



Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2024

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 25 novembre 2016)

présentée et soutenue publiquement
le 03 octobre 2024 à Poitiers
par **Maliem DELNARD**

Quels sont les freins à la prescription du Nalméfène dans la prise en charge du patient alcoolodépendant en médecine générale ?

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Mohamed JABER

Membres : Monsieur le Professeur Philippe BINDER

Madame le Docteur Marie BENETEAU

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Marc BESNIER

LISTE DES ENSEIGNANTS

Année universitaire 2024 – 2025

DEPARTEMENT DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY Marion, santé publique – **Référente égalité-diversité**
- BINET Aurélien, chirurgie infantile
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- BOULETI Claire, cardiologie
- BOURMEYSTER Nicolas, biochimie et biologie moléculaire
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie-virologie
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- COUDROY Rémi, médecine intensive-réanimation – **Assesseur 2nd cycle**
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DONATINI Gianluca, chirurgie viscérale et digestive
- DROUOT Xavier, physiologie – **Assesseur recherche**
- DUFOUR Xavier, oto-Rhino-Laryngologie – **Assesseur 2nd cycle, stages hospitaliers**
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GARCIA Rodrigue, cardiologie
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- ISAMBERT Nicolas, cancérologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- JUTANT Etienne-Marie, pneumologie
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (*en disponibilité*)
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie – **Assesseur 1^{er} cycle**
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique (*retraite 01/04/2025*)
- MIMOZ Olivier, médecine d'urgence
- NASR Nathalie, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie – **Doyen, Directeur de la section médecine**
- PELLERIN Luc, biologie cellulaire
- PERAULT-POCHAT Marie-Christine, pharmacologie clinique

- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire – **Assesseur L.AS et 1^{er} cycle**
- PERRAUD CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
- PIZZOFERRATO Anne-Cécile, gynécologie-obstétrique
- PUYADE Mathieu, médecine interne
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses (*en disponibilité 2 ans à/c 01/08/2024*)
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, gastro- entérologie, hépatologie – **Assesseur 3^e cycle**
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie – **Assesseur pédagogique médecine**
- THILLE Arnaud, médecine intensive-réanimation – **Assesseur 1^{er} cycle stages hospitaliers**
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- VENDEUVRE Tanguy, chirurgie orthopédique et traumatologique
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALLAIN Géraldine, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- ALLOUCHERY Marion, pharmacologie clinique
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (*en détachement*)
- BILAN Frédéric, génétique (*en mission jusqu'au 31/03/2025*)
- BRUNET Kévin, parasitologie et mycologie
- CAYSSIALS Emilie, hématologie (*en mission jusqu'au 31/12/2024*)
- CREMNITER Julie, bactériologie-virologie
- DAVID Romain, médecine physique et de réadaptation
- DIAZ Véronique, physiologie – **Référente relations internationales**
- EGLOFF Matthieu, histologie, embryologie et cytogénétique
- EVRARD Camille, cancérologie (*en mission 1 an à/c du 25/10/2024*)
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- GUENEZAN Jérémy, médecine d'urgence
- HARIKA-GERMANEAU Ghina, psychiatrie d'adultes
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- LAFAY-CHEBASSIER Claire, pharmacologie clinique
- LARID Guillaume, rhumatologie
- LIUU Evelyne, gériatrie – **Assesseur 1^{er} cycle stages hospitaliers**
- MARTIN Mickaël, médecine interne – **Assesseur 2nd cycle**
- MOSBAH Hélène, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- PALAZZO Paola, neurologie (*en dispo 5 ans à/c du 01/07/2020*)

- PICHON Maxime, bactériologie-virologie
- RANDRIAN Violaine, gastro-entérologie, hépatologie (*en mission jusqu'au 31/12/2024*)
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire
- VALLEE Maxime, urologie

Maître de Conférences des universités de médecine générale

- MIGNOT Stéphanie

Professeur associé des universités des disciplines médicales

- BENATRU Isabelle, neurologie
- FRAT Jean-Pierre, médecine intensive-réanimation
- LE MOAL Gwenaél, maladies infectieuses et tropicales

Professeurs associés de médecine générale

- ARCHAMBAULT Pierrick
- AUDIER Pascal
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Régis
- BONNET Christophe
- DU BREUILLAC Jean
- FORGEOT Raphaële
- JEDAT Vincent
- LUCCHESI PILLET Virginie

Enseignant contractuel sur chaire professeur junior

- MELIS Nicolas, biologie cellulaire et moléculaire

Praticiens Hospitaliers Universitaires (PHU)

- CARSUZAA Florent, oto-Rhino-Laryngologie
- RAULT Christophe, physiologie

Professeuses émérites

- BINDER Philippe, médecine générale (08/2028)
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie (08/2028)
- GIL Roger, neurologie (08/2026)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2026)
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale (08/2025)
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire (08/2028)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (08/2026)
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie (08/2026)
- NEAU Jean-Philippe, neurologie (08/2027)
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique (08/2027)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2026)
- RICHER Jean-Pierre, anatomie (08/2029)
- ROBERT René, médecine intensive-réanimation (30/11/2024)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2026)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ALLAL Joseph, thérapeutique (ex-émérite)
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)

- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CARRETIER Michel, chirurgie viscérale et digestive (ex-émérite)
- CASTEL Olivier, bactériologie-virologie ; hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- EUGENE Michel, physiologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GILBERT-DUSSARDIER Brigitte, génétique
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- HERPIN Daniel, cardiologie (ex-émérite)
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie viscérale et digestive
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (ex-émérite)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (ex-émérite)
- TOURANI Jean-Marc, oncologie
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

DEPARTEMENT DE PHARMACIE

Professeurs des universités-praticiens hospitaliers

- DUPUIS Antoine, pharmacie clinique – **Assesseur pédagogique pharmacie**
- FOUCHER Yohann, biostatistiques
- GREGOIRE Nicolas, pharmacologie et pharmacométrie
- MARCHAND Sandrine, pharmacologie, pharmacocinétique
- RAGOT Stéphanie, santé publique
- VENISSE Nicolas, chimie analytique

Professeurs des universités

- BODET Charles, microbiologie
- CARATO Pascal, chimie thérapeutique
- FAVOT-LAFORGE Laure, biologie cellulaire et moléculaire
- GUILLARD Jérôme, pharmacochimie
- IMBERT Christine, parasitologie et mycologie médicale
- OLIVIER Jean-Christophe, pharmacie galénique, biopharmacie et pharmacie industrielle – **réfèrent relations internationales**
- PAGE Guylène, biologie cellulaire, biothérapeutiques
- PAIN Stéphanie, toxicologie
- SARROUILHE Denis, physiologie humaine – **Directeur du département de pharmacie**

Maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers

- BARRA Anne, immuno-hématologie
- BINSON Guillaume, pharmacie clinique – **encadrement stages hospitaliers**
- CAMBIEN Guillaume, santé publique, épidémiologie
- THEVENOT Sarah, hygiène, hydrologie et environnement – **encadrement stages hospitaliers**

Maîtres de conférences

- ARANZANA CLIMENT Vincent, pharmacologie
- BARRIER Laurence, biochimie générale et clinique
- BON Delphine, biophysique
- BRILLAULT Julien, pharmacocinétique, biopharmacie
- BUYCK Julien, microbiologie (HDR)
- CHAUZY Alexia, pharmacologie fondamentale et thérapeutique
- DEBORDE-DELAGE Marie, chimie analytique
- DELAGE Jacques, biomathématiques, biophysique
- GIRARDOT Marion, biologie végétale et pharmacognosie
- INGRAND Sabrina, toxicologie
- MARIVINGT-MOUNIR Cécile, pharmacochimie (HDR)
- MOLINA PENA Rodolfo, pharmacie galénique
- PINET Caroline, physiologie, anatomie humaine
- RIOUX-BILAN Agnès, biochimie – **Référente CNAES – Responsable du dispositif COME'in – Référente égalité-diversité**
- TEWES Frédéric, chimie et pharmacotechnie (HDR)
- THOREAU Vincent, biologie cellulaire et moléculaire
- WAHL Anne, phytothérapie, herborisation, aromathérapie

Maîtres de conférences associés - officine

- DELOFFRE Clément, pharmacien
- ELIOT Guillaume, pharmacien
- HOUNKANLIN Lydwin, pharmacien

Enseignants contractuels en pratique officinale et soins primaires – DEUST PTP

- CHASSERIAU Jacques, pharmacien
- VALET Maud, pharmacien

A.T.E.R. (attaché temporaire d'enseignement et de recherche)

- AUPY Thomas, toxicologie

Professeur émérite

- COUET William, pharmacie clinique (08/2028)
- FAUCONNEAU Bernard, toxicologie (08/2029)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- BARTHES Danièle, chimie analytique (directrice honoraire)
- BRISSON Anne-Marie, chimie thérapeutique-pharmacocinétique
- COURTOIS Philippe, pharmacie clinique-pharmacodynamie (directeur honoraire)
- DE SCHEEMAER Henri, botanique et cryptogamie
- FOURTILLAN Jean-Bernard, pharmacologie et pharmacocinétique
- GIRAUD Jean-Jacques, chimie analytique
- GUERIN René, biophysique
- HERISSE Jacques, biologie moléculaire
- HUSSAIN Didja, pharmacie galénique
- JANVIER Blandine, bactériologie, virologie et parasitologie
- JOUANNETAUD Marie-Paule, chimie thérapeutique (directrice honoraire)
- LEVESQUE Joël, pharmacognosie
- MAISSIAT Renée, biologie cellulaire et moléculaire
- METTEY Yvette, chimie organique
- PARIAT Claudine, pharmacodynamie
- RABOUAN Sylvie, chimie physique, chimie analytique
- SEGUIN François, biophysique, biomathématiques (directeur honoraire)
- VANTELON Nadine, biochimie
- VIOSSAT Bernard, chimie générale et minérale

DEPARTEMENT D'ODONTOLOGIE

Professeur associé des universités des disciplines odontologiques

- FLORENTIN Franck, réhabilitation orale

CENTRE DE FORMATION UNIVERSITAIRE EN ORTHOPHONIE (C.F.U.O.)

- GICQUEL Ludovic, PU-PH, **directeur du C.F.U.O.**
- VERON-DELOR Lauriane, maître de conférences en psychologie

ENSEIGNEMENT DE L'ANGLAIS

- DEBAIL Didier, professeur certifié

CORRESPONDANTS HANDICAP

- PERDRISOT Rémy, département de médecine
- RIOUX-BILAN Agnès, département de pharmacie

Sommaire

Table des tableaux et figures	6
Introduction	7
Matériel et méthodes	9
1.Choix de la méthode	9
2.Choix de la population et recrutement	9
3. Guide d’entretien	9
4. Collecte d’information et méthode d’analyse	9
Résultats	10
1. Description de l’échantillon	10
2. Analyse thématique des entretiens individuels	11
2.1 L’alcool, un sujet tabou et complexe à aborder avec les patients	12
2.2 Freins à la prise en charge optimale des patients par les médecins généralistes	14
2.3 Traitement de l’alcoolodépendance	18
Discussion	22
1.Discussion des résultats	22
2.Forces et limites de l’étude	26
3.Perspectives	27
Conclusion	29
Références bibliographiques	30
Annexes	34

Table des tableaux et figures

Tableau 1 - Profil des médecins généralistes interrogés.....	10
Tableau 2 – Thématiques et sous-thématiques issues de l’analyse thématique des entretiens.....	11
Figure 1 - Modèle explicatif des freins à la prescription du Nalméfène.....	22
Figure 2 – Fiche synthétique à proposer aux médecins généralistes dans le cas d’un objectif de réduction d’une consommation d’alcool par le Selincro®.....	28

LISTE DES ABREVIATIONS

AUDIT: Alcohol Use Disorders Test

CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

FACE: Fast Alcohol Consumption Evaluation

HAS : Haute Autorité de Santé

MG : Médecin Généraliste

MILDECA : Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives

OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Tendances addictives

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SFA : Société Française d'Alcoologie

Introduction

En France, on estime à 2 millions le nombre d'alcoolodépendants. Cette maladie chronique n'est pas sans risque : 11 % des décès chez les hommes et 4 % des décès chez les femmes sont estimés être attribuables à l'alcool. Parmi ceux-là, on retrouve des décès liés aux cancers, des maladies cardio-vasculaires, des maladies digestives (cirrhoses, autres maladies du foie et du pancréas, etc.), des causes externes (accidents de la route, suicides, etc.) et des troubles mentaux ou du comportement⁽¹⁾.

Pour la prise en charge du sevrage alcoolique, un arsenal thérapeutique médicamenteux existe^(2,3), en plus des interventions psycho-sociales. Cependant, comme le révèle une enquête publiée par la DREES⁽⁴⁾ menée en 2019-2020, un traitement médicamenteux est seulement proposé « la plupart du temps » par 16 à 23 % des médecins généralistes en cas de signes de dépendance à l'alcool et 6 à 7 % en l'absence de signes de dépendance. On estime donc que moins de 10% des patients alcoolodépendants sont traités.⁽³⁾

Pendant longtemps, la solution proposée était l'abstinence⁽⁵⁾. Mais pour certains patients, l'abstinence présente de nombreux obstacles qu'ils ne sont pas forcément prêts à surmonter. La consommation contrôlée devient donc une option plus acceptable et plus facile à mettre en place^(6,7). De récentes études ont démontrées qu'une réduction de la consommation est tout aussi envisageable pour améliorer la qualité de vie du patient⁽⁸⁾ mais aussi en termes de morbidité et de mortalité⁽⁹⁾.

Au cours des dernières années, deux approches médicamenteuses offrent la réduction de la consommation en tant qu'option alternative à l'abstinence : le Baclofène et le Nalméfène.

Le Nalméfène est le premier médicament autorisé sur le marché depuis 2013 pour réduire la consommation d'alcool chez les alcoolodépendants avec une consommation > 60 g/jour pour les hommes et > 40 g/jour pour les femmes. Il est accessible et remboursé par l'Assurance Maladie. Une étude française de 2021⁽¹⁰⁾ nous montre que dans la pratique courante, le Nalméfène est généralement bien toléré et efficace⁽¹¹⁾ pour réduire la consommation moyenne de plus de 40g/j et une diminution du nombre de jours

de forte consommation d'alcool ^(12,13). Une autre étude menée dans plusieurs pays européens met en évidence une diminution de la mortalité de 8% ⁽¹⁴⁾ avec en conséquence une meilleure efficacité sur le long terme comme nous le confirme une nouvelle méta-analyse publiée en janvier 2024 ⁽¹⁵⁾.

L'objectif de cette étude est donc de mieux appréhender les freins à la prescription du Nalméfène (Selincro®) par les médecins généralistes.

Matériel et méthodes

1. Choix de la méthode

Nous avons choisi de mener une étude qualitative pour répondre au mieux à notre question de recherche à l'aide d'entretiens semi-dirigés réalisés entre juin 2023 et janvier 2024. L'approche méthodologique par théorisation ancrée a été utilisée.

2. Choix de la population et recrutement

Les entretiens individuels ont été effectués auprès de médecins généralistes volontaires et installés en cabinet de médecine générale dans la Vienne, dans différents lieux géographiques : zone rurale, semi-urbaine et urbaine.

Les médecins généralistes remplaçants et les médecins spécialistes ont été exclus.

Certains participants recrutés étaient des médecins connus par l'enquêtrice à la suite de stages universitaires ou à la suite de remplacement dans leur cabinet de médecine générale. Par la suite, la méthode d'échantillonnage en boule de neige a été utilisée. Les participants ont tous été contactés par téléphone, par mail ou par SMS.

3. Guide d'entretien

Le guide d'entretien élaboré est disponible en annexe (cf. Annexe 1).

4. Collecte d'information et méthode d'analyse

Nous avons laissé aux médecins généralistes participants le choix de la date et du lieu de l'entretien. La majorité des entretiens se sont ainsi déroulés au sein de leur cabinet. Cette étude faisant partie d'une étude sur les pratiques professionnelles, le respect du protocole proposé par le délégué à la protection des données a été appliqué.

Les données concernant la durée d'installation, l'âge et les formations ou diplômes éventuels ont été recueillis en début d'entretien, hors enregistrement.

Les entretiens ont été enregistrés par dictaphone puis retranscrits intégralement en utilisant le logiciel de traitement de texte Word®. Le recueil de données a été mené jusqu'à saturation des données. Les verbatims ont été anonymisés et renommés selon l'ordre chronologique des entretiens, de MG1 à MG10, le terme MG faisant référence à « médecin généraliste ».

Résultats

1. Description de l'échantillon

Au total, dix entretiens ont été réalisés. La durée moyenne de ces entretiens est de 15 minutes, l'entretien le plus long court ayant duré 8 minutes 45, contre 34 minutes 44 pour l'entretien le plus long.

L'échantillon comprend autant d'hommes (n=5) que de femmes (n=5). La moyenne d'âge de la population étudiée est de 42,6 ans. En 2022, la moyenne d'âge des médecins de la Vienne était de 46,7 ans et 51% étaient des femmes. 60% des médecins interrogés exerçaient en milieu urbain, 30% en zone semi-rural et 10 % en zone rurale. 4 participants sont installés depuis moins de 2 ans, 2 participants sont installés depuis 2 à 10 ans et 4 participants sont installés depuis plus de 10 ans. Le tableau ci-dessus récapitule l'ensemble de ces informations.

Tableau 1 - Profil des médecins généralistes interrogés

Participant	Sexe	Âge	Type d'exercice	Ancienneté	Formation en addictologie	Nombre de patients suivis pour sevrage
MG1	Homme	35	Urbain	8 mois	Non	4
MG2	Femme	35	Rural	5 ans	Non	Environ 10
MG3	Homme	32	Semi-rural	2 ans	1 soirée formation COREADD	2-3
MG4	Femme	34	Urbain, MSP	3 ans	Jamais	4
MG5	Femme	50	Semi-rural	12 ans	Jamais	2
MG6	Femme	29	Urbain	2 ans	Séminaires optionnels + stage satellite au CSAPA	1
MG7	Femme	52	Semi-rural	24 ans	FMC tabac	1
MG8	Homme	67	Urbain	30 ans	Internat + travail au CSAPA	2

MG9	Homme	34	Urbain	1 an	1 soirée formation COREADD	10
MG10	Homme	58	Urbain	30 ans	Jamais	0

Les expériences des MG interrogés sont variées. Nous avons notamment interrogé un médecin qui a travaillé en temps partiel au CSAPA de la Vienne.

2. Analyse thématique des entretiens individuels

Différentes thématiques ont émergé des entretiens réalisés avec les MG ; le tableau 2 ci-dessous répertorie les différentes thématiques abordées et qui seront successivement décrites dans la suite de cet écrit.

Tableau 2 – Thématiques et sous-thématiques issues de l’analyse thématique des entretiens

Thématiques	Sous-thématiques
1. L’alcool : un sujet tabou	1.1 L’alcool, une problématique complexe à aborder en consultation avec les patients 1.2 Difficulté à provoquer une prise de conscience
2. Freins à la prise en charge optimale des patients par les médecins généralistes	2.1 L’alcool, un sujet sur lequel les MG se sentent insuffisamment formés 2.2 Manque de connaissances sur traitements spécifiques et remise en question de l’efficacité des traitements proposés 2.3 Autres freins liés à une prise en charge optimale des patients alcoolodépendants
3. Prise en charge	3.1 Nalméfène et autres traitements prescrits par les MG 3.2 Axes à explorer pour pousser les MG à prescrire davantage le Nalméfène 3.3 L’importance de travailler avec d’autres professionnels

2.1 L'alcool, un sujet tabou et complexe à aborder avec les patients

2.1.1 Une problématique difficile à aborder

De manière générale, les MG interrogés se rejoignent sur le fait que les demandes de prises en charge émanant des patients sont relativement rares. Comme le mentionne le MG3, il est très rare que les patients évoquent spontanément leur alcoolodépendance lors d'une consultation : « Le problème souvent du sevrage, c'est rare que le patient vienne uniquement pour ça. C'est ça qu'il ne faut pas oublier. Ça peut arriver parfois qu'on ait des patients qui viennent spontanément pour dire voilà, j'ai un problème avec alcool, mais souvent tu sais, il y a toujours un tabou, surtout l'alcool » (MG3). Ce tabou est d'ailleurs symbolisé par la rareté des prises en charge : le tableau 1 qui répertorie le nombre de patients suivis dans le cadre d'un sevrage alcoolique, révèle qu'en moyenne seuls 2 patients ont été pris en charge par chaque MG au cours de l'année, à l'exception des MG 2 et MG9 qui ont un suivi d'une dizaine de patients.

La consommation d'alcool n'est pas perçue comme un problème, empêchant les patients de discuter ouvertement de leurs habitudes de consommation d'alcool avec leur médecin. Le MG10 déclare à ce sujet : « J'ai pas vraiment beaucoup de demandes. C'est souvent, nous, qui disons aux patients : "Ça serait bien de baisser un petit peu", mais ils sont pas forcément demandeur d'un sevrage ».

Dans l'échantillon, 4 MG défendent l'idée que pour pouvoir aider un patient à se prendre en charge, il faut que la prise de conscience émane de lui et non de son médecin traitant (MG1, MG4, MG5 et MG7). MG1 déclare à ce sujet à propos du sevrage : « Moi je le fais pas tout seul. De toute façon, c'est le patient qui le fait » (MG1).

Le MG9, dont le cabinet est situé dans le centre-ville de Poitiers, perçoit une prévalence plus élevée de l'alcoolodépendance parmi sa clientèle et précise des différences dans la consommation d'alcool entre milieux urbains et ruraux : « J'ai l'impression qu'on a quand même pas mal de patients qui ont une alcoolodépendance du fait qu'on soit situé en centre-ville de Poitiers. Donc en fait, c'est une population peut-être un peu plus importante qu'en pleine campagne ? Alors ce n'est pas le même type de d'alcoolisation on va dire » (MG9).

2.1.2. Difficulté à provoquer une prise de conscience

Certains patients ne considèrent pas leur consommation d'alcool comme excessive, en raison d'une sous-estimation de la quantité ou de la fréquence de leur consommation ou d'une perception erronée sur ce qui constitue une consommation problématique : « Sur mes 600- 700 patients, j'en ai bien une bonne dizaine qui ont une forte consommation. Mais pour l'instant je n'ai pas réussi à leur faire dire. On est toujours dans la partie du décortilage de "qu'est-ce que c'est trop boire". C'est le fameux cliché que la bière, ce n'est pas de l'alcool » (MG4). Pour ce MG, le plus complexe est de faire admettre aux patients leur alcoolodépendance : « T'as beaucoup de patients où le plus long chemin des fois c'est de faire justement cette prise de conscience, ils ont du mal à admettre qu'ils sont alcooliques ».

Ce témoignage met en évidence les défis auxquels sont confrontés les médecins généralistes pour dépister et aborder l'alcoolodépendance en consultation face à des patients en situation de déni.

Pour le MG5, tant que cette prise de conscience ne se fait pas, le MG est impuissant : « C'est en général très difficile de faire un sevrage alcoolique quand on est obligé de mettre les points sur les i avec le patient et qu'on doit le mettre devant le fait accompli. Alors des fois, ça sert de déclic et ça m'est arrivé une fois avec un patient, je lui ai bien démontré qu'il était alcoolique, chose qu'il avait jamais voulu voir, constater. Et c'est vrai que ça lui a servi de détonateur et derrière il a fait un sevrage, mais un sevrage total et ça fait plus de 10 ans qu'il est sevré. Mais en règle générale quand t'as pas le patient qui comprend pas qu'il est alcoolique, qui comprend pas qu'il a un problème et qu'il va pas s'en sortir tout seul, t'as pas son adhésion non plus à un programme de traitement » (MG5).

Cette situation de déni peut s'expliquer par la peur d'être stigmatisé et jugé : « Je trouve très difficile, quand je vois un patient pour la première fois, de lui demander s'il a des boissons alcoolisées habituelles car ils vont vite te classer quelque part hein ? [...] En tout cas donc un patient que je suis depuis 10 ans, je lui ai jamais posé la question » (MG7). Il estime également que d'autres habitudes de santé comme le tabac sont plus simples à évoquer : « c'est pas mal vu de fumer donc c'est plus facile de poser la question » (MG7). Ainsi, la communication entre médecins et patients par rapport à la consommation

d'alcool, notamment en raison des perceptions sociales et des réactions individuelles des patients, est complexe.

2.2 Freins à la prise en charge optimale des patients par les médecins généralistes

2.2.1 L'alcool, un sujet sur lequel les MG se sentent insuffisamment formés

L'alcoolodépendance est une problématique très complexe : « Je pense que c'est vraiment l'alcoolisme qui est complexe quoi » (MG4) ; « c'est très compliqué l'alcoolisme » (MG7) ; « C'est tellement difficile qu'il faut vraiment que je sois sûr qu'il soit prêt pour pouvoir y aller » (MG1). Cette complexité peut générer un sentiment d'impuissance et d'échec chez les MG : « C'est très démotivant, sa consommation n'a pas du tout diminué (...) avec tous mes alcooliques, je n'ai jamais réussi » (MG7). Un tel constat peut pousser les professionnels de santé à se questionner par rapport à leurs compétences et leur efficacité.

Dans la grande majorité des cas, les témoignages des MG interrogés révèlent différents niveaux de confort, de compétence et d'engagement par rapport à la prise en charge des patients souffrant d'une addiction à l'alcool. Ces niveaux dépendent de leur formation initiale durant leur parcours, mais également des formations qu'ils ont éventuellement eu l'occasion de suivre sur cette thématique.

Certains MG sont réticents à l'idée d'effectuer cette prise en charge : « C'est pas le domaine dans lequel je suis le plus à l'aise parce que c'est un peu particulier (...). Je suis un peu frileux » (MG3). Ce MG ne se sent pas suffisamment compétent pour assurer cette prise en charge, ce qui est également confirmé à travers d'autres témoignages : « Ce n'est pas le domaine où je suis le plus à l'aise. J'avoue que c'est pas où je me sens dans ma zone de confort » (MG5) ; « C'est vrai qu'à la plupart du temps, on ne fait peu ou pas de sevrage ou de sevrage ambulatoire. Parce qu'on n'a pas l'habitude et qu'il faut une certaine compétence quand même. Je ne suis pas certain de l'avoir » (MG 10).

Ce manque de confiance des MG s'explique notamment en raison de prises en charge trop épisodiques : les MG ne se sentent pas à l'aise et ont l'impression de manquer de compétences car ce type de prise en charge est trop occasionnelle : « Ce n'est pas

forcément facile parce que je le pratique pas tous les jours, donc je suis obligée de me repencher un petit peu dessus » (MG6).

Au sein de notre échantillon, seul MG2, qui a accompagné une dizaine de patients par rapport à l'alcoolodépendance, se sent relativement à l'aise par rapport à cette problématique : « Alors, je suis pas une experte, il y en a certainement qui se débrouillent mieux que moi, mais je me sens pas en difficulté, ça va ». Son témoignage révèle une attitude de confiance et de compétence par rapport à sa capacité à accompagner des patients alcoolodépendants : le fait d'être confrontée régulièrement à cette problématique lui a permis de développer des compétences dans cette prise en charge. Le fait de disposer d'une solide expérience peut s'avérer à double tranchant et générer un sentiment d'échec chez les professionnels de santé : « Ils y en a énormément qui ne veulent pas se faire suivre. Alors au bout de 30 ans de carrière, je n'insiste plus » (MG10).

Trois des MG interrogés (MG1, MG7 et MG10) considèrent d'ailleurs que le médecin généraliste ne peut effectuer seul cette prise en charge : « Je pense que ça serait beaucoup trop ambitieux et trop prétentieux » de solutionner seul le problème (MG1). De fait, certains privilégient, dès le départ, l'orientation vers un CSAPA : « J'accepte de les voir. Mais, voilà, j'oriente tout de suite vers le CSAPA ou vers un centre de désintoxication » (MG7) ; « ceux qui viennent vraiment pour un sevrage. Moi je le fais pas, parce que je sais pas faire donc moi je les adresse aux spécialistes, au CSAPA » (MG10). Ces médecins préfèrent se concentrer sur le dépistage de l'addictologie, en alertant les patients et en essayant de leur faire comprendre qu'ils ont une consommation d'alcool excessive.

2.2.2 Manque de connaissances sur traitements spécifiques et remise en question de l'efficacité des traitements proposés

La moitié de l'échantillon interrogé (MG1, MG3, MG4, MG5 et MG7) a précisé manquer de connaissance par rapport aux traitements spécifiquement liés au sevrage à l'alcool. Certains MG s'interrogent en effet sur l'efficacité avérée des médicaments qu'ils prescrivent : MG1 estime en effet que ces traitements médicamenteux ont une « efficacité très modérée ». D'autres vont plus loin et s'interrogent même sur la pertinence d'un traitement médicamenteux : « Reconnaître qu'on a un problème et savoir pourquoi on arrête. Je pense que si t'as les 2, t'as pas forcément besoin de traitement

médicamenteux » (MG5). Si MG2 est également dubitatif par rapport à l'efficacité des traitements médicamenteux, il précise que ce sont un moyen d'instaurer un contact régulier avec les patients souffrant d'alcoolodépendance : « je ne sais pas si les médicaments aident vraiment. Par contre, ils permettent, comme beaucoup de traitements psychotropes, de revoir les gens » (MG2).

Au sujet de l'Acamprosate, le MG7 précise par exemple : « J'essaye mais bon je trouve que ça fonctionne pas. J'ai pas vraiment de résultat avec ce médicament » ; au sujet du Baclofène, le MG5 précise : « Je l'ai utilisé 2 ou 3 fois (...) j'ai l'impression que les doses qu'on utilise sont trop faibles, j'ai plus l'impression qu'il y a un effet placebo ». Ce manque de connaissance influence la prise en charge des patients, comme l'explique le MG4 : « J'avoue que je mets pas forcément beaucoup de médicaments parce que je les maîtrise pas tellement, donc je suis plutôt sur les anxiolytiques un peu basiques. Et tous les autres traitements, j'avoue que je ne touche pas trop. Je préfère surtout les anxiolytiques et antidépresseurs » (MG4). En raison de son manque de maîtrise des traitements médicamenteux dédiés à l'alcoolodépendance, ce MG préfère se cantonner à la prescription d'anxiolytiques et d'antidépresseurs qui permettent de traiter l'anxiété et la dépression souvent associés à l'alcoolisme. MG7 et MG8 adoptent une démarche similaire.

En plus d'une mauvaise connaissance des traitements disponibles, certains MG (MG2, MG4 et MG7) éprouvent des craintes par rapport aux potentiels effets secondaires liés à ces traitements, effets secondaires qui peuvent pousser les patients à interrompre le traitement. Le MG7 déclare ainsi à propos du Valium : « Je voulais pas lui mettre du Valium parce qu'elle a des enfants. Un enfant handicapé et puis 3 autres enfants ».

Plutôt que de proposer des médicaments à leurs patients, certains MG préfèrent les rediriger vers des centres de désintoxication, jugés plus efficaces (MG7, MG8 et MG10). MG8 estime que les MG qui prescrivent le plus de médicaments sont ceux qui sont le plus éloignés de l'addictologie : « Au risque de paraître ingrat, il n'y a pas d'autre prise en charge que psychologique (...). C'est pas avec du Selincro et une consultation une fois par mois qu'on va faire quelque chose ».

MG9 : « C'est là où j'atteins un peu mes limites, c'est je suis pas trop au point sur les médicaments qui permettent de maintenir cette abstinence une fois obtenue ».

2.2.3 Autres freins liés à une prise en charge optimale des patients alcoolodépendants

La prise en charge de l'alcoolodépendance n'est pas simple. Pour identifier l'existence d'une problématique, le MG commence par identifier, ou non, l'existence d'une problématique, en posant des questions générales au moment du renouvellement des ordonnances, des résultats des prises de sang, de la mise à jour d'antécédents, etc. Le médecin doit pouvoir cerner précisément la motivation et la consommation du patient : « On essaie de voir aussi ce que souhaite le patient et ce que lui est capable de savoir, s'il a déjà fait des tentatives de sevrage par le passé et quand est ce qu'a eu lieu la dernière tentative de sevrage » (MG9).

Trois des MG interrogés (MG3, MG5 et MG7) ont confié manquer de temps pour pouvoir correctement prendre en charge les patients alcoolodépendants lors des consultations : «15 minutes par consultation, c'est pas tenable. Ce sont des patients qu'il faut revoir souvent et longtemps pour un soutien psychologique durable » (MG7). Ainsi dès l'évaluation de la dépendance : « on utilise très peu souvent justement les outils d'évaluation par les questionnaires [...] parce qu'à l'heure actuelle, on a pas le temps »(MG3). Ils estiment en effet que la prise en charge de cette pathologie requiert davantage de temps et, surtout, un suivi sur le long terme. Au départ, il est essentiel de « bien prendre le temps de discuter » et de « poser le contexte » (MG1) pour comprendre la consommation du patient. À ce moment-là, il est nécessaire de pouvoir identifier la problématique du patient (réduction, sevrage ou maintien de l'abstinence) (MG2).

Certains médecins généralistes précisent que la durée de prise en charge, sur le temps long, ajoute une difficulté supplémentaire à la prise en charge par le médecin généraliste : « Quand je vois vraiment qu'ils sont motivés, j'essaie de le voir toutes les semaines, mais c'est pas facile » (MG7) ; « c'est peut-être plus sur la prise en charge au long cours qui est un petit peu plus compliqué je pense sur le maintien de l'abstinence, c'est plus compliqué » (MG9) ; « c'est difficile de les [patients] faire revenir au cabinet. Donc là au moins je le prescris, je sais qu'il reviendra un mois plus tard mais dans l'intervalle ça serait compliqué de le revoir » (MG9).

Il faut également « bien faire comprendre au patient que quand on commence le sevrage, il faut qu'on les voie, c'est pas juste, on met des médicaments et hop "Bonjour, au revoir".

C'est le plus important, c'est surtout qu'on les revoit à une fréquence qui est instaurée » (MG3). Au début de la prise en charge, cette fréquence doit être relativement soutenue : « Ce qui compte, c'est surtout de s'inscrire dans un suivi extrêmement fréquent au départ » (MG8). Ce MG a un suivi très intense durant les trois premiers mois avec un suivi hebdomadaire durant le premier mois et bimensuel à partir du 2^e mois : « dans le protocole, c'est J0, J8, J16, J21 et J30. Et à partir du 2^e mois, si on continue comme ça, on passe à tous les 15 jours jusqu'au 3^e mois. Et après on commence à espacer en fonction des désirs du patient » (MG8).

L'un des MG interrogés a précisé qu'il pourrait être intéressant de proposer « une meilleure rémunération pour ce type de consultation qui sont souvent très chronophage » (MG7).

2.3 Traitement de l'alcoolodépendance

2.3.1 Nalméfène et autres traitements prescrits par les médecins généralistes

Dans le cadre des entretiens menés, les MG interrogés ont détaillé les médicaments qu'ils utilisent pour traiter l'alcoolodépendance de leurs patients. Ces informations sont répertoriées dans le tableau ci-dessous.

Tableau 3 - Médicaments utilisés par les MG interrogés pour traiter l'alcoolodépendance de leurs patients

Médicaments	MG concernés
Acamprosate (Aotal®)	MG1, MG2, MG3, MG5, MG7
Nalméfène (Selincro®)	MG2, MG9
Baclofène (Baclocur®)	MG3, MG5, MG9
Diazépam (Valium®)	MG1, MG2, MG3, MG4, MG7, MG8, MG9
Naltrexone (Revia®)	MG1
Antidépresseurs	MG4, MG7, MG8

Intéressons-nous plus précisément au Nalméfène. Les entretiens ont révélé que 4 MG (MG1, MG5, MG7 et MG10) ne le connaissent pas. MG5 a détaillé son point de vue en

précisant : « Je préfère prescrire un vieux médicament avec lequel je suis à peu près à l'aise plutôt qu'un truc récent que je maîtrise pas du tout ».

Sur les 6 autres MG, seuls MG2 et MG9 l'utilisent. MG9 précise qu'il l'utilise « depuis une formation » et qu'il l'a choisi pour « sa simplicité déjà d'introduction, parce qu'avec le Baclofène, il faut une augmentation progressive des doses, et donc là, je trouve que c'est plus simple à mettre en place. Et l'avantage aussi ? Bah oui c'est l'effet on/off, ça marche ou ça marche pas avec ce traitement, il y a pas de de questions à se poser sur le dosage du traitement. Donc c'est plus simple ». Effectivement, le Nalméfène est plus simple à initier, la posologie est d'un comprimé de 18 mg, une fois par jour maximum tandis que pour le Baclofène une phase de titration est nécessaire. MG9 estime que le désavantage de ce traitement réside dans la durée du traitement et sur la manière de le poursuivre : « Le problème c'est que j'avais la notion (...) que c'était un traitement qu'on pouvait mettre en place, mais pas pour une durée très, très longue parce qu'au bout d'un moment, ça ne fonctionne plus (...) Et donc je me pose la question de qu'est-ce que je vais faire dans 8 mois ? » (MG9).

MG3, MG4 et MG8 ne l'ont jamais utilisé. MG3 évoque le « manque d'utilisation, effets indésirables potentiels ou si patient ne tolère pas » alors que MG8 précise que ce médicament fait partie de ceux « qui n'ont pas montré leur intérêt ». MG4 précise : « Je n'ai jamais utilisé parce que c'est le genre de médicaments dont j'avoue que, c'est pas que ça me fait peur hein, mais j'ai pas une maîtrise ». Les effets secondaires de ce type de médicaments « lui font un peu peur dans la pratique en ambulatoire non encadrée par un médecin qui les connaît sur le bout des doigts ». Elle explique en effet que son appréhension est peut-être liée à son expérience : « Je suis jeune médecin, donc peut-être que j'ai un peu peur de ça. Mais je ne me vois pas débiter des traitements toute seule, ça me fait un peu flipper ».

De son côté, MG6 mentionne qu'il a arrêté de le prescrire puisqu'il n'a pas vu d'efficacité par rapport au patient à qui il l'avait prescrit ; s'il n'a pas relevé d'effets indésirables, il a observé une perte de motivation de son patient.

D'un autre côté, MG8, nous parle de son manque de confiance en générale dans les traitements anti-alcool mais aussi que leur prescription est majoritaire chez les médecins n'ayant pas d'intérêt en addictologie : « Les médicaments, il y en a un qui sort tous les 10 ans. On nous en fait tout un plat. Grosse pression commerciale, grosse

pression, tous les médecins qui ne s'intéressent pas à l'addiction en prescrivent. Tout le monde rêve d'un SUBUTEX de l'alcool. Et donc tout le monde se précipite, l'industrie martèle à fond. Et voilà, au bout de 5 ans, c'est terminé. On passe à autre chose quand il y a pas des effets secondaires grave ». Il préfère donc s'en tenir à la prescription de traitement pour les troubles associés tels que l'anxiété et/ou la dépression.

2.3.2 Axes à explorer pour pousser les MG à prescrire davantage le Nalméfène

Les MG interrogés ont expliqué qu'ils se sentiraient plus à l'aise pour prescrire du Nalméfène s'ils disposaient de fiches explicatives simples sur le traitement par exemple (MG3). Le MG3 a soulevé les inconvénients des fiches proposées par la société française d'addictologie qui n'indiquent pas les posologies et qui constituent donc un frein à la proposition de traitements aux patients : « Qu'est-ce que t'en fais ? À quelle dose ? Hydratation ? Comme les vitamines B1. La pharmacie elle t'appelle pour dire « vous voulez quoi comme vitamine ? » Si t'as pas mis le nom commercial des vitamines et que tu ne les connais pas, bah tu les prescrist pas, elles sont pas remboursées en plus » (MG3).

Cependant, ces ressources informatives ne sont pas suffisantes. Les participants ont également soulevé la nécessité d'être sensibilisé : « Je trouve que ce qui donne confiance dans certains médicaments quand on en a un peu peur, c'est vraiment qu'il y ait des gens du terrain qui viennent nous en parler (...) qu'on est en plus une sorte de référent humain qui existe » (MG4). Pour être efficace, cette sensibilisation doit être effectuée par des professionnels de terrain aguerris et quotidiennement confrontés à cette problématique, comme ceux évoluant au sein des CSAPA : « ça donne vachement plus confiance que de faire une formation ou que de lire dans la littérature » (MG4). Il apparaît également que les MG n'ont pas toujours le réflexe de s'adresser à une personne de leur réseau professionnel : « J'ai pas le réflexe de les (CSAPA) appeler moi-même pour leur poser des questions sur les prises en charge, par exemple. Par manque de temps, parce que j'y pense pas forcément » (MG9).

En plus de ces échanges avec des professionnels de terrain, d'autres MG ont évoqué la nécessité de pouvoir disposer de formations plus régulières sur cette problématique : « Je pense que j'ai été très mal formée pendant mes études à l'addicto en général. Je sais pas

maintenant s'il y a des cours. Parce qu'on en voit tous les jours. C'est très important. Je le demande. Je l'ai demandé donc je fais partie de la FMC La Pallu. C'est une fois par mois. Je l'ai demandé à Preuves&Pratiques quand ils nous font remplir le petit questionnaire à la fin des formations, je mets : «Addicto », j'ai jamais eu » (MG7).

2.3.3 L'importance de travailler avec d'autres professionnels

L'alcoolodépendance nécessitant une prise en charge globale, près de la moitié de l'échantillon interrogé a évoqué l'importance de travailler avec d'autres partenaires pour traiter au mieux cette problématique : « Le fait de ne pas avoir de réseau en fait je trouve ça très inconfortable » (MG4).

Au sein de notre échantillon, 4 MG ont expliqué systématiquement recourir aux Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) (MG1, MG3, MG4 et MG9), mettant en évidence l'importance de cette collaboration. MG1 précise à ce sujet qu'il « faut s'associer au CSAPA car cela n'aura aucune efficacité sans prise en charge globale ». Il considère par ailleurs qu'il est essentiel « d'enclencher une prise en charge psychologique et sociale et éventuellement une hospitalisation ». MG3 et MG4 estiment qu'une prise en charge par le CSAPA est particulièrement indiquée en cas de poly-addiction, à l'alcool et au cannabis par exemple : « J'ai tendance à l'orienter vers le CSAPA, ou si vraiment ils ont plusieurs addictions tu vois parce que j'ai la crainte où souvent ils se décompensent » (MG4). MG9 précise qu'il intègre systématiquement le CSAPA dans son approche thérapeutique, soulignant une approche multidisciplinaire et une coordination des soins : « Quand j'essaie de faire un sevrage alcoolique, j'essaie toujours d'inclure le CSAPA ça permet aussi au patient de se responsabiliser un petit peu et d'essayer de l'impliquer parce que c'est à lui de prendre rendez-vous au CSAPA donc de l'impliquer davantage dans son sevrage, qu'il soit vraiment acteur de sa santé » (MG9)

Le soutien psychologique peut également être assuré par des infirmières Asalée « qui ont une petite formation à ce sujet-là » (MG4).

Discussion

1. Discussion des résultats

L'enquête de terrain révèle que rares sont les médecins généralistes à prescrire le Nalméfène (MG2, MG6 et MG9). Ceux qui l'utilisent sont ceux qui ont bénéficié d'une formation et/ou qui prennent en charge un nombre conséquent de patients alcoolodépendants. Les freins liés à la prescription du Nalméfène s'inscrivent dans un contexte plus large.

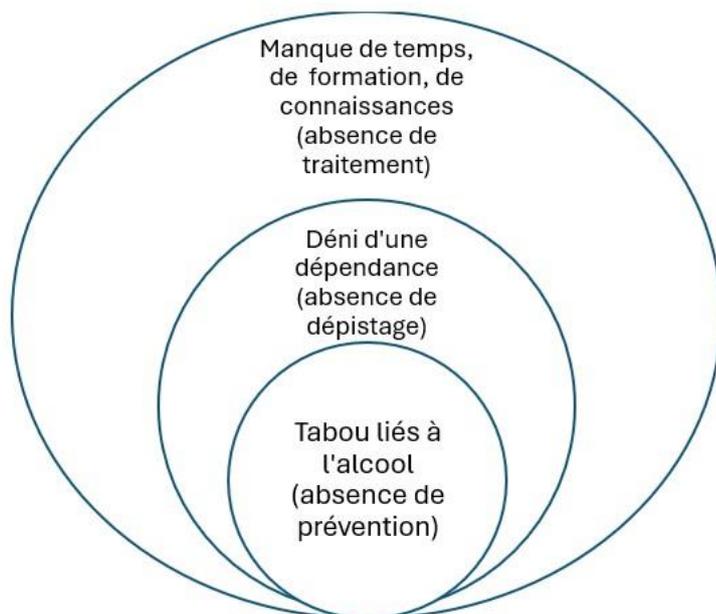


Figure 1 - Modèle explicatif des freins à la prescription du Nalméfène dans la dépendance à l'alcool par les médecins généralistes

En France, l'alcool occupe une place particulière dans la culture et la tradition française⁽¹⁶⁾ entraînant une banalisation de sa consommation. Les dangers associés sont sous-estimés⁽¹⁷⁾, compliquant la prise en charge des patients. En raison de la réticence des patients à aborder la question de leur consommation d'alcool, craignant d'être jugés, le dépistage de l'alcoolodépendance peut s'avérer complexe pour les médecins. Une étude qualitative réalisée en 2022⁽¹⁸⁾ nous montre que les obstacles de patients addicts peuvent être directement associés aux caractéristiques de la dépendance telles que le déni de la maladie, la stigmatisation des personnes dépendantes et la gêne qui en résulte, ou être plus larges comme un manque d'information sur les effets néfastes des consommations ou la peur des professionnels de santé.

Notre étude nous dévoile que les médecins, à cause de leurs propres représentations, peuvent être tout aussi réticents. Pautrat *et al.* nous apportent le concept

d'« autocensure partagée » du patient et du médecin⁽¹⁹⁾. En effet, par peur de briser l'alliance thérapeutique en stigmatisant le patient ⁽²⁰⁾, plusieurs MG (MG1, MG5, MG7, MG10) choisissent d'attendre que la demande de prise en charge émane du patient alors que les patients les plus vulnérables sont peu enclin à prendre cette initiative ⁽²¹⁾ Seul un patient sur trois diagnostiqué avec une dépendance à l'alcool sollicite l'aide d'un médecin ⁽²²⁾.

Dans d'autres cas, les médecins interrogés s'appuient sur une perturbation des résultats biologiques pour débiter la conversation. Ces éléments rejoignent une étude récente de la DREES dans laquelle il est précisé que « 71 % des médecins déclarent que “la plupart du temps” pour les patients pour lesquels ils ont suspecté une consommation d'alcool à risque au cours de l'année écoulée, ils se sont appuyés sur une prescription d'analyses biologiques » ⁽⁴⁾ Cependant, les biomarqueurs se révèlent généralement positifs de manière tardive et ne peuvent donc être utilisés comme un outil de détection de routine. ⁽²³⁾ Ces freins expliquent le retard dans le repérage des addictions.

Pourtant les patients estiment que le dépistage des troubles de l'usage de l'alcool est l'un des rôles du MG ⁽²⁴⁾ et que chaque consultation pourrait être l'occasion d'en discuter. De plus, environ 87 % des personnes âgées de 18 à 75 ans en France considéraient comme normal que leur médecin traitant leur pose des questions sur leur consommation d'alcool ^(24,25). Les MG devraient adopter une approche proactive dans le dépistage des problèmes liés à l'alcool, même lorsque les patients ne mentionnent pas explicitement leur consommation d'alcool comme motif de consultation ⁽²⁶⁾. La relation privilégiée du patient et son médecin traitant semble être un des déterminants favorisant l'efficacité d'un repérage précoce. ⁽²⁷⁾ Avec une approche bienveillante et sans jugement, les patients se disent prêts à marquer le début d'un changement et à aborder le sujet en toute honnêteté. ⁽²⁸⁾ Il serait possible d'améliorer le repérage précoce en effectuant également un dépistage systématique lors des premières consultations et en planifiant régulièrement par la suite, en particulier en cas de situations à risque ^(25,29). La HAS préconise un repérage au moins une fois par an et lors de tout changement bio-psycho-social. ⁽³⁰⁾

Le repérage précoce peut être effectuée à l'aide de questionnaires de dépistage par exemple, comme le questionnaire FACE ^(Annexe 2). Seul l'un des participants interrogés (MG3) a mentionné l'utilisation de ce questionnaire d'évaluation dans sa prise en charge,

soulignant la disponibilité de temps nécessaire pour mener à bien ce diagnostic. On pourrait alors utiliser le questionnaire abrégé AUDIT-C ^(Annexe 3) qui présente une bonne fiabilité ⁽³¹⁾ ou le proposer au patient en auto-évaluation, qui serait alors complété par la suite par une consultation dédiée ⁽¹⁵⁾. La Société Française d'alcoologie nous signale que la plupart des acteurs de soins primaires ne semble pas avoir encore adopté le repérage et les interventions brèves dans leur pratique » ⁽²³⁾. De plus, selon la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA), « la majorité des médecins en fin de cursus de formation de médecine générale ne semble pas en mesure de repérer et de prendre en charge de manière adéquate un fumeur et / ou un patient ayant des consommations à risque ou problématiques d'alcool » ⁽²²⁾. Une étude française confirme que les obstacles les plus courants au dépistage et à l'utilisation d'outils standardisés sont le manque de connaissances sur les pratiques de dépistage ⁽³²⁾. Il apparaît que l'amélioration de la formation initiale entraîne une amélioration des pratiques. ⁽³³⁾

Le MG peut à la fois initier et soutenir le changement en renforçant l'alliance thérapeutique. Cela demande de pouvoir créer un environnement non discriminatoire dans lequel les patients se sentent à l'aise pour partager leurs préoccupations ou soulever des questions spécifiques sur leurs habitudes de consommation d'alcool. En impliquant le patient dans la gestion de sa consommation et en l'encourageant à jouer un rôle actif dans sa propre santé en adaptant, le MG favorise l'autonomisation du patient, ce qui peut renforcer la confiance du patient dans sa capacité à surmonter son problème d'alcool et à prendre des décisions positives pour son bien-être. ⁽³⁴⁾

Une méta-analyse d'essais randomisés d'entretiens motivationnels a montré un effet favorable de l'entretien motivationnel ⁽³⁵⁾ y compris chez les patients peu motivés au départ ⁽³⁶⁾. Ceci peut être fait en adaptant les techniques de l'entretien motivationnel (dans des interventions brèves ^(37,38) car le MG dispose d'un temps limité, mais est en mesure d'intervenir dans la durée. Plutôt qu'espérer des transformations radicales et rapides, le MG a pour objectif de maintenir un lien de soutien de proximité permettant au patient de supporter son effort à changer de comportement. ⁽²¹⁾ de manière durable tout en respectant leur autonomie et leurs motivations personnelles ^(36,39). MG8, par exemple, propose à ses patients des consultations toutes les semaines le 1^{er} mois, puis tous les 15

jours jusqu'au 3ème mois, tout en restant disponible plus souvent si le patient en ressent le besoin.

Cependant, la difficulté liée à l'obtention de résultats dans ce type de prise en charge met le MG en situation d'inconfort, ce qui peut justifier le fait qu'il propose aux patients de s'orienter vers d'autres relais, comme le CSAPA, pour traiter cette problématique (MG5, MG7 et MG10) plutôt que de prescrire un traitement comme le Nalméfène. Les MG peuvent également éprouver un sentiment d'inefficacité par rapport aux investissements fournis pour le peu de résultats obtenus. Pour dépasser ce sentiment d'échec, les médecins généralistes doivent considérer les troubles liés à la consommation d'alcool comme une maladie chronique, sujette à des rechutes, et nécessitant donc un suivi régulier à long terme ^(40,41).

MG7 a indiqué qu'une prise en charge du patient alcoolodépendant sur un créneau de 15 minutes de consultation, n'était pas réalisable en pratique et qu'une cotation spécifique pourrait l'encourager à en faire. Aucune étude pour le moment n'a prouvé qu'une meilleure rémunération augmenterait ce type de prise en charge.

Trois MG de l'échantillon considèrent leur manque de formation comme un obstacle à la prise en charge de l'alcoolodépendance de leurs patients (MG1, MG3 et MG7) et donc, par extension, à la prescription de Nalméfène. En médecine générale, ce manque de formation en addictologie a déjà été confirmés par plusieurs études ^(33,42-44). Ce manque de connaissances sur les traitements médicamenteux entraîne une peur des effets secondaires et donc sa non-prescription. Dans le cas du Nalméfène, il a été prouvé plusieurs fois qu'il est bien toléré avec en moyenne 10% des patients ressentant des effets indésirables, de légers à modérés ⁽⁴⁵⁾ voire <5% dans certaines études. ⁽⁴⁶⁾

Ces manques concernent aussi bien la formation initiale que la formation continue, où la problématique du tabac est plus souvent privilégiée à celle de l'alcool. Il semble également qu'aborder la question du tabac soit plus facile auprès des patients, car fumer ou faire un sevrage est socialement plus accepté que de consommer de l'alcool. Bénéficier d'une formation permet d'appréhender les choses différemment : lors de leur formation initiale, l'intégration de réflexions sur les valeurs et les biais des étudiants réduit leurs représentations négatives envers le patient atteint d'une addiction, ce qui favorise une prise en charge plus empathique et holistique. ^(47,48). MG3 explique que sa perception du sevrage a évolué à la suite d'une formation spécifique ; il ne cherche plus

à tout prix à sevrer entièrement un patient, estimant que diminuer et stabiliser cette diminution est tout aussi intéressant. Un manque d'intérêt personnel pour l'addictologie peut également constituer un obstacle à la prise en charge (MG5, MG10). Par ailleurs, une bonne prise en charge des patients addicts dépend de l'appétence des MG, de leurs profils, de leurs aspirations et de leur volonté à se former durant leur internat.

Les freins liés à la prise en charge globale éclairent ceux liés à la prescription des traitements : le manque de connaissance des traitements complique la prescription de médicaments. Le principal frein à la prescription du Nalméfène est lié au manque de pratique et de formation spécifique par rapport à ce traitement. MG3, par exemple, n'en a jamais prescrit, car il ne l'a jamais vu prescrire et parce qu'il a peur de ses possibles effets indésirables. Ces éléments mettent en évidence la nécessité d'une sensibilisation accrue des MG aux traitements médicamenteux disponibles pour traiter les troubles liés à l'alcoolisme.

2. Forces et limites de l'étude

Si de nombreuses études ont été réalisées sur la prise en charge de la dépendance à l'alcool, aucune étude qualitative prenant en compte les difficultés des MG et de l'utilisation du Nalméfène par les médecins généralistes n'a été retrouvée durant la recherche bibliographique. Par ailleurs, en dépit d'un échantillonnage plutôt restreint, nous avons pu atteindre la saturation théorique des données et l'échantillon des participants recrutés est relativement diversifié en termes d'âge, de type d'exercice et d'expérience.

L'utilisation de la méthode qualitative par des entretiens individuels semi-dirigés a pu donner lieu à un biais de mémoire néanmoins cela a également permis aux médecins la possibilité de s'exprimer librement, tout en préservant leur anonymat, et a permis de mettre en évidence leur pratique et leurs affects.

L'une des limites de cette étude réside dans un éventuel biais de sélection. La majorité des médecins qui ont accepté de participer à cette étude connaissait l'enquêtrice via son cursus universitaire ou ses remplacements tandis que les médecins contactés au hasard n'ont que peu répondu aux sollicitations.

Le fait qu'il s'agisse de la première étude menée par l'enquêtrice a potentiellement affecté le recueil optimal des données dans le cadre des entretiens semi-directifs en raison d'un manque d'expérience. Par ailleurs, la question 3 semble avoir été mal formulée car les participants ont pu avoir l'impression qu'il s'agissait de juger leurs connaissances et se braquer ; cette question les a fait réagir et ils se sont livrés à cœur ouvert sur leurs ressentis. Il aurait été possible d'améliorer la validité interne de l'étude par une triangulation des données avec l'analyse d'un autre intervenant. Pour compenser ces lacunes, l'ouvrage intitulé "Initiation à la recherche qualitative en santé"⁽⁴⁹⁾, a permis d'acquérir les connaissances théoriques nécessaires à la réalisation de cette étude.

3. Perspectives

Plusieurs médecins interrogés déplorent un manque de formation. L'acquisition de compétences pourrait être améliorée lors de la formation initiale durant leur cursus universitaire, puis à travers des formations continues ciblées sur la prise en charge de l'alcool. Il pourrait être intéressant, dans le but d'optimiser la sensibilisation des étudiants, de rendre obligatoires les séminaires en addictologie qui sont actuellement optionnels.

MG4 trouverait plus confortable de débiter seule une prise en charge alcoolique si les spécialistes du territoire se faisaient connaître par le biais de missions d'information ou de formations avec un accès direct en cas de questions sur les effets indésirables des traitements utilisés. Des soirées d'informations pourraient être réalisées par les spécialistes auprès des médecins généralistes sur les différents réseaux et approches qui existent pour mettre en confiance sur l'utilisation de ces traitements.

MG5, MG7 et MG10 souhaiterait bénéficier de davantage de temps pour pouvoir faire leurs propres recherches sur l'utilisation du médicament.

MG3 souhaiterait avoir accès à de courtes formations en ligne synthétiques (de maximum 15 minutes) réalisées par les spécialistes, en plus d'un protocole simple, praticable en soins ambulatoires sous forme de tableau synthétique. Pour répondre à ces besoins, une fiche synthétique par rapport à l'utilisation du Nalméfène a été élaborée.

Figure 2 – Fiche synthétique à proposer aux médecins généralistes dans le cas d'un objectif de réduction d'une consommation d'alcool par le Selincro® (23)

Indications	Contre-indications	Effets indésirables (les plus fréquents)
<ul style="list-style-type: none"> ■ ≥ 4 verres/j pour les femmes ■ ≥ 6 verres/j pour les hommes ■ Pas de symptômes physiques de sevrage ■ Pas de nécessité de sevrage immédiat 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Traitement par des opiacés (méthadone ou buprénorphine) ■ Antécédents de dépendances aux opioïdes ■ Insuffisance hépatique et/ou rénale sévère ■ Antécédent récent de syndrome de sevrage aigu à l'alcool (incluant hallucinations, convulsions et delirium tremens) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Insomnie ■ Sensation de vertige ■ Céphalées ■ Nausées ■ Trouble de l'attention ■ Sensation d'état anormal

- Pas de risque de dépendance à Selincro®

- N'empêche pas les effets enivrants de l'alcool

Prescription après un essai de réduction infructueux de 15 jours, sans médicament.

1 comprimé tous les jours où il y a un risque de boire	Idéalement 2 heures avant le moment du risque de boire, ou dès le matin une fois par jour
--	---

Après 1 à 2 semaines de traitement

Vérifier la tolérance et l'observance de Selincro®

Après 1 mois de traitement puis tous les mois

Faire le point sur la consommation d'alcool et l'état clinique du patient

Si aucune réduction de la consommation n'est constatée après un mois de traitement, le traitement doit être réévalué, voire arrêté.

Après 6 mois

Réévaluer le traitement par Selincro®:
Evaluer la consommation d'alcool, l'état clinique et la motivation du patient

Bénéfice: Poursuite du Selincro® et de la prise en charge psychosociale	Echec: Arrêt du traitement et mise en œuvre d'une autre stratégie thérapeutique
---	---

Grâce à ce support, les MG peuvent accompagner les patients qui poursuivent un objectif de réduction de leur consommation avec le Selincro®.

Conclusion

Les médecins généralistes sont bien conscients de l'importance du problème de santé publique que pose l'alcoolodépendance. Ils rencontrent quotidiennement des patients concernés par cette addiction. Notre recherche a permis de mettre en évidence les facteurs qui empêchent une prescription efficace des traitements contre l'alcoolodépendance. Les principaux obstacles que nous avons identifiés sont dus à un manque de connaissances et à une formation insuffisante concernant ces traitements.

Notre étude confirme les conclusions d'autres travaux réalisés en France et en Europe, qui mettent en évidence les mêmes difficultés. La prise en charge des dépendances reposant en premier lieu sur la prévention et le dépistage puis l'accompagnement d'un traitement ; en tant qu'acteurs de première ligne du système de soins, il est essentiel que les médecins généralistes bénéficient d'un soutien et d'une formation sur les traitements disponibles. Ces résultats soulignent l'importance de sensibiliser davantage la population générale aux dangers de l'alcool et des progrès qu'il reste à apporter dans les programmes de formation pour combler le manque de connaissances et renforcer la confiance des médecins dans leurs compétences et de permettre, lors ce qu'il est nécessaire, l'introduction de nouveaux médicaments.

En résumé, une prise en charge globale est essentielle pour surmonter les difficultés liées aux traitements luttant contre l'alcoolodépendance. Il est important d'investir dans la formation médicale initiale et continue des médecins généralistes et d'améliorer les échanges entre les différents professionnels de santé, pour permettre d'améliorer la qualité des soins en proposant une réponse plus adaptée aux besoins des patients. Les études à venir pourraient examiner l'impact de ces mesures sur l'évolution des pratiques en médecine générale, ce qui permettrait de favoriser un système de santé plus proactif face aux enjeux actuels.

Références bibliographiques

1. Bonaldi C, Hill C. La mortalité attribuable à l'alcool en France en 2015. *Bull Epidemiol Hebd.* 19 févr 2019;97-108.
2. Soyka M, Müller CA. Pharmacotherapy of alcoholism - an update on approved and off-label medications. *Expert Opin Pharmacother.* août 2017;18(12):1187-99.
3. Mintz CM, Hartz SM, Fisher SL, Ramsey AT, Geng EH, Grucza RA, et al. A Cascade of Care for Alcohol Use Disorder: Using 2015-2018 National Survey on Drug Use and Health Data to Identify Gaps in Care. *MedRxiv Prepr Serv Health Sci.* 4 nov 2020;2020.10.30.20222695.
4. David S, Buyck JF, Metten MA. Les médecins généralistes face aux conduites addictives de leurs patients. *Doss DREES N° 80.* 7 juill 2021;
5. Alcoolodépendance :après le sevrage. Première partie. Arrêt prolongé de l'alcool : meilleure santé et bénéfices psychosociaux. *Rev PRESCRIRE.* avr 2009;TOME 29(N° 306).
6. Vasseur C, Montariol Y, Pétrègne F, Fleury B, Castera P. Place de l'abstinence et de la consommation contrôlée dans le parcours des patients ayant un trouble sévère de l'usage de l'alcool. *Alcoologie Addictologie.* 22 mars 2019;41(1):5-13.
7. van Amsterdam J, van den Brink W. Reduced-risk drinking as a viable treatment goal in problematic alcohol use and alcohol dependence. *J Psychopharmacol Oxf Engl.* nov 2013;27(11):987-97.
8. Dawson DA, Li TK, Chou SP, Grant BF. Transitions In and Out of Alcohol Use Disorders: Their Associations with Conditional Changes in Quality of Life Over a 3-Year Follow-Up Interval. *Alcohol Alcohol Oxf Oxfs.* 2009;44(1):84-92.
9. World Health Organization. International Guide for Monitoring Alcohol Consumption and Related Harm [Internet]. World Health Organization. 209 p. Disponible sur: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/international-guide-for-monitoring-alcohol-consumption-and-related-harm>
10. Aubin HJ, Dureau-Pournin C, Falissard B, Paille F, Rigaud A, Micon S, et al. Use of Nalmefene in Routine Practice: Results from a French Prospective Cohort Study and a National Database Analysis. *Alcohol Alcohol Oxf Oxfs.* 10 mai 2021;56(5):545-55.
11. Chick J, Andersohn F, Guillo S, Borchert K, Toussi M, Braun S, et al. Safety and Persistence of Nalmefene Treatment for Alcohol Dependence. Results from Two Post-authorisation Safety Studies. *Alcohol Alcohol Oxf Oxfs.* 30 août 2021;56(5):556-64.
12. Miyata H, Takahashi M, Murai Y, Tsuneyoshi K, Hayashi T, Meulien D, et al. Nalmefene in alcohol-dependent patients with a high drinking risk: Randomized controlled trial. *Psychiatry Clin Neurosci.* nov 2019;73(11):697-706.
13. François C, Rahhali N, Chalem Y, Sørensen P, Luquiens A, Aubin HJ. The Effects of as-Needed Nalmefene on Patient-Reported Outcomes and Quality of Life in Relation to a Reduction in Alcohol Consumption in Alcohol-Dependent Patients. *PLoS ONE.* 8 juin 2015;10(6):e0129289.

14. Roerecke M, Sørensen P, Laramée P, Rahhali N, Rehm J. Clinical relevance of nalmefene versus placebo in alcohol treatment: reduction in mortality risk. *J Psychopharmacol Oxf Engl*. nov 2015;29(11):1152-8.
15. Kotake K, Hosokawa T, Tanaka M, So R, Banno M, Kataoka Y, et al. Efficacy and safety of alcohol reduction pharmacotherapy according to treatment duration in patients with alcohol dependence or alcohol use disorder: A systematic review and network meta-analysis. *Addict Abingdon Engl*. mai 2024;119(5):815-32.
16. Gillet C, Mossé P. L'alcoolodépendance : une addiction comme une autre ? Après-Demain. 2009;N° 10, NF(2):14-7.
17. Spilka S, Le Nézet O, Janssen E, Brissot A, Philippon A, Chyderiotis S. Drogues : perceptions des produits, des politiques publiques et des usagers. *Enq EROPP OFDT*. avr 2019;
18. Viol M. Les déterminants de l'évocation de l'addiction en cabinet de médecine générale : point de vue des patients souffrant d'addiction : étude qualitative réalisée auprès de 11 patients du département de l'Hérault. 17 mai 2022;161.
19. Pautrat M, Riffault V, Ciolfi D, Breton H, Brunault P, Lebeau J. Repérage des troubles liés à une substance et troubles addictifs dans le discours des patients [Internet]. 2019 . Disponible sur: https://www.exercer.fr/full_article/1236
20. Nygaard P, Aasland OG. Barriers to implementing screening and brief interventions in general practice: findings from a qualitative study in Norway. *Alcohol Alcohol Oxf Oxf*. 2011;46(1):52-60.
21. Philippe Binder, Paul Vanderkam. Intervenir sur les addictions en médecine générale. Deuxième partie – Les interventions possibles. EXERCER. 2017;
22. Le dispositif de soins en addictologie | MILDECA. Disponible sur: <https://www.drogues.gouv.fr/le-dispositif-de-soins-en-addictologie-0>
23. Recommandations SFA [Internet]. Société Française d'Alcoologie. Disponible sur: <https://sfalcoologie.fr/recommandations-sfa/>
24. O'Donnell A, Abidi L, Brown J, Karlsson N, Nilsen P, Roback K, et al. Beliefs and attitudes about addressing alcohol consumption in health care: a population survey in England. *BMC Public Health*. 21 mars 2018;18(1):391.
25. Cogordan C, Quatremère G, Andler R, Guignard R, Richard JB, Nguyen-Thanh V. Dialogue entre médecin généraliste et patient : les consommations de tabac et d'alcool en question, du point de vue du patient. *Rev DÉpidémiologie Santé Publique*. 1 nov 2020;68(6):319-26.
26. Field CA, Klimas J, Barry J, Bury G, Keenan E, Smyth BP, et al. Problem alcohol use among problem drug users in primary care: a qualitative study of what patients think about screening and treatment. *BMC Fam Pract*. 13 juill 2013;14:98.
27. Tam CWM, Knight A, Liaw ST. Alcohol screening and brief interventions in primary care - Evidence and a pragmatic practice-based approach. *Aust Fam Physician*. oct 2016;45(10):767-70.
28. Coste S, Gimenez L, Comes A, Abdelnour X, Dupouy J, Escourrou E. Discussing alcohol use with the GP: a qualitative study. *BJGP Open*. 4(2):bjgpopen20X101029.

29. Phan T, Yana J, Fabre J, Yana L, Renard V, Ferrat E. Repérage de la consommation d'alcool à risque par les médecins généralistes : enquête auprès de patients en soins premiers. *Rev Épidémiologie Santé Publique*. 1 août 2020;68(4):215-25.
30. Haute Autorité de Santé. Outil d'aide au repérage précoce et intervention brève : alcool, cannabis, tabac chez l'adulte. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1795221/fr/outil-d-aide-au-reperage-precoce-et-intervention-breve-alcool-cannabis-tabac-chez-l-adulte
31. Simon CB, McCabe CJ, Matson TE, Oliver M, Bradley KA, Hallgren KA. High test-retest reliability of the Alcohol Use Disorders Identification Test-Consumption (AUDIT-C) questionnaire completed by primary care patients in routine care. *Alcohol Clin Exp Res*. févr 2024;48(2):302-8.
32. Barré T, Di Beo V, Roux P, Mourad A, Verger P, Fressard L, et al. Screening for alcohol use in primary care: assessing French general practitioner practices. *Alcohol Alcohol*. oct 2023;58(6):672-82.
33. Djengué A, Pham AD, Kowalski V, Burri C. L'alcoolologie et les futurs médecins généralistes français. Évaluation des connaissances, des pratiques et de la formation reçue en fin d'internat. *Psychotropes*. 2017;23(1):89-109.
34. Náfrádi L, Nakamoto K, Schulz PJ. Is patient empowerment the key to promote adherence? A systematic review of the relationship between self-efficacy, health locus of control and medication adherence. *PLOS ONE*. 17 oct 2017;12(10):e0186458.
35. Rubak S, Sandbaek A, Lauritzen T, Christensen B. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract*. avr 2005;55(513):305-12.
36. A B, Amine B, L B, Michel R, M L. L'entretien motivationnel : évaluation de l'efficacité en addictologie. *ALCOOLOGIE ADDICTOLOGIE*. 2009;(2 vol 31):129-40.
37. Cunningham JA, Neighbors C, Wild C, Humphreys K. Ultra-brief intervention for problem drinkers: results from a randomized controlled trial. *PloS One*. 2012;7(10):e48003.
38. Beich A, Thorsen T, Rollnick S. Screening in brief intervention trials targeting excessive drinkers in general practice: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 6 sept 2003;327(7414):536-42.
39. Lécallier D. L'entretien motivationnel chez l'alcoolodépendant. *Rev Prat – Médecine Générale*. 2013;
40. McKay JR, Hiller-Sturmhöfel S. Treating Alcoholism As a Chronic Disease. *Alcohol Res Health*. 2011;33(4):356-70.
41. Rehm J, Anderson P, Manthey J, Shield KD, Struzzo P, Wojnar M, et al. Alcohol Use Disorders in Primary Health Care: What Do We Know and Where Do We Go? *Alcohol Alcohol Oxf Oxfs*. juill 2016;51(4):422-7.
42. Williams EC, Achtmeyer CE, Young JP, Berger D, Curran G, Bradley KA, et al. Barriers to and Facilitators of Alcohol Use Disorder Pharmacotherapy in Primary Care: A Qualitative Study in Five VA Clinics. *J Gen Intern Med*. mars 2018;33(3):258-67.
43. Benkiran L. Le médecin généraliste face aux principales addictions aux produits (tabac, alcool, cannabis, opiacés, cocaïne): freins au repérage et à la gestion dans la pratique

courante: enquête qualitative réalisée auprès de 20 praticiens de la région PACA. 13 mars 2014;84.

44. Layrac R. Leviers et obstacles à la coordination du parcours de santé addictologique par les médecins généralistes du Marmandais : recherche qualitative par focus group et entretiens individuels semi-dirigés. 21 janv 2020;68.
45. Tadori Y. [Pharmacological profile and clinical findings of nalmefene (Selincro®) for reducing alcohol consumption in patients with alcohol dependence]. *Nihon Yakurigaku Zasshi Folia Pharmacol Jpn.* 2020;155(2):113-9.
46. Higuchi S, Takahashi M, Murai Y, Tsuneyoshi K, Nakamura I, Meulien D, et al. Long-term safety and efficacy of nalmefene in Japanese patients with alcohol dependence. *Psychiatry Clin Neurosci.* août 2020;74(8):431-8.
47. Binder P, Brabant Y, Baque M, Ingrand P, Castéra P, Di Patrizio P, Laporte C, Dupouy J, Messaadi N, Vanