qu'il y ait un antécédent de cure ou non.

Figure n° 21 Thèmes abordés en fonction de l'existence d'un antécédent de cure



### 3.4 Vécu de la discussion

86% des patients interrogés pensaient garder le même médecin après la cure et seulement 5% pensaient en changer, quand les patients avaient eu une discussion avec leur médecin.

Par contre, plusieurs commentaires laissés par les patients sur les questionnaires regrettaient soit un certain manque d'investissement (par exemple, « il me renouvelait mon ordonnance d'Aotal mais n'allait pas plus au fond des choses »), soit l'absence de discussion.



### 3.4.1 Y a-t-il eu d'autres consultations suite à la discussion ?

Dans trois cas sur quatre, les patients qui avaient eu une discussion sur le thème de l'alcool déclaraient avoir eu au moins une autre consultation avec leur médecin suite à cette discussion.

Deux facteurs favorisaient ces re-consultations après la discussion.

Le premier est la fréquence des consultations, avec 91 % pour les personnes qui consultaient plus de 6 fois par an, contre 42 % pour les personnes qui consultaient moins de 3 fois par an. ( $\chi^2=32 >5,99$  ;  $p<0,001$ ).

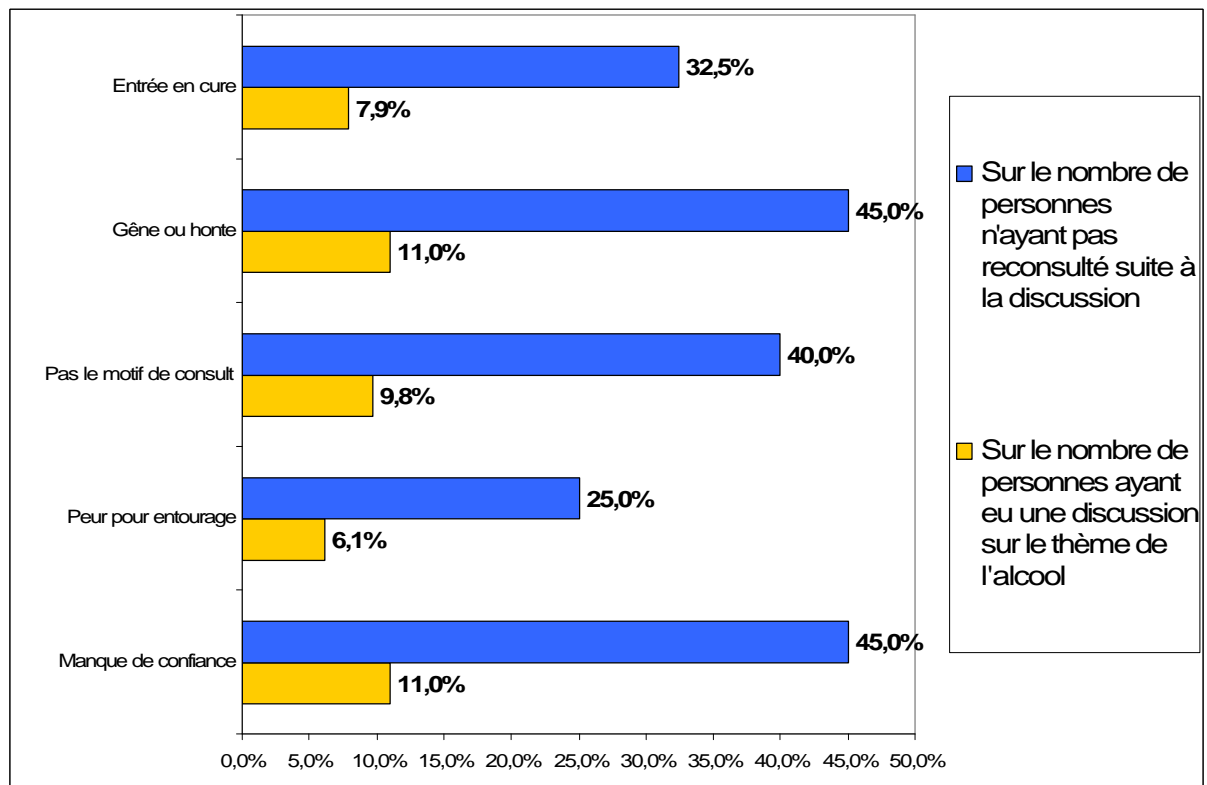
Le second facteur influençant de façon significative la re-consultation avec le médecin suite à la discussion sur le thème de l'alcool était l'ancienneté de la relation. 88,5% des personnes ayant le même médecin depuis plus de 10 ans avaient eu une consultation dans les suites de la discussion. Ils n'étaient que 61,5% quand la relation datait de moins de 5 ans et 80% quand la relation entre le médecin et son patient avait entre 5 et 10 ans. ( $\chi^2= 12,15 >5,99$  ;  $p=0,002$ ).

### 3.4.2 Analyse des motifs de l'absence de consultation après la discussion

Ce sont 40 personnes qui n'étaient pas retournées consulter leur médecin dans les suites de la discussion sur le thème de l'alcool.

La figure ci-dessous récapitule les motifs invoqués par les patients pour ne pas avoir re-consulté. Le manque de confiance dans le médecin et le sentiment de gêne ou de honte étaient les motifs les plus souvent mis en avant pour expliquer l'absence de re-consultation.

**Figure n° 22** Motifs invoqués pour expliquer l'absence de consultation suite à la discussion sur le thème de l'alcool



L'analyse des motifs de non re-consultation, en fonction des critères utilisés (âge, fréquence des consultations, ancienneté de la relation, niveaux socio économique ou culturel), n'a permis de mettre en évidence que deux différences significatives.

La première est l'augmentation du sentiment de gêne ou de honte vis-à-vis du médecin au fur et à mesure que l'ancienneté de la relation progresse.

La seconde est le prétexte de l'entrée en cure pour ne pas consulter à nouveau après la discussion qui est plus utilisé avec l'avancée en âge.

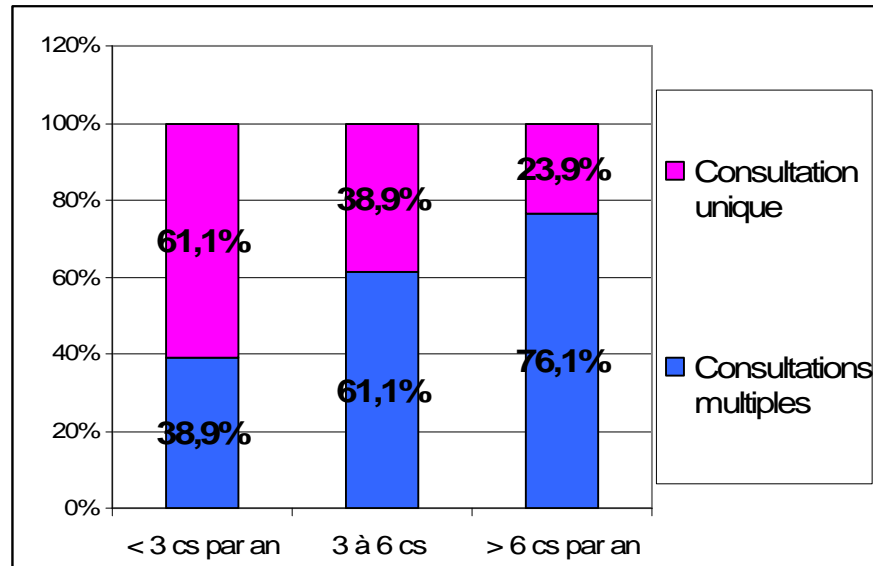
### 3.4.3 Multiplication des consultations sur le thème de l'alcool

60% des patients ayant eu une discussion avec leur médecin, avaient pu bénéficier de plusieurs consultations sur le thème de l'alcool.

Parmi les critères de comparaison, seule la fréquence des consultations influençait de façon significative la multiplication des consultations sur le thème de l'alcool.

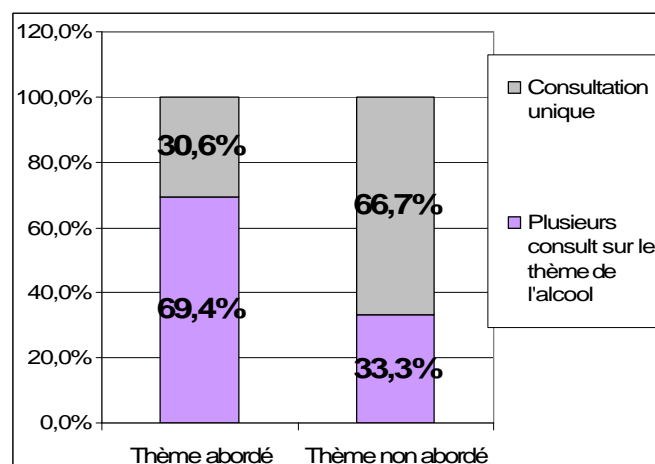
En revanche, on ne note pas de différence significative, si on considère les niveaux socio économique et culturel, l'âge ou l'ancienneté de la relation.

Figure n° 23 Multiplication des consultations sur le thème de l'alcool en fonction de la fréquence des consultations (Khi<sup>2</sup>13,86 >5,99 ; p<0,01)



Par contre, l'analyse des thèmes abordés avec la multiplication des consultations sur le thème de l'alcool, met en exergue quelques points intéressants. Ainsi, nous pouvons souligner que seul un tiers des personnes n'ayant pas été invitées à reparler de leur problème d'alcool, bénéficiaient de plusieurs consultations à ce sujet.

Figure n° 24 Multiplication des consultations si le thème « possibilité d'en reparler » abordé (Khi<sup>2</sup> 12,33 >3,84 p<0,01)



D'autre part, la multiplication des consultations sur le thème de l'alcool permettait de mieux faire passer certains messages. Ainsi, les problèmes somatiques, les mécanismes de la dépendance ou encore les possibilités de traitement, étaient significativement plus souvent abordés lorsque les consultations se répétaient.

Figure n° 25

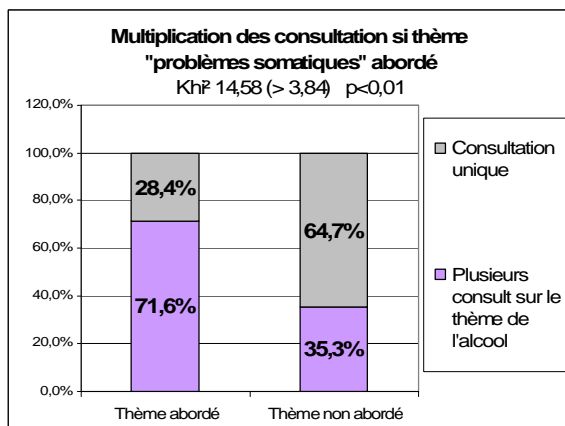


Figure n°26

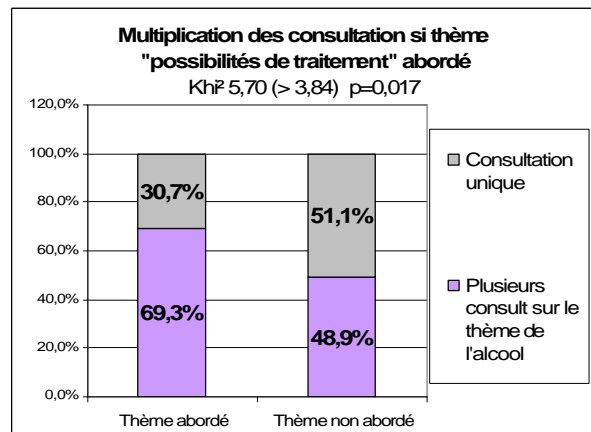
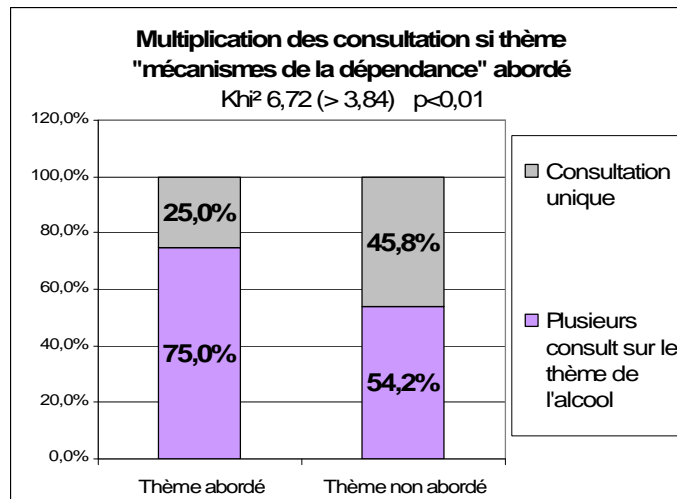


Figure n°27

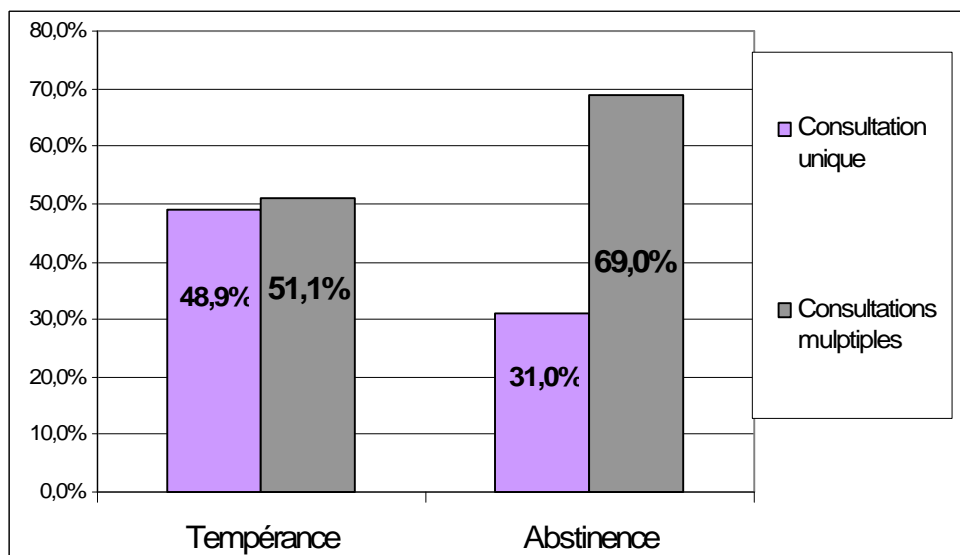


Enfin, nous avons pu mettre en évidence que lorsque le conseil de tempérance était délivré isolément, la proportion de personnes bénéficiant de plusieurs consultations sur le thème de l'alcool était significativement moins importante.

Plusieurs hypothèses : - les patients à qui on conseille la tempérance ne reconsultent pas par la suite car ils considèrent que leur médecin ne connaît pas suffisamment leur maladie ; c'est un sentiment que nous avons retrouvé dans les focus groups, mais il s'agissait de patients sevrés.

- les médecins ont du mal à délivrer le conseil d'abstinence et il leur faut plusieurs consultations sur ce sujet pour arriver à la nécessité d'arrêter complètement et définitivement l'alcool

Figure n°28 Multiplication des consultations sur le thème de l'alcool Lorsque le conseil de tempérance es délivré isolément ; comparaison avec le conseil d'abstinence  $\text{Khi}^2=4,43 < 3,84$   $p=0,035$ )

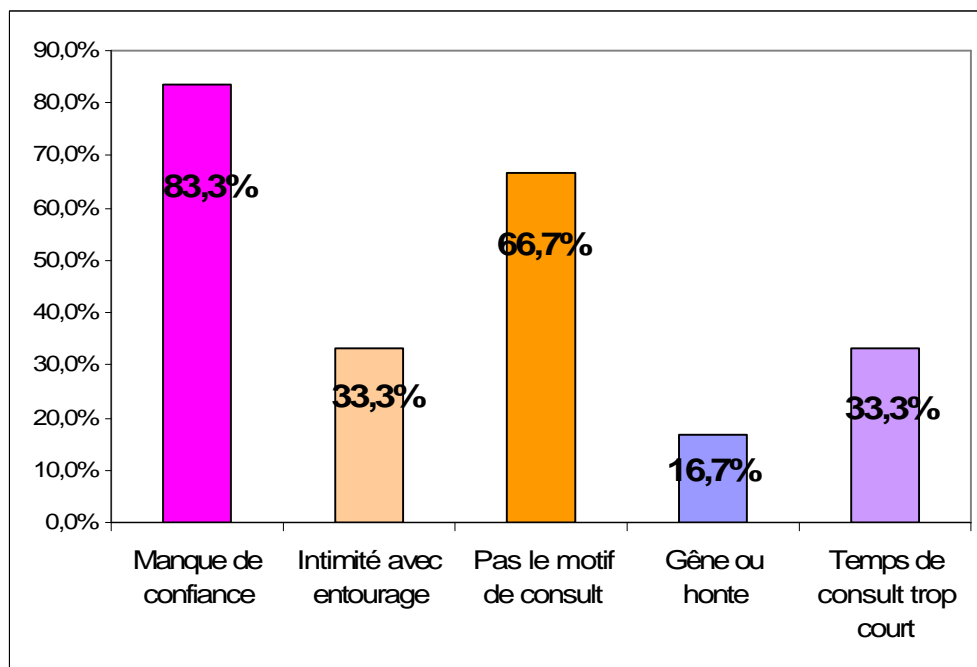


### 3.5 Analyse des motifs du refus de la discussion sur le thème de l'alcool

Seules 22 personnes déclaraient n'avoir jamais eu de discussion sur le thème de l'alcool avec leur médecin. Parmi elles, une seule s'était vu opposer le refus du médecin et six avaient toujours éludé cette discussion.

L'analyse des motifs de refus de la discussion par les patients retrouvait comme principal motif, le manque de confiance dans le praticien évoqué par 83% des répondants et le fait qu'il consultait pour un autre motif pour 66%. Toutefois il est difficile d'en tirer des conclusions du fait de la faiblesse de l'échantillon.

Figure n°29 Vue d'ensemble des motifs d refus de la discussion avec le médecin généraliste



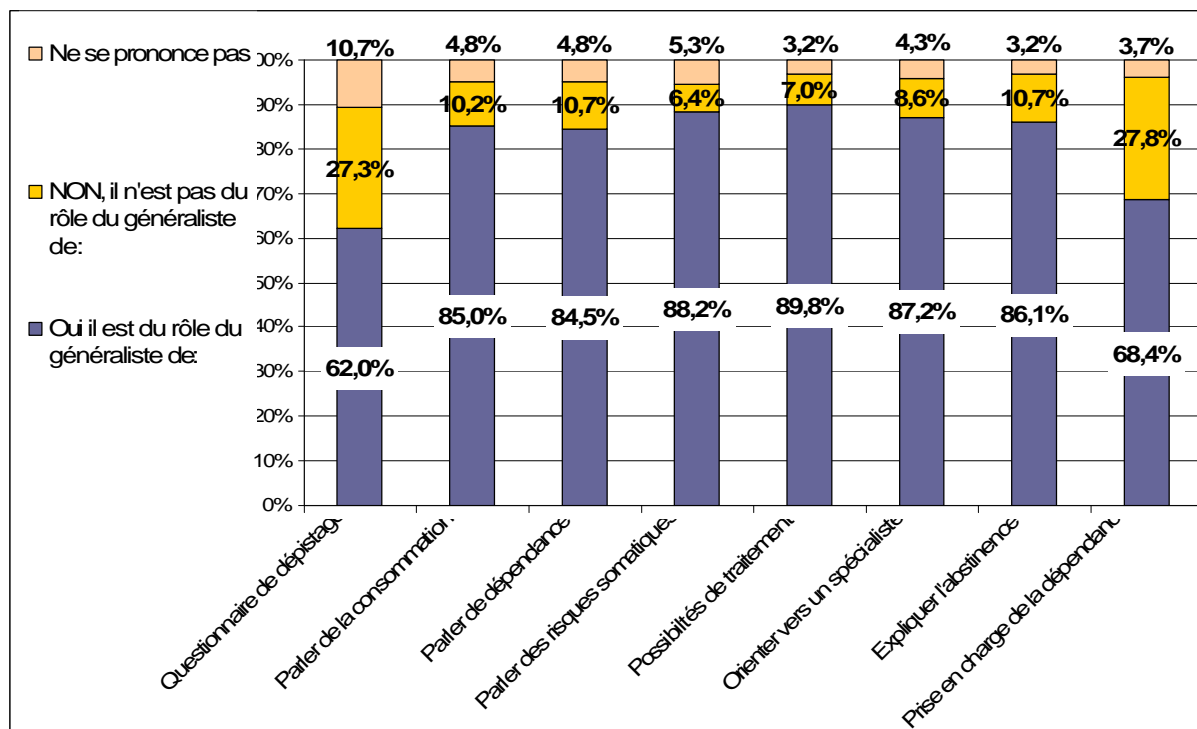
#### 4 Attentes avant la cure

Il s'agit là du thème central de ce travail. Huit propositions étaient faites aux patients avec la possibilité pour chacune, de répondre par oui ou par non.

On constate que les patients considéraient que le médecin traitant devait être impliqué dans la prise de conscience du problème d'alcool. En effet, c'étaient près de 8 personnes auditées sur 10, qui estimaient qu'il est du rôle du médecin généraliste de parler de sa consommation d'alcool au patient, de lui expliquer ce qu'est la dépendance, de lui exposer les problèmes somatiques encourus, de leur exposer les possibilités de traitement, d'orienter vers un spécialiste, d'expliquer la nécessité d'arrêter complètement et définitivement l'alcool.

Par contre, en proportion moindre, mais de façon dominante, près de 70% des patients estimaient qu'il appartient au médecin traitant de prendre en charge la maladie alcoolique ou de soumettre le patient à un questionnaire de dépistage.

Figure n° 30 Vue d'ensemble des attentes des patients avant le sevrage



Chaque proposition a été analysée de façon plus fine en fonction de plusieurs critères tels que l'âge, le sexe, l'ancienneté de la relation, la fréquence des consultations, l'existence d'un antécédent de cure, le niveau socio culturel et le niveau socio économique.

Il est à noter qu'afin de pouvoir interpréter les résultats des tests de khi carré, des regroupements de sous-classe ont dû être effectués. Ainsi nous n'avions plus que trois tranches d'âge au lieu des cinq initiales, en raison de la faible représentation des âges extrêmes (18-39 ; 40-49 ; et plus de 50 ans). De la même façon, le sous groupe de niveau socio économique aisé a été fusionné avec le groupe des personnes de niveau socio économique stable afin d'avoir un groupe de taille suffisante.

#### 4.1 Soumettre à un questionnaire de dépistage

Pour 69,5% des répondants, il appartenait au médecin généraliste de soumettre ses patients à un questionnaire de dépistage. Les tests de khi carré ne permettaient pas de mettre en évidence de différences significatives en fonction des critères choisis.

#### 4.2 Parler de sa consommation d'alcool

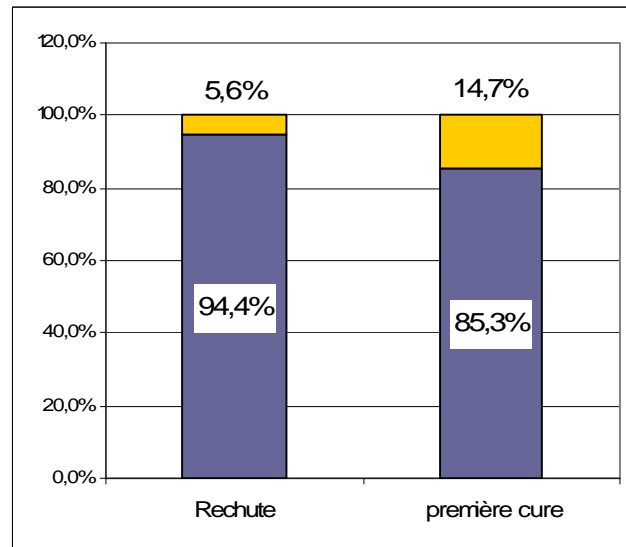
Pour ce qui concerne le fait de parler de sa consommation d'alcool, les patients admettaient à 85% qu'il s'agissait de la mission de leur médecin généraliste. Il n'existait pas en fonction de l'âge, de la fréquence des consultations, de l'ancienneté de la relation, l'existence d'un antécédent de cure, ou les niveaux socio économique et socioculturel, de différence significative.

Pourtant on s'approche du seuil de significativité pour une analyse.

On constate que les personnes qui avaient déjà bénéficié d'une cure, considèrent plus souvent qu'il est du rôle du médecin généraliste d'aborder la consommation d'alcool avec son patient (94,4% contre 85,3% soit  $p=0,0566$ ).



Figure n° 31 Parler de sa consommation d'alcool selon l'existence d'un antécédent de cure ( $\text{Khi}^2=3,63 < 3,84$   $p=0,056$ )



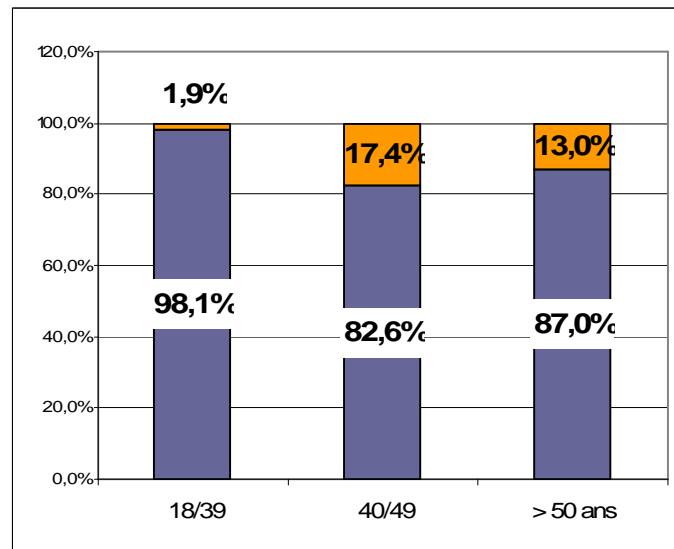
#### 4.3 Expliquer ce qu'est la dépendance

Si dans l'ensemble, près de 85% des répondants souhaitent entendre de leur médecin ce qu'est la dépendance, existaient des disparités en particulier en fonction des tranches d'âge.

Pour la tranche des 18 à 39 ans, plus de 98% des personnes qui ont répondu pensaient qu'il était du rôle du médecin généraliste d'expliquer ce qu'est la dépendance. Cette proportion atteignait tout de même 82,6% chez les 40/49 ans et 87% chez les plus de 50 ans. Cette différence était significative au risque de 5%, soit  $p=0,0234$ , permettant de conclure que l'âge avait bien une influence sur cette question là.

Pour les autres critères étudiés, les différences ne sont pas significatives.

**Figure n°32** Attentes avant la cure : Parler de dépendance selon l'âge  
 (K $\chi^2$  7,51 > 5,99 ; p=0,0234)



#### 4.4 Parler des risques somatiques

Il s'agit pour l'ensemble de la principale attente vis-à-vis du médecin généraliste puisque plus de 88% des patients estiment qu'il appartient à leur médecin de leur expliquer les risques somatiques auxquels ils s'exposent lorsqu'ils consomment de l'alcool. On ne constate pas de différences significatives quels que soient l'âge, les niveaux sociaux ou les traits de la relation avec le médecin.

#### 4.5 Exposer les possibilités de traitement

A la question, est-il du rôle de votre médecin de vous exposer les possibilités de traitement, les réponses sont quasi unanimes. Près de 90% considèrent qu'il est en effet du rôle du médecin traitant d'expliquer les possibilités de traitement.

Là non plus, les différentes sous populations étudiées n'expriment pas de réponses différentes.

#### 4.6 Orienter vers un spécialiste

Pour près de 90% des personnes ayant répondu, le médecin généraliste a pour rôle d'orienter son patient vers un médecin spécialisé, pour la prise en charge de sa maladie alcoolique. Il n'existe pas de différence significative quel que soit l'âge, l'ancienneté de la relation, la fréquence des consultations, l'existence d'un antécédent de cure ou les niveaux socio économique ou culturel.

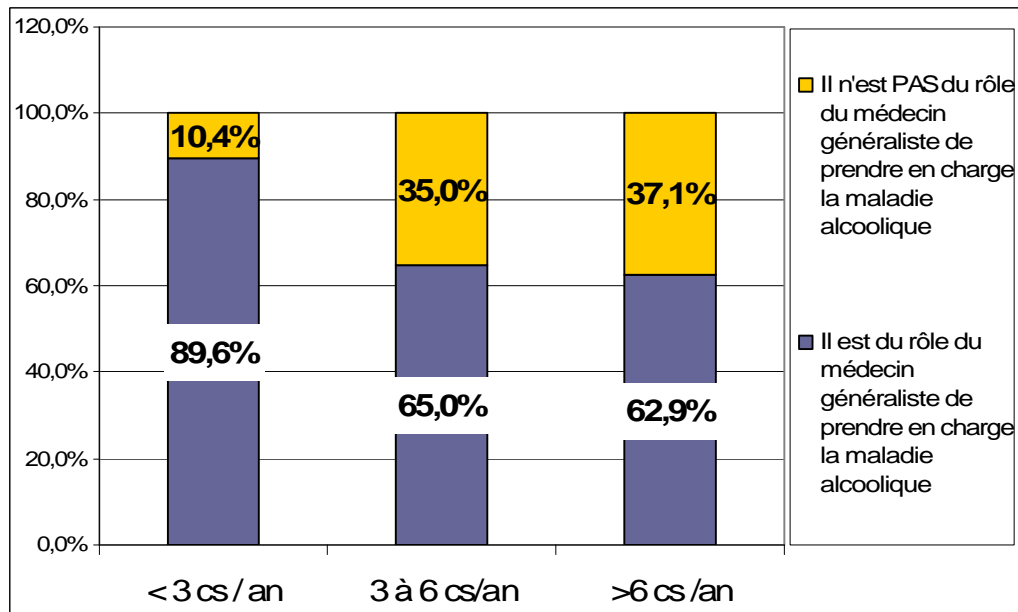
#### 4.7 Expliquer la nécessité d'arrêter complètement et définitivement l'alcool

Dans 86% des cas, les patients attendent de leur médecin qu'il leur explique la nécessité d'arrêter totalement et définitivement l'alcool. Les différents critères étudiés ne permettent pas de mettre en évidence de sous population dont l'avis différerait significativement du reste de la population.

#### 4.8 Prendre en charge sa maladie alcoolique

Dans l'ensemble, il s'agissait de la seconde proposition la moins souvent acceptée comme étant du rôle du médecin généraliste, après le fait d'être soumis à un questionnaire de dépistage. Les patients estimaient à 68,4% qu'il est du rôle du médecin généraliste de prendre en charge la maladie alcoolique. Un des facteurs analysés a une influence sur le fait que le patient considère qu'il est du rôle du médecin de prendre en charge sa maladie alcoolique. Il s'agissait de la fréquence des consultations. On se serait attendu à ce que se soient les patients consultant le plus souvent, qui considèrent comme normal le fait que le médecin prenne en charge leur maladie. Pourtant, c'est l'inverse qu'on observe. Les patients consultant moins de 3 fois par an étaient près de 90% à considérer qu'il appartient au généraliste de prendre en charge la maladie alcoolique contre autour de 65 % pour ceux qui consultaient de 3 à 6 fois par an et 62,9% pour ceux qui consultaient plus de 6 fois par an. Pour les autres critères d'analyse, il n'existait pas de différence significative.

**Figure n°33** Attentes avant la cure : « Prendre en charge la maladie alcoolique » selon la fréquence des consultations (Khi<sup>2</sup>= 11,30 > 5,99 ; p<0,01)



## **5 ATTENTES APRES LA CURE**

Trois propositions étaient faites aux patients afin de mieux comprendre quelles étaient leurs attentes, une fois sortis de cure. Les patients le souhaitant, pouvaient également insérer un commentaire.

Les propositions étaient les suivantes :

- apporter un soutien psychologique,
- renouveler le traitement médicamenteux,
- faire le lien avec les autres acteurs de leur prise en charge.

Nous nous sommes également intéressés à la confiance que les patients plaçaient dans leur médecin, en les interrogeant sur leur souhait de garder le même médecin après leur passage en centre de cure et, si ils souhaitaient que leur médecin soit informé de leur hospitalisation.

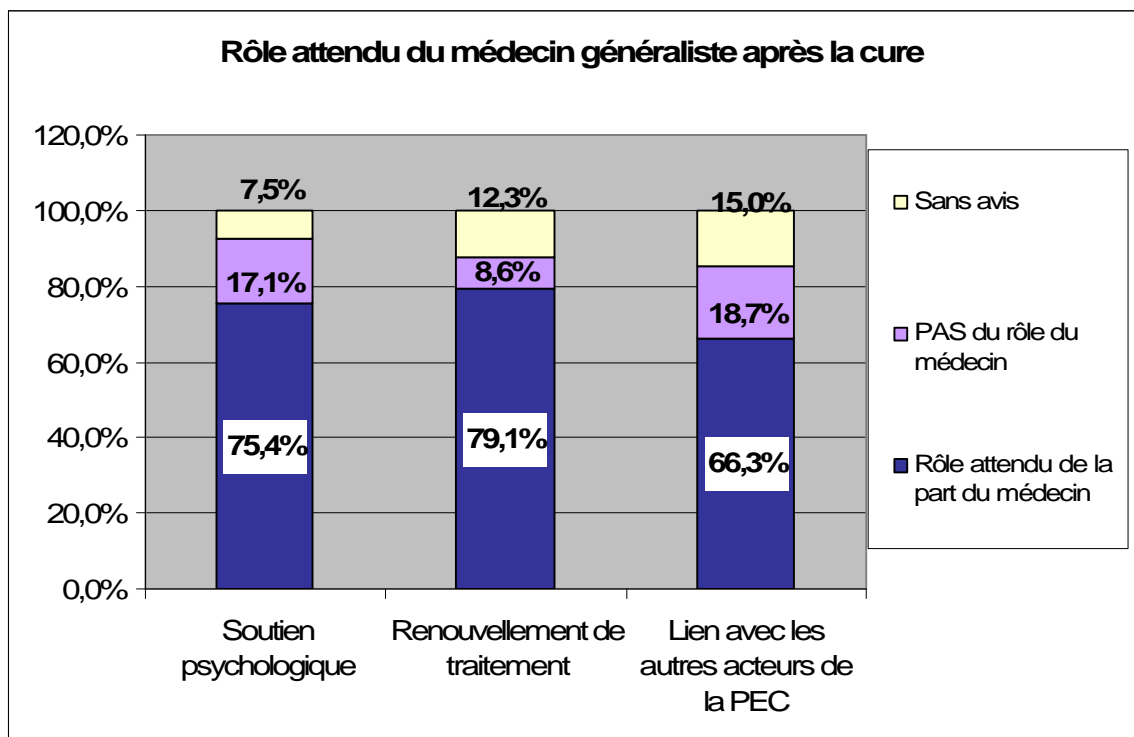
Enfin, nous les avons interrogés pour savoir s'il voyait un intérêt à avoir un contact qu'il soit téléphonique, écrit ou visuel avec leur médecin pendant la cure.

### 5.1 Rôle du médecin généraliste après la cure

Les patients accordaient une place assez systématique au médecin généraliste dans la poursuite de la prise en charge après la cure. En effet, seuls trois patients ne prêtaient aucun rôle au médecin généraliste après leur passage en cure.

Parmi les attentes des patients, le renouvellement des traitements médicamenteux était le plus souvent cité avec près de 80% de personnes qui considéraient qu'il s'agit du rôle du généraliste. Pour ce qui est du soutien psychologique, c'étaient 3 patients sur 4 qui faisaient confiance à leur médecin traitant pour jouer ce rôle. Enfin, le lien avec les autres acteurs de la prise en charge faisait partie des missions du médecin généraliste pour deux patients sur trois.

**Figure n° 34** : Vue d'ensemble des attentes vis-à-vis du médecin généraliste après le sevrage



Parmi les réponses ouvertes données à cette question, on retrouvait, à plusieurs reprises, la confiance faite au médecin traitant pour poursuivre la prise en charge. Les patients attendaient de l'écoute et de la disponibilité, mais aussi d'être interrogés sur, où ils en étaient avec leur problème d'alcool.

### 5.1.1 Soutien psychologique

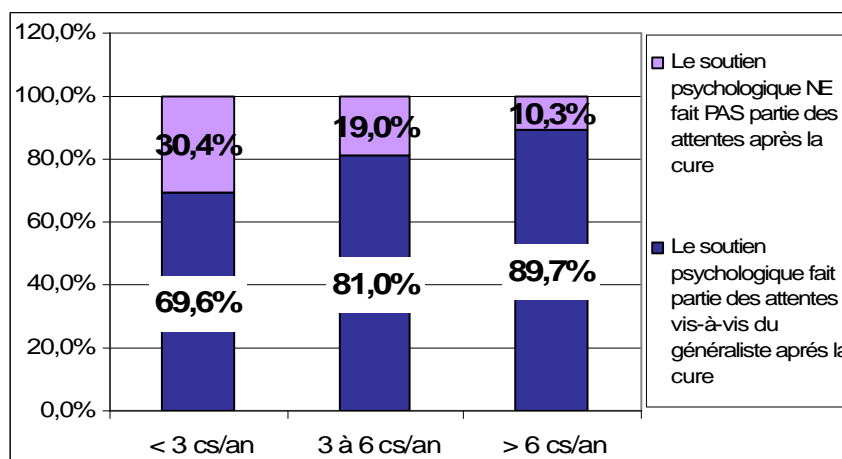
Si plus de trois personnes sur quatre ayant répondu au questionnaire considéraient que ce rôle incombe au médecin généraliste, il existait des disparités en fonction des différentes sous populations étudiées.

Ainsi les personnes consultant de façon assidue leur médecin généraliste, c'est à dire plus de 6 fois par an, étaient significativement plus nombreuses à attendre de leur médecin généraliste un soutien psychologique. Elles étaient plus de 90% contre 70% pour les personnes qui consultent moins de 6 fois par an.

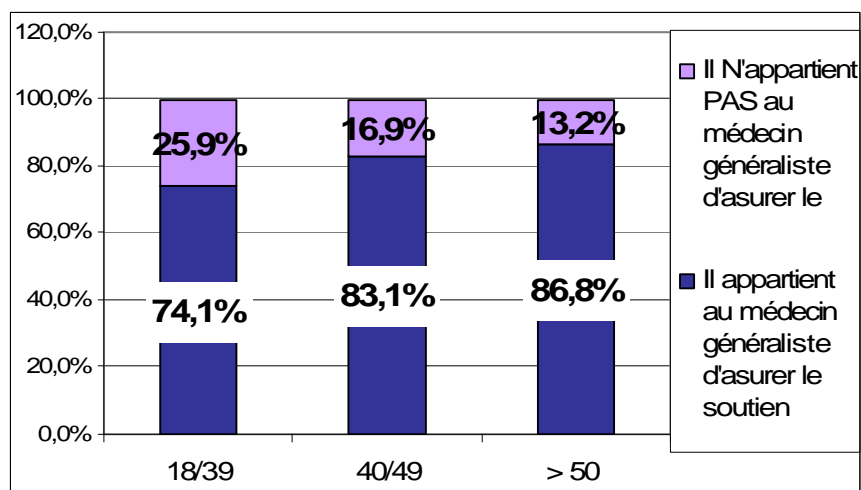
D'autre part, l'âge semblait aussi être un facteur mais la différence n'était cette fois pas significative au risque de 5%. Avec l'avancée en âge, les patients semblaient plus attendre de leur médecin ce soutien psychologique.

Pour les autres critères de comparaison, l'ancienneté de la relation, les niveaux socio économique et socio culturel, ou l'existence d'un antécédent de cure, il n'y avait pas de différence significative entre les différentes sous populations.

**Figure n°35** Attentes après le sevrage : « Soutien psychologique » selon la fréquence des consultations ( $\text{Khi}^2=7,36 >5,99$  ;  $p=0,025$ )



**Figure n°36** Attentes après le sevrage : « Soutien psychologique » selon l'âge  
 (Khi<sup>2</sup>=3,05 <5,99)

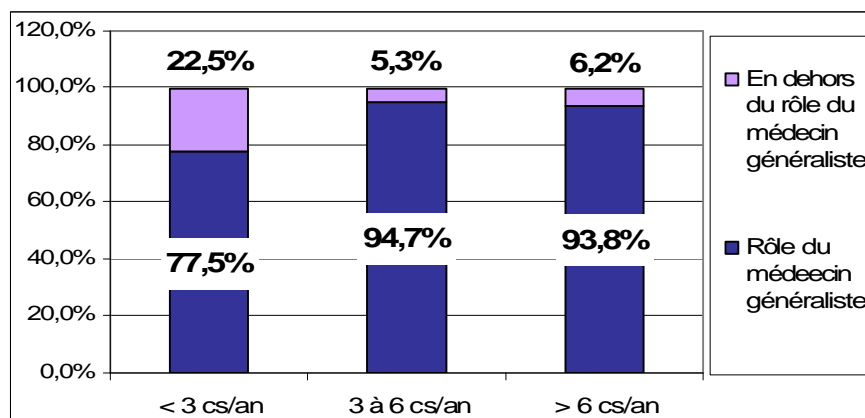


### 5.1.2 Renouvellement de traitement

La comparaison des différentes sous populations entre elles, ne permettait pas de mettre en évidence de différences significatives, sauf lorsque l'on comparait les différentes sous classes de fréquence de consultations.

Plus les patients consultaient avant la cure, plus il leur apparaissait comme appartenant à leur médecin traitant de pratiquer le renouvellement de leur médicament. Cette constatation semble toutefois logique, puisque les patients qui consultaient déjà plus de 6 fois par an le faisaient à 80% dans le cadre du renouvellement d'un traitement chronique.

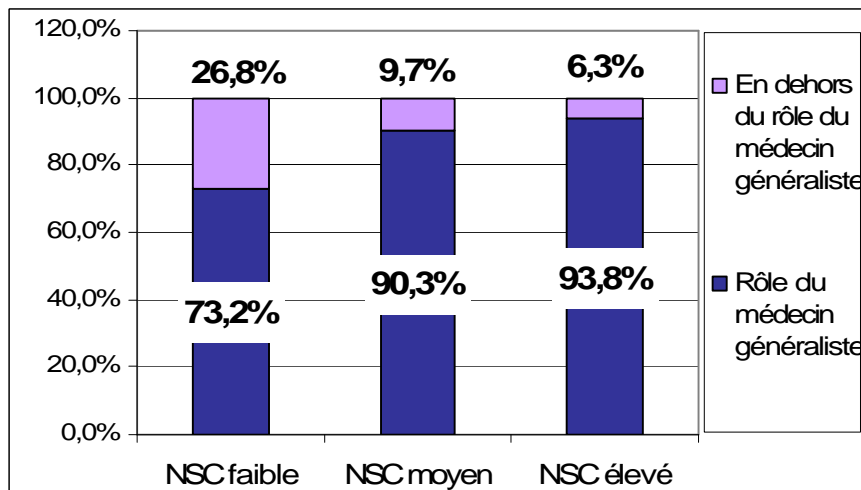
**Figure n° 37** Attentes après le sevrage : «Renouvellement des traitements » selon la fréquence des consultations (Test exacte de Fischer ; p=0,017)



### 5.1.3 Lien avec les autres acteurs de la prise en charge

Bien souvent, après une cure, le médecin généraliste ne peut assumer seul le suivi des patients sevrés. Pour les aider, les patients et leur médecin doivent faire appel à d'autres acteurs tels que les associations de malades, le médecin alcoologue ou le psychiatre qui les a pris en charge, ou les membres de l'équipe qui les a pris en charge. Le lien entre tous ces acteurs fait partie des missions du médecin généraliste, mais les patients n'ont pas tous les mêmes attentes vis-à-vis de leur médecin. Cette différence était notamment marquée et significative ( $p=0,0408$ ) en fonction du niveau socio culturel. Les personnes de niveau socio culturel faible voyaient moins ce rôle du médecin généraliste (73% considéraient qu'il était du rôle du médecin traitant de faire le lien avec les autres acteurs) que les personnes de niveau socio culturel moyen ou élevé (supérieur à 90% dans les 2 catégories).

Figure n°38 Attentes après sevrage : » Lien avec les autres acteurs de la prise en charge » selon le Niveau Socio Culturel (Test exact de Fischer  $p=0,0408$ )





## 5.2 Confiance accordée au médecin généraliste pour la suite de la prise en charge

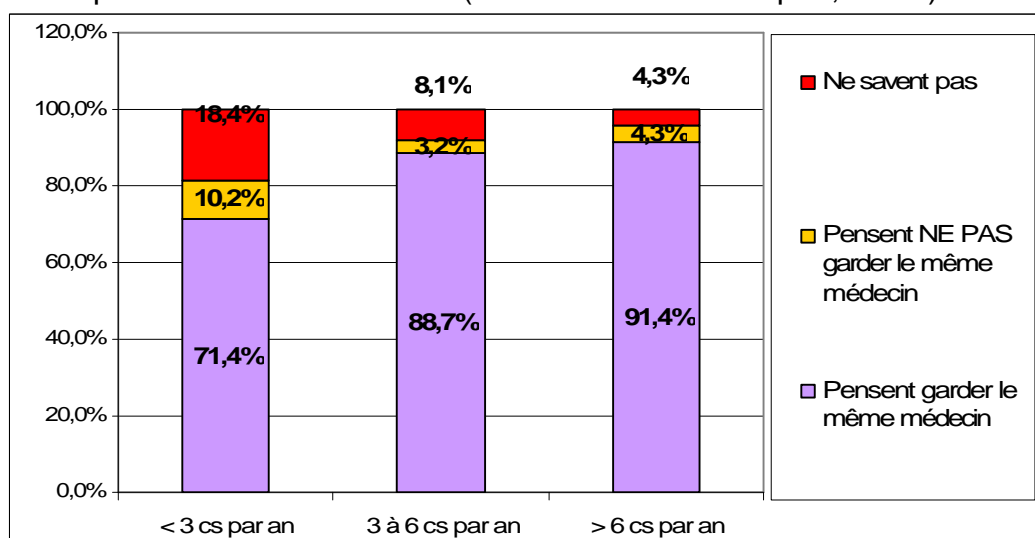
Il existait une grande confiance entre le médecin généraliste et le patient alcoolodépendant. En effet, 85,2% des personnes qui ont répondu à la question pensaient garder le même médecin après la cure, 5,5% pensaient en changer et 9,3% ne savaient pas encore.

De même, plus de 93% des patients souhaitaient que leur médecin soit informé de leur passage en cure.

Quand on affine l'analyse en comparant les différentes sous populations, on constate que l'âge, le sexe, le niveau socio culturel, le niveau socio économique ou l'ancienneté de la relation n'influençaient pas de façon significative la proportion de personnes souhaitant conserver le même médecin. En revanche, la différence était significative lorsqu'il existait un antécédent de cure ou en fonction de la fréquence des consultations.

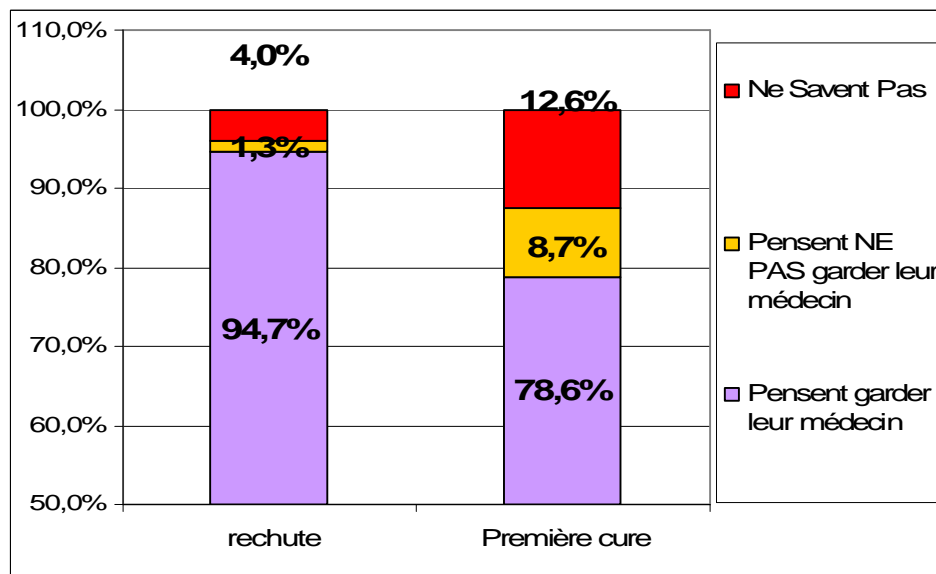
Les personnes consultant moins de 3 fois par an étaient moins susceptibles de garder le même médecin après la cure. Ils n'étaient que 71% à déclarer penser garder le même médecin contre plus de 91% pour ceux qui consultaient plus de 6 fois par an. Parmi les 29% restants, un peu plus de 10% pensaient changer de médecin et près de 20% étaient indécis.

**Figure n°39** Garder le même médecin parés le sevrage selon la fréquence des consultations (test exact de Fischer  $p=0,03757$ )



L'autre facteur influençant le choix de garder le même médecin après la cure était celui de l'existence d'un antécédent de cure. En effet, les patients qui avaient déjà fait une cure accordaient une plus grande confiance à leur médecin pour assurer le suivi après la cure.

**Figure n° 40** Garder le même médecin après l'existence d'un antécédent de cure (test exact de Fischer  $p=0,009937$ )

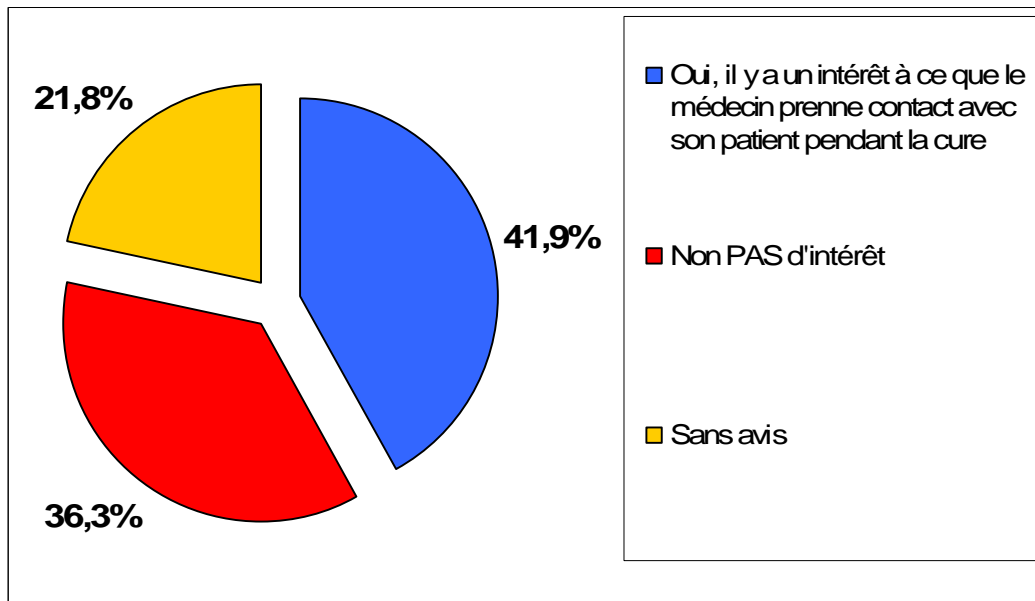


### 5.3 Intérêt d'un contact pendant la cure

Pour l'ensemble des catégories étudiées, il n'existait pas de différence significative sur l'intérêt que pourrait représenter un contact avec leur médecin pendant la cure.

42 % des personnes pensaient qu'il pourrait y avoir un intérêt, 36% pensaient qu'il n'y avait pas d'intérêt et 22% étaient sans avis sur la question.

Figure n°41 Vue d'ensemble ; Avis sur l'intérêt d'un contact pendant la cure



## 6 LES FOCUS GROUPS

Deux séances ont été menées au sein du centre d'alcoologie de la Charente, sur le temps d'un groupe de parole, organisé par l'institution. Les anciens patients du centre sont invités à y participer à leur gré. Pour nos deux séances, les participants étaient plutôt nombreux, une douzaine au premier et une quinzaine au second. Certains étaient accompagnés de membres de l'entourage.

### 6.1 FOCUS GROUP du 8 Novembre 2008

Au fil de la discussion, ont été abordés aussi bien la relation avec leur médecin depuis la sortie de cure, que leur parcours avant d'entrer en cure.

- Attentes et attitudes après la cure :

S'agissant de la place du médecin généraliste dans le suivi des patients alcoolodépendants après une cure de sevrage, deux aspects essentiels ont été mis en avant : - la gestion des situations de crise

- le suivi au long cours.

Même si la confiance dans le médecin généraliste était grande, son implication dans la prise en charge différait d'un patient à l'autre.

Concernant la gestion des situations de crise, un monsieur nous disait que, pour lui, quand il ressentait une difficulté à faire face à son abstinence, ce n'était pas son médecin traitant qu'il allait voir, mais il s'adressait directement au centre d'alcoologie, car c'est là que lui, trouvait ce qu'il cherchait, à savoir une écoute attentive. Même s'il avait « confiance et entretenait de bonnes relations avec son médecin », et que celui-ci avait connaissance de sa maladie alcoolique, ce n'était pas son interlocuteur principal lorsqu'une difficulté vis-à-vis de l'alcool se faisait ressentir. « Je trouve au centre d'alcoologie ce que je ne trouve pas chez lui » nous disait-il.

A l'opposé, une femme nous confiait que, elle, sollicitait son médecin dès qu'elle en ressentait le besoin et que celui-ci la recevait toujours très rapidement. « Je vais voir mon médecin dès que ça ne va pas » nous confiait-elle. La confiance qu'elle ressentait envers son médecin et l'écoute qu'il lui accordait, suffisaient à désamorcer certaines angoisses.

Il ressort de cette discussion que, le plus souvent, les médecins répondaient aux attentes des patients, en accordant une place importante à la maladie alcoolique et en étant réactifs face aux situations de crise. Une patiente reconnaissait d'ailleurs

que : « le fait de pouvoir avoir un entretien avec mon médecin dans la journée est très important, et marque l'importance qu'il porte à mon problème avec l'alcool ».

La réactivité et le temps accordé à la discussion et à l'écoute étaient les principaux critères de prise en charge satisfaisante retenus par les patients pour la gestion des crises.

Pour ce qui est du suivi du maintien de l'abstinence, l'avis général était que le médecin doit s'intéresser à leur situation vis-à-vis de l'alcool, mais pas nécessairement à chaque consultation, en particulier si ils consultent pour un problème précis sans rapport avec leur antécédent d'alcool dépendant. Le médecin doit être, selon eux, à même de repérer quand ils ont besoin de parler ou pas.

Si la démarche de parler de leur comportement vis-à-vis de l'alcool avec leur médecin généraliste avait parfois été une étape difficile à franchir, la plupart se sentaient tout à fait à l'aise pour exprimer leur problème avec l'alcool depuis leur sevrage.

- Attentes et attitudes avant la cure :

Même si ce n'était pas le sujet proposé initialement, beaucoup ont parlé de leur parcours avant leur hospitalisation et en particulier de la relation avec leur médecin.

Pour la plupart de ces patients, le médecin généraliste avait paru impuissant face à leur maladie. Pour les personnes qui avaient eu une discussion avec leur médecin, l'hospitalisation en cure relevait d'un « déclic », dont le déclenchement n'avait pas

été provoqué par le médecin mais plutôt par un membre de l'entourage. Le ressenti des patients était que l'envie de changer venait uniquement d'eux-mêmes, ce qui corroborait les déclarations relevées dans le questionnaire.

Selon eux, leur médecin aussi volontaire soit-il, ne pouvait leur consacrer suffisamment de temps pour les écouter et ne leur semblait pas être assez bien formé pour gérer cette situation.

Par contre, il est admis qu'il est de leur rôle d'adresser leur patient à un médecin addictologue ou à un psychiatre.

Par exemple, une femme nous raconte comment, avant sa première cure, elle était persuadée que l'alcoolisme dépendance était héréditaire parce qu'elle avait vu son père boire ainsi que ses frères. Son médecin traitant avait à plusieurs reprises essayé de discuter de son problème d'alcool mais la patiente était enfermée dans le déni, alors qu'elle faisait venir son médecin parfois plusieurs fois par semaine car elle ne pouvait se lever pour aller au travail. C'est finalement sa fille qui a fini par la persuader qu'il s'agissait d'une maladie et que par conséquent, elle pouvait se soigner.

D'autre part, les personnes présentes ont convenu qu'il était du rôle du médecin d'expliquer à l'entourage proche qu'il s'agit d'une maladie dont la prise en charge nécessite leur pleine collaboration en évitant d'employer la culpabilisation ou l'infantilisation.

Pour l'ensemble des participants, il était du rôle du généraliste de dépister la maladie et d'adresser le patient à un médecin addictologue. Il était également de son rôle d'expliquer à l'entourage ce qu'est l'alcoolisme dépendance ainsi que l'attitude à adopter. En revanche, la réalisation du sevrage était moins souvent confiée aux généralistes, qui ne leur semblaient pas suffisamment formés.

## 6.2 FOCUS GROUP du 6 Décembre 2008

Ce focus group était moins orienté sur notre sujet en raison des difficultés particulières d'un patient. Toutefois, deux points intéressants ont été soulevés au cours de la conversation :

- le médecin généraliste, d'autorité de jugement avant discussion sur leur problème alcool devenait, pour certains patients, une personne ressource.

- le sentiment du manque de formation était très répandu chez ces patients, qui regrettaient également le manque d'investissement de leur médecin (notamment l'absence de participation aux groupes de parole ou aux journées portes ouvertes organisées par le centre d'alcoologie où se sont tenus les focus group.).

La discussion avec le médecin traitant était pour plusieurs des participants, une étape cruciale, vers le sevrage. Le médecin représentait une autorité de jugement. Par son attitude face à un patient qui évoque ses difficultés vis-à-vis de l'alcool, le médecin conditionne la suite de la prise en charge. Il doit faire preuve d'empathie, et ne pas s'enfermer dans un rôle de juge.

Une patiente expliquait, « Une fois la démarche faite (d'en parler avec son médecin), il est facile d'en parler avec n'importe qui».

Pour une autre personne, c'était suite à une réprimande de son médecin, alors qu'elle était alcoolisée, qu'elle avait pris conscience de la nécessité de stopper sa consommation d'alcool. Pourtant, son médecin l'avait vue à de nombreuses reprises, alcoolisée, mais avait passé sous silence le problème de l'alcool. Le silence du médecin servait de caution à cette patiente a-t-elle expliqué. « C'est grâce à cette

remontrance que j'ai eu le déclic qui m'a permis de sortir de mon alcoolisme dépendance ». Pour cette même personne, ce médecin constituait à présent la personne ressource en ce qui concerne son passé d'alcoolisme dépendant, et, c'était vers lui que la patiente se dirigeait dès qu'elle en ressentait le besoin. Cette déclaration contredisait celles du précédent focus group où les patients avaient majoritairement exprimé le fait que le « déclic » ne venait que de eux-mêmes ou de l'entourage familial.

Plusieurs participants de ce groupe reconnaissaient ce rôle de personne ressource à leur médecin traitant. Une autre personne répondait : « ça m'est arrivé de prendre un verre de vin, mais je suis allé voir immédiatement mon médecin pour lui en parler ». Même si ce patient ne considérait pas cet acte comme problématique, il était allé chercher auprès de son médecin de l'écoute afin de surmonter cette situation, mais il n'attendait surtout pas que son médecin cautionne ce geste.

D'un autre côté il existait un sentiment de manque de formation au sujet de la prise en charge des patients alcoolisme-dépendants. Le sentiment des patients à ce sujet, venait de leur propre connaissance de la maladie alcoolique et des réponses qui leur étaient parfois faites par les médecins. C'est en particulier le cas du médecin qui donne l'aval à son patient pour « boire un verre de temps en temps ». En effet plusieurs des participants, c'étaient venus répondre que ce n'était pas grave et qu'ils pouvaient bien s'autoriser un écart. Ces paroles étaient très mal vécues par les patients, qui savaient que ce geste pouvait poser problème.

De l'avis général, apporter cette réponse à un patient qui est abstinente même depuis plusieurs années relevait d'une ignorance profonde de leur pathologie. D'ailleurs, un patient qui avait reçu cette réponse de son médecin lui a rétorqué : « tu ferais bien



d'assister de temps en temps aux groupes de paroles ou de participer aux journées de formation ».

Sur la prise en charge après le sevrage, la plupart des patients accordaient une grande place à leur médecin généraliste aussi bien dans le suivi, que dans la gestion des situations de crise. En revanche, pour la prise en charge globale de l'alcoolodépendance, les patients jugeaient que le médecin généraliste ne pouvait leur accorder suffisamment de temps et n'avait pas la formation suffisante.

# **DISCUSSION**

## 1. Population étudiée

En termes de caractéristiques sociodémographiques, la population des centres de cure pris pour référence a été comparée à celle décrite par l'ANPAA (Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie) en 2002<sup>[21]</sup> qui s'intéressait à la population des centres de cure ambulatoire en alcoologie et en addictologie. Il existe des similitudes entre ces deux populations.

On retrouve une population aux trois quarts masculine. La situation familiale était un peu plus précaire que dans les constats de l'ANPAA à savoir, 62% de célibataires contre 57% dans les centres de cure ambulatoire. On peut attribuer cette faible différence au cadre spécifique que représente l'hospitalisation par rapport à l'ambulatoire. L'absence de soutien familial est d'ailleurs un critère pour privilégier un sevrage institutionnel.

Concernant l'âge des patients audités, notre population était un peu plus âgée que celle décrite par l'ANPAA avec une moyenne d'âge à 43,9 ans contre 41 ans.

Figure n° 42 Tableau comparatif de l'âge des populations.

	Population étudiée	Population des centres de cure ambulatoire selon ANPAA 2002
< 30 ans	7%	16%
30-39 ans	22%	29%
40-49 ans	38%	32%
> 50 ans	31%	24%

Pour ce qui est du niveau socio culturel, en se référant au niveau d'étude déclaré, on obtient des répartitions relativement proches dans les 2 études. Le niveau socio culturel faible prédominait très nettement (regroupement des personnes dont le niveau d'étude est inférieur au Bac).

Pour le niveau socio économique, la comparaison est plus difficile puisque notre répartition comportait une part subjective, dans l'intégration dans l'une ou l'autre des catégories (précaire, stable ou aisé). Pourtant, la proportion de personnes dont l'activité était précaire dans l'étude de l'ANPAA correspond à 53% des consultants, assez proche de nos résultats (52,4%). Ces résultats, même si ils sont proches, ne peuvent être interprétés en l'espèce.

Enfin, nous nous sommes intéressés à l'existence d'un antécédent de cure. Dans notre étude, c'étaient 41% des patients qui avaient déjà effectué une cure, contre seulement 29 % qui avaient effectué soit un sevrage hospitalier soit une démarche ambulatoire dans l'étude de l'ANPAA.

Dans l'ensemble, la population incluse dans notre étude est relativement proche de ce qu'ont pu montrer les études antérieures et les différences observées s'expliquent facilement par le cadre spécifique que représente l'hospitalisation.

Pour les autres traits de la relation entre le médecin et son patient, l'ancienneté de la relation et la fréquence des consultations, la comparaison à d'autres études n'a pu être faite, faute de données comparables, tant pour la population alcoolo dépendante que pour la population générale.

L'ancienneté de la relation avec le médecin traitant est conditionnée par le niveau socio économique et culturel. Les personnes de faible niveau socio économique ou culturel entretenaient des relations plus récentes avec leur médecin. Toutefois notre étude ne permet pas de faire le lien entre l'alcoolisme dépendance et le fait d'entretenir une relation plus récente avec son médecin. Par contre, l'âge ne représentait pas un critère significatif dans l'ancienneté de la relation, alors qu'on aurait pu attendre que les plus âgés côtoient le même médecin depuis plus longtemps.

Il pourrait être intéressant de s'attacher aux motifs qui poussent les personnes alcooliques dépendantes à changer de médecin et en particulier l'impact d'un entretien sur l'alcool.

Sur la fréquence des consultations, les trois catégories étaient assez homogènes. L'influence d'un traitement au long cours sur la fréquence des consultations est évidente.

Notre analyse a permis de mettre en évidence une plus forte consommation de soins chez les patients de statut socio économique précaire. Cette sur consommation est à mettre en balance avec le niveau de consommation en population générale. En effet, dans son « point stat n°31 », la CNAM (caisse nationale d'assurance maladie) retrouve également une plus forte consommation de soins chez les bénéficiaires de la CMU. Toutefois, la comparaison n'est pas évidente car le rapport de la CNAM s'intéresse aux coûts des soins et nous n'avons pris en compte le régime des patients.

Enfin, sur cette question, un point a attiré notre attention. Presque un patient dépendant de moins de 40 ans sur deux suivait un traitement au long cours. Le

contenu des traitements au long cours serait intéressant à décrypter afin d'effectuer des liens avec la dépendance à l'alcool, et d'orienter les médecins généralistes pour interroger une population ciblée. On connaît déjà le lien avec l'hypertension artérielle, par exemple.

## **2. Principaux acteurs de la démarche de soins**

Les patients audités considéraient, dans leur majorité, être eux-mêmes les principaux acteurs de la démarche de soins, suivi de la famille puis de leur médecin traitant en troisième position. De la même façon, les participants des focus group ne prêtaient au médecin généraliste qu'une faible part dans la motivation à se soigner. La plupart évoque un « déclic » dont l'origine tient plus à un effort personnel qu'à l'attitude de leur médecin.

Si les médecins s'impliquent dans la délivrance d'une information (88% des patients ont reçu une information sur l'alcool, et parmi eux 75% ont même eu plusieurs consultations à ce sujet), le premier pas revenait au patient lui-même dans trois cas sur quatre et l'impact de la discussion sur la démarche de soins était modéré. Ainsi le médecin généraliste n'était que rarement considéré comme le principal acteur de la démarche de soins et la discussion ne constituait le premier temps de la prise en charge que pour 41,5% des patients.

L'étude de l'ANPAA en 2002<sup>[21]</sup> avait mis en évidence des faits similaires, à savoir un rôle faible du médecin généraliste dans l'origine de la demande de soins (8%). On pourrait expliquer ce constat par le fait que les médecins eux-mêmes éprouvent une

certaine difficulté à aborder ce sujet avec leurs patients et se sentent parfois inutiles, insuffisamment formés [16, 17, 18, 19].

Il reste donc un grand travail de formation auprès des médecins généralistes, pour qu'ils soient parfaitement à l'aise avec ce sujet. Au travers une étude de l'Observatoire français des drogues et toxicomanie (OFDT) [23], les médecins généralistes attribuent la difficulté d'aborder le sujet alcool avec le patient, plus à son supposé refus et à son attendue minimisation de sa consommation qu'à un problème d'organisation ou de compétence (manque de temps, peur d'être désarmé, ou mal rémunéré, ...). Alors que les patients, de leur côté, font toute confiance au médecin généraliste pour les interroger sur leur consommation d'alcool, comme le montre une enquête de 2004 [22] menée auprès de 1600 personnes. 90% jugeaient que le médecin généraliste était dans son rôle quand il interrogeait ses patients sur leur consommation d'alcool, et 80% estimaient qu'il était facile de parler de ce sujet. La difficulté de prendre en charge ces patients réside en partie dans cet écart de perception du problème alcool.

### **3. Discussion sur le thème de l'alcool**

La plus grande part des patients pris en charge en centre d'alcoologie (88%) avait eu une discussion avec leur médecin traitant sur le thème de l'alcool et parmi eux, 60% en avaient eues plusieurs. Ce résultat est très encourageant, et traduit l'envie de bien faire des médecins avec leurs patients alcoolo dépendants. C'est d'ailleurs ce qu'il ressortait de l'étude par auto-questionnaire menée auprès de 2301 généralistes (13), qui concluait à l'envie des médecins de s'investir plus dans la prise

en charge de l'alcool dépendance (sous la condition de ne pas être seul). Cependant, il faut nuancer cette conclusion car les patients n'attribuaient l'initiative de la discussion au médecin que dans un cas sur quatre. Et, parmi les moins de 40 ans, seul un patient sur 10 avait eu une discussion, à l'initiative de son médecin.

En ce qui concerne l'absence de discussion, seulement 6 personnes (3,2%) avaient refusé d'avoir une conversation sur l'alcool avec leur médecin. Les principaux motifs invoqués étaient, le manque de confiance dans le praticien (83%), et le fait que l'alcool ne soit pas le motif de leur consultation (66%). Les autres motifs étaient nettement moins souvent invoqués. L'échantillon ne nous a pas permis de dégager de motifs prédominants dans telle ou telle catégorie socio démographique.

On peut noter, dans notre étude, une certaine envie d'agir des médecins généralistes, mais le premier pas reste difficile à franchir. La crainte que le patient refuse cette discussion, qui selon l'OFDT serait l'une des causes les plus fréquentes de l'absence de discussion <sup>[23]</sup>, ne se justifie pas, aux vues du peu de refus de discussion déclaré par les patients. Toutefois, les focus groups nous ont appris que la discussion avec le médecin généraliste n'est entendue qu'après un « déclic » qui appartient au patient le plus souvent.

### 3.1 Pas de distinction entre les populations sur la tenue d'une discussion

Seule la fréquence des consultations influe sur la tenue de cette discussion. C'est logiquement que nous avons mis en évidence une augmentation significative du nombre de personnes ayant eu une discussion sur le thème de l'alcool lorsque le nombre de consultations annuel augmente.



En revanche l'ancienneté de la relation, les niveaux socio économique ou socio culturel, l'âge, le sexe, ou encore un précédent passage en cure ne pesaient pas significativement sur la tenue de cette discussion.

Les médecins généralistes ne semblent pas privilégier une catégorie de patients plutôt qu'une autre quand il s'agit de parler d'alcool. Par contre, ils sont moins à l'aise pour aborder ce sujet avec les patients les plus jeunes (moins de 40 ans), chez lesquels on avait seulement un patient sur 10 qui attribuait l'initiative de la discussion à son médecin.

### 3.2 Une information étoffée

En dehors des « mécanismes de la dépendance », l'ensemble des thèmes proposés dans le questionnaire ont été abordés de manière très fréquente. Les études sur ce sujet étant rares, nos résultats ont été comparés à ceux obtenus dans une thèse de 2004 <sup>[20]</sup>, qui s'intéressait au suivi des patients après un sevrage chez 35 malades. Les résultats ont été compilés dans un tableau afin de les comparer

Figure n° 43 Comparaison des thèmes abordés dans la discussion sur l'alcool

	Notre étude	Etude de 2004 (ARULNAYAGAM M)
Problèmes somatiques	74%	83%
Propositions de traitement	65%	68%
Mécanismes de la dépendance	41%	23%
Conseil de tempérance	28%	34%
Conseil d'abstinence	66%	65%

Le conseil de tempérance, délivré isolément à 28% des personnes interrogées reflète le tabou qui persiste autour du sujet alcool et particulièrement sur la nécessité d'arrêter complètement l'alcool, comme le mentionne le document de la société française de documentation et de recherche en médecine générale<sup>[16]</sup>. Les résultats du travail de 2004 révélaient des chiffres assez proches.

Le thème « mécanisme de la dépendance », est abordé de façon plus fréquente dans notre étude en raison du nombre de personnes en rechute, pour lesquelles l'information délivrée est plus complète.

L'invitation à en reparler avait été formulée à près de 78,7% des patients. Malheureusement, je n'ai pas trouvé de données permettant de comparer ce résultat à d'autres études. Toutefois, cette information montre, là encore, un certain investissement des médecins généralistes dans la prise en charge des patients dépendants.

### 3.2.1 La qualité de l'information ne dépend pas de critères socio démographiques

Aussi bien l'âge, le sexe, le niveau socio culturel, le niveau socio économique que l'ancienneté de la relation ne modifiaient pas de façon significative l'information délivrée au patient.

Par contre, la fréquence des consultations, entraînait une augmentation significative du nombre de personnes se voyant proposer d'en reparler. Si les médecins proposent souvent à leur patient de reparler de leur problème d'alcool (78%), la multiplication du nombre annuel de consultations facilite cette démarche.

### 3.2.2 Les patients en rechute reçoivent une information plus complète

Les patients en rechute ayant eu une discussion avec leur médecin sur le thème de l'alcool, bénéficient d'une information plus fournie. Notamment, les « risques somatiques liés à la consommation d'alcool » ou « les mécanismes de la dépendance » étaient significativement abordés de façon plus fréquente. De la même façon leur médecin leur proposait plus fréquemment d'en reparler.

Deux hypothèses s'offrent à nous pour expliquer cela ; soit les médecins généralistes s'investissent d'autant plus que leur patient est en rechute, ce qui viendrait contredire le sentiment évoqué d'inutilité de son intervention<sup>[16]</sup>, soit le patient sensibilisé par son passage antérieur en cure, a déjà intégré un certain nombre d'informations et le message de son médecin passe d'autant plus facilement.

### 3.3 Vécu de la discussion

Globalement, la discussion est plutôt bien vécue ; trois patients sur quatre avaient consulté après avoir eu cette discussion et 86% pensaient garder leur médecin après le sevrage. D'autre part, seulement 9,8 % ne retournaient par consulter si la discussion sur l'alcool n'était pas le motif de leur consultation.

L'ancienneté de la relation favorise l'existence d'une consultation suite à cette discussion, même si pour ces personnes connaissant leur médecin depuis plus de 10 ans, le sentiment de gêne ou de honte était plus fréquent.

### 3.3.1 Le sentiment de gêne ou de honte pour expliquer l'absence de re-consultation suite à la discussion sur le problème alcool

A peine un quart des patients n'avait pas consulté entre la discussion et leur hospitalisation. Concernant les motifs expliquant l'absence de re-consultation suite à cette discussion, le sentiment de gêne ou de honte était prédominant à score égal avec le manque de confiance dans le praticien (11% des personnes ayant eu une discussion). En troisième position, pour moins d'un patient sur 10 le fait que le sujet alcool ne constituait pas le motif de consultation, expliquait l'absence de consultation après la discussion.

Les patients ne semblent pas tenir rigueur au médecin de la conversation sur l'alcool. Ce constat vient contredire le sentiment des médecins que les patients ne veulent pas parler d'alcool et leur crainte de faire fuir le patient alcoolo dépendant ne semble pas justifiée.

### 3.3.2 La qualité de l'information fournie favorise la multiplication des consultations sur le thème de l'alcool

Les critères socio démographiques étudiés n'influencent pas de façon significative la tenue de consultations multiples sur le thème de l'alcool.

Par contre, la qualité de l'information peut avoir un impact sur la multiplication des consultations. Ainsi, quasiment 70% des personnes qui étaient invitées à reparler de leur problème d'alcool bénéficiaient de plusieurs consultations à ce sujet, contre seulement 33% quand ils n'y étaient pas invités ( $K\chi^2=12,33$  pour un seuil au risque de 5% à 3,84 ; soit  $p<0,01$ )

D'autre part, lorsque le conseil de tempérance était délivré isolément, c'est-à-dire non assorti d'un conseil d'abstinence, la proportion de personnes ayant plusieurs consultations sur le thème de l'alcool diminuait de façon significative. Cette information vient corroborer ce que les patients des focus groups nous ont mentionné, à savoir que le conseil de tempérance délivré isolément, est traduit par le patient comme un manque de connaissance de sa pathologie.

L'information du patient est donc cruciale. Elle se doit d'être complète et d'inclure systématiquement une invitation à en reparler. Le conseil d'abstinence doit absolument prévaloir sur celui de tempérance. La multiplication des consultations sur le thème de l'alcool favorise naturellement la délivrance et l'intégration des informations par les patients.

#### **4 Attentes avant la cure**

Comme notre travail constitue une approche originale de la prise en charge des patients alcoolo dépendants, il n'y a pas, à ma connaissance, de données qui permettent de comparer nos résultats.

#### 4.1 Les patients impliquent fortement le médecin généraliste dans leur prise en charge avant le sevrage

Sur les 186 questionnaires analysés, seuls quatre n'accordaient, au généraliste, aucun des huit rôles proposés, soient 2% de la population étudiée.

Pour les autres, les attentes étaient fortes et prédominaient sur le diagnostic, les explications concernant la maladie alcool et sur l'orientation vers une filière spécialisée. Toutefois, les patients confiaient aussi, à presque 70%, au médecin généraliste le rôle de prendre en charge la maladie alcoolique ; et ce chiffre est probablement sous estimé du fait que l'enquête a été menée en milieu hospitalier. Aussi, il pourrait être intéressant d'étudier les attentes d'autres patients alcoolo dépendants, qu'ils soient pris en charge en ambulatoire ou pas pris en charge du tout.

#### 4.2 Perte de confiance avec l'augmentation de la fréquence des consultations

Nous avons pu constater que plus les patients consultaient fréquemment et moins ils attribuaient au médecin le rôle de prendre en charge leur dépendance. Ce constat contraste avec les attentes après cure où les patients qui consultaient le plus souvent étaient significativement plus nombreux à attendre de leur médecin qu'il assure la psychothérapie de soutien.

Ceci nous pousse à croire que ces patients ont perdu confiance dans la capacité de leur médecin à mener le sevrage. Le sentiment d'impuissance du médecin généraliste à conduire le sevrage ou à motiver au changement, faisait également partie des remarques relevées au sein des Focus Groups.

#### 4.3 Les moins de 40 ans souhaitent se faire expliquer ce qu'est la dépendance

Avec 98% des personnes de moins de 40 ans qui ont affirmé qu'il s'agissait du rôle du médecin traitant d'expliquer ce qu'est la dépendance, contre 82% et 87% dans les autres catégories, la différence était significative ( $\chi^2=7,51$  supérieur au seuil de 5,99, soit  $p=0,0234$ ). Pourtant, étant donné la forte attente, y compris dans les classes d'âge supérieures, le médecin généraliste doit s'attacher à expliquer ce qu'est la dépendance à son patient quel que soit son âge.

#### 4.4 Les patients en rechute attendent d'être interrogés sur leur consommation d'alcool

Le fait que 94% des patients qui avaient déjà fait une cure souhaitent se voir interroger sur leur consommation d'alcool, est concordant avec les attentes des patients sevrés, rencontrés dans les focus groups. Cependant, il s'agit plus d'une attente pour après un sevrage.

Les patients attendent, dans les suites d'une cure de sevrage que leur médecin fasse le point sur où ils en sont, mais sans que ce soit systématique pour autant. Le but n'est pas de dépister une rechute mais de continuer à valoriser le patient dans le succès de son abstinence, en mettant, par exemple, en avant les améliorations obtenues.

#### 4.5 L'avis des patients sevrés ayant participé aux focus Groups

Pour les participants des focus groups, la place attendue du généraliste avant sevrage, rejoignait celle qui ressortait du questionnaire. Ils lui confient, les rôles de diagnostic ou dépistage et d'orientation vers une filière spécialisée. D'autre part, ils attribuent au médecin généraliste le rôle d'éduquer l'entourage dont l'attitude parfois culpabilisante ou infantilisante, crée des tensions au sein de la cellule familiale. Par contre, ils reconnaissent au médecin généraliste une certaine impuissance à prendre en charge leur dépendance, qui résulterait d'un manque de connaissances et de temps. Le médecin généraliste ne leur apparaissait pas comme le plus à même à prendre en charge leur dépendance. Pour eux, les généralistes se heurtent à deux problèmes en particulier :

- Le premier est la caution que le médecin généraliste accorde à son patient quand il passe sous silence le problème alcool. Mais cette situation semblait plutôt rare, dans nos focus groups.

- Le second problème, que rencontrent beaucoup plus souvent les généralistes et qui, selon les patients les empêchent de prendre en charge la dépendance à l'alcool, c'est l'absence de motivation du patient à changer. Et pour les participants des focus groups, le médecin ne peut rien pour changer cela. Il s'agit d'un « déclic » le plus souvent propre au patient ou parfois déclenché par l'entourage.

Par contre, la démarche de parler d'alcool avec leur médecin était un cap important à franchir pour pouvoir s'en ouvrir auprès d'autres personnes par la suite.



## 5 Attentes après la cure

Pour tous les patients audités, à l'exception de 3, le médecin généraliste doit tenir au moins un des 3 rôles proposés. La confiance dans le médecin généraliste ne semble pas altérée par la réalisation du sevrage en institution puisque 85% pensent continuer à consulter le même médecin et seulement 5% souhaitent en changer.

Deux des caractéristiques étudiées révèlent une augmentation significative de la confiance faite au médecin généraliste pour assurer la suite de la prise en charge :

- En premier lieu, l'existence d'un antécédent de cure ; témoignant du fait que les patients ne semblent pas attribuer à leur médecin, l'échec de leur précédent sevrage. Cette information doit encourager les médecins généralistes à s'investir, et ne plus craindre ce possible échec <sup>[16]</sup>.

- En second lieu, l'augmentation de la fréquence des consultations ; les patients consultant le plus souvent avant la cure étaient plus enclins à garder le même médecin à la sortie d'hospitalisation.

### 5.1. L'implication du médecin après une cure concerne tous les champs du suivi du maintien de l'abstinence

Le rôle le plus fréquemment prêté au généraliste reste celui du renouvellement du traitement médicamenteux. Cette mission lui était significativement plus souvent allouée si les patients consultaient déjà plus de 6 fois par an, laissant préjuger de la prise d'un traitement chronique. Dans une thèse de 2004<sup>[20]</sup>, 96% des patients attribuaient ce rôle au médecin généraliste, mais cette étude ne sollicitait que 35 patients.

Deuxièmement, le rôle d'assurer le soutien psychologique est également une attente forte après la cure. Dans notre étude, 75% des patients attendaient de leur médecin qu'il poursuive ce soutien. Ce résultat prend le contre-pied de l'étude de 2004, où 8% seulement des patients attribuaient ce rôle à leur médecin généraliste. Parmi les sous populations définies dans notre étude, seule la fréquence des consultations influence les réponses à cet item. Plus les patients consultaient avant la cure et plus ils accordent au médecin généraliste ce rôle de soutien psychologique. Alors qu'ils estiment plus souvent qu'il n'est pas du rôle de leur médecin de prendre en charge leur dépendance, les patients qui consultent assidument, voient à presque 90% dans leur médecin généraliste le bon interlocuteur pour le soutien psychologique. Cette réponse traduit probablement le manque de confiance dans le généraliste pour assurer le sevrage. Ce sentiment se retrouvait d'ailleurs dans les focus groups mais est biaisé par notre recrutement (personnes dont le sevrage a été fait en milieu hospitalier),

Troisièmement, le rôle d'assurer le lien avec les autres acteurs de sa prise en charge n'est attribué au médecin généraliste que par deux patients sur trois. Cette mission lui est moins souvent attribuée lorsque le patient présente un faible niveau socio culturel. Plusieurs hypothèses peuvent expliquer cela :

- un moindre recours aux intervenants extérieurs ;
- une grande confiance dans la capacité de leur médecin à assurer seul le maintien de l'abstinence.
- une méconnaissance de ce rôle du médecin généraliste.

Il serait intéressant de connaître le recours de ces personnes aux autres intervenants de l'alcool dépendance, tels que les centres de cure ambulatoire ou les associations d'anciens buveurs. Peut-être, pour ce type de personnes faudrait-il accentuer l'information sur les structures d'aide qui lui sont proposées.

## 5.2. Sur l'intérêt d'un contact pendant la cure, les avis divergent

Si 93% des patients audités jugent utile que leur médecin soit informé de leur hospitalisation, l'intérêt d'un contact pendant la cure fait débat. 41% y étaient favorables, 36% y étaient défavorables et 22% ne savaient quoi en penser.

L'analyse des motifs qu'invoquaient les personnes qui ne voulaient pas que leur médecin soit mis au courant de leur hospitalisation ne donne aucun résultat exploitable en raison du faible nombre de réponses. Ce sujet pourrait être exploré plus en profondeur dans une autre étude.

## 5.3. L'avis des patients sevrés participant aux focus groups

Leur avis est tout particulièrement intéressant quant à la place du médecin traitant après la cure, en raison de leur statut. Selon ces patients, l'implication du médecin est plus ou moins importante, mais pour tous, il est nécessaire que celui-ci connaisse leur passé d'alcool dépendant. La très grande majorité des patients présents dans ces focus groups avaient comme interlocuteur principal pour leur problème d'alcool, le médecin généraliste.

Le rôle du médecin généraliste s'établit à deux niveaux :

- Le premier est celui du maintien de l'abstinence. Il s'agit là d'un rôle qui lui appartient de façon unanime. Il se doit de faire le point sur où en est le patient avec sa consommation d'alcool, sans être pour autant systématique à ce sujet. Certains patients, en particulier ceux qui ont un long passé d'abstinents, regrettent que leur médecin ne s'investisse pas plus sur ce sujet, et ne participe ni aux groupes de parole, ni aux journées de rencontre proposées par les centres de cure. Ils ont le sentiment d'une formation insuffisante sur la prise en charge des problèmes de dépendance. Ils vivent en particulier très mal le fait qu'on ne leur recommande pas l'abstinence.

- Le second niveau d'attente est celui de la gestion des crises pour laquelle, le recours au médecin généraliste est moins systématique mais reste toutefois majoritaire. Les patients attendent de leur médecin dans cette situation, une écoute attentive et de la disponibilité. Il est très important pour ces patients que leur médecin réponde présent au plus tôt lorsque des difficultés se font ressentir.

## **6. Les limites de notre étude**

Il s'agit d'une étude qualitative sur les attentes des patients alcoolo dépendants vis-à-vis de leur médecin généraliste.

Le choix d'un questionnaire pose le problème du biais de déclaration. En effet, les patients pouvaient être influencés par les messages qui ont pu leur être donnés pendant leur hospitalisation.

L'échantillon choisi pose également le problème de ne pas être totalement représentatif de la population alcoolo dépendante puisque seuls les patients bénéficiant d'un sevrage hospitalier ont été inclus ; il serait tout à fait intéressant de compléter ce travail par une étude auprès des patients dont la prise en charge se fait en ambulatoire.

La taille de l'échantillon n'étant pas très importante, certaines sous populations étaient trop peu représentées pour que les tests statistiques soient interprétables, d'où les regroupements de sous-classes.

# **CONCLUSION**

Dans le problème de l'alcoolisme dépendance, la Haute Autorité de Santé, dans ses recommandations, attribue aux médecins généralistes une place primordiale tant avant qu'après le sevrage, basée sur leur proximité et leur disponibilité. Mais contrairement aux dépendances au tabac ou aux autres drogues, on observe une stagnation des prises en charge. Plusieurs études montrent que les généralistes ont du mal à aborder le problème alcool avec leurs patients. Ils pensent que ceux-ci ne veulent pas en parler ou minimiseront leur consommation. Notre étude, réalisée auprès de 199 personnes alcoolisme dépendantes prises en charge dans quatre centres de référence du Poitou-Charentes, va également dans ce sens. Si près de 9 patients sur 10 ont eu une discussion sur le thème de l'alcool avec leur médecin, celui-ci ne l'a amorcée qu'une fois sur quatre, et même à peine 1 fois sur 10 avant 40 ans. Par contre, une fois la discussion initiée, les médecins s'impliquent fortement. Ils proposent à leurs patients d'en reparler presque 8 fois sur 10 et fournissent une information plutôt complète. Dans l'ensemble, la discussion est bien vécue, et le refus de parler d'alcool est rare. Pourtant, l'impact sur la prise en charge est faible, avec seulement 9% qui estiment que leur médecin est la principale personne à les avoir poussé dans la démarche de soins.

S'il existe toujours un tabou autour de l'alcool chez les médecins, les attentes des patients sont fortes. Pour eux, le généraliste est dans son rôle lorsqu'il explique à son patient et à son entourage ce qu'est la maladie alcoolique, les risques somatiques encourus et quand il les oriente vers une filière spécialisée. Moins souvent, mais tout de même à presque 70%, ils estiment que c'est à lui de prendre en charge leur dépendance. Cependant, les patients ressentent une certaine impuissance du médecin face à leur problème.

Après le sevrage, le médecin généraliste reste très impliqué. Le renouvellement de traitement mais aussi la psychothérapie de soutien lui sont attribués plus de trois fois sur quatre. Son rôle de personne ressource, dans le suivi du maintien de l'abstinence est indiscutable, mais les patients ne souhaitent pas être interrogés systématiquement sur leur consommation d'alcool (ne pas chercher le dérapage). Dans la gestion des situations de crise, sa place est moins systématique. Si ce rôle lui est attribué, le médecin doit faire preuve de disponibilité et offrir une écoute empathique à son patient. La confiance dans le médecin généraliste est grande, trois patients sur quatre retournent consulter après discussion sur le thème de l'alcool, et plus de 85% pensent garder le même médecin après sevrage.

Notre étude met en exergue la divergence de perception du problème alcool entre les patients et les médecins. Un des enseignements de ce travail réside donc sans doute dans le fait que les patients reconnaissent un rôle à leur médecin traitant dans le dépistage et la prise en charge de leur maladie et qu'ils souhaitent que celui-ci évoque le sujet. Les médecins doivent aborder la question de la consommation d'alcool, comme il est maintenant d'usage pour le tabac d'autant que le refus d'avoir une telle discussion est rare. Notre enquête confirme la multiplicité des personnes agissant sur la décision du patient de se soigner. Le médecin n'est donc pas isolé et doit participer, par son évocation de l'alcool, à la redondance du message qui progressivement fera son chemin chez le patient.

Finalement, les attentes des patients se rapprochent de ce que recommandait la HAS en 1999 et en 2001, mais reste à convaincre les médecins généralistes qu'ils peuvent agir.



# **BIBLIOGRAPHIE**

- [1] *Consommation d'alcool ; document de la DGS consultable sur santé.gouv.fr ; 13/11/03*
- [2] LEBRUN T., SELKE B. *L'évaluation du coût social de l'alcoolisme en France*. Adsp n°46, mars 2004 : 77-80)
- [3] KOPP P., FENOGLIO P. *Le coût social des drogues licite set illicites en France ; Etude* n°22, OFDT septembre 2000
- [4] KIRITZE-TOPOR P. *Place de la FMC dans la prise en charge de l'alcoolodépendant*. Rev Prat Med Gen 2001 ; n° spécial, janvier/15-6.
- [5] HUAS D., ALLEMAND H. ET AL. *Prévalence du risque et des maladies liées à l'alcool dans la clientèle adulte du généraliste*. Rev Prat Méd Gen 1993 (203) : 39-44.
- [6] PARQUET P.-J. *Pour une politique de prévention en matière de comportements de consommation de substances psychoactives*. Vanves : CFES, coll. Dossiers techniques, 1997 : 108 p.
- [7] PARQUET P.-J. *Pour une prévention de l'usage des substances psychoactives : usage, usage nocif, dépendance*. Vanves : CFES, coll. Dossiers techniques, 1998 : 46 p.
- [8] AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'ÉVALUATION EN SANTÉ ET SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ALCOOLOGIE. *Conférence de consensus : objectifs, indications et modalités du sevrage du patient alcoolodépendant*. Texte du consensus et texte des recommandations. Paris : Anaes, 1999 : 32 p. + 12 p.
- [9] AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'ÉVALUATION EN SANTÉ ET SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ALCOOLOGIE. *Conférence de consensus : Modalités de l'accompagnement du sujet alcooldépendant après un sevrage*. Texte du consensus et texte des recommandations. Paris : Anaes, 2001 : 34 p.
- [10] KANDEL O., BOISNAULT P. *Evolution sur 10 ans de la prise en charge de 3 addictions*. Observatoire de Médecine Générale ; 2005

- [11] KANDEL O. *3 chiffres, 1 schéma et quelques idées pour optimiser le dépistage et la prise en charge des mésusages de l'alcool*. Revue du Praticien Médecine Générale. tome 16, n°587, 14/10/2002, 1408-1410p
- [12] BOUIX JC, GACHE P, RUEFF B, HUAS D. *Parler d'alcool reste un sujet tabou. Connaissances, opinions attitudes et pratiques des médecins généralistes français concernant l'alcool*. Rev Prat Med Gen 2002; 16 :1488-91.
- [13] GALLOIS P. EMERIAUD P. CHARPENTIER J-M. *Le problème « alcool » en médecine générale ; 2301 réponses à un questionnaire d'autoévaluation*. Médecine septembre 2006 : 320-324.
- [14] IREB. *Observatoire IREB 2006. Les Français et l'alcool : des connaissances parfois imparfaites mais une volonté de maîtriser les risques. Synthèse des résultats*. 2006.
- [15] MICHAUD Ph et al. *Alcool, tabac, drogue: le public fait confiance aux médecins*. Rev Prat Med Gen 2003 ; 611 : 605-8.
- [16] BIBLIOMED. *Mésusages de l'alcool : pourquoi est-il si difficile d'en parler ? Bibliomed SFDRMG Dec 2004 ; 366*.
- [17] CFES. *Baromètre santé, médecins généralistes 1998-99*. Paris : CFES ; 2000.
- [18] BOUIX JC et al. *Parler d'alcool reste un sujet tabou*. Rev Prat Med Gen 2002 ; 588 : 1488-92.
- [19] SAMUEL R, MICHAUD Ph. *Le généraliste face au risque alcool : une étude qualitative*. Prat Med Thérap 2002 ; 21 : 23-6
- [20] ARULNAYAGAM M. *Place du médecin généraliste dans le suivi de trente cinq patients malades d'alcool hospitalisés pour sevrage ; Thèse Montpellier ; 2004*.
- [21] ANPAA. *Consultants des C.C.A.A. 2002 ; 2002* [www.anpaa.asso.fr](http://www.anpaa.asso.fr) .

[22] BERTHOLET N, et al. *Efficacité de l'intervention brève*. *Alcoologie et Addictions* 2003;25 (4S):59S-63S

[23] OFDT. *Quelles sont les perceptions alcool et les pratiques RPIB des médecins généralistes AVANT la formation ?* ; [www.ofdt.fr/BDD/RPIB/result3rpib.pdf](http://www.ofdt.fr/BDD/RPIB/result3rpib.pdf)

## RESUME

En France, on estime le nombre d'alcoolos dépendants à 2 millions, et ce sont 45000 décès par an que l'on impute à l'alcool. Le médecin généraliste reste en première ligne dans le domaine du dépistage, mais aussi dans la prise en charge de cette maladie. Si nous connaissons le rôle attribué aux médecins généralistes par les recommandations de la HAS, les attentes des patients sont moins bien définies. Cette étude réalisée auprès de 199 patients pris en charge dans quatre centres de référence dans le domaine de l'alcoolologie en Poitou-Charentes, vise à définir les attentes de ces patients avant et après sevrage.

Cette étude a permis de souligner la divergence de perception du problème entre médecins et patients ; d'un côté des médecins réticents à évoquer le problème alcool et de l'autre des patients demandeurs de cette discussion, mais qui ressentent une certaine impuissance de leur médecin.

Les attentes avant sevrage concernent l'information sur la maladie alcoolique, le diagnostic et l'orientation vers un circuit spécialisé, moins souvent de s'occuper du sevrage. Après le sevrage, le médecin généraliste constitue une personne ressource pour le suivi du maintien de l'abstinence, mais se voyait également très impliqué dans la gestion des situations de crise, pour lesquelles les patients attendent une disponibilité importante et une écoute attentive. En revanche, le sentiment d'une formation insuffisante est répandu.

L'opinion des patients sur la place du médecin généraliste rejoint en grande partie la place définie par les recommandations de la Haute Autorité de Santé. Un des enseignements de ce travail réside sans doute dans le fait que les patients reconnaissent un rôle à leur médecin traitant dans le dépistage et la prise en charge de leur maladie et qu'ils souhaitent que celui-ci évoque le sujet.

MOTS CLEFS : Alcoolisme - Dépendance - Dépistage - Médecine générale - Sevrage.

## **SERMENT**

En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, 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 dans 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 le crime. 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 fidèle à mes promesses !  
Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !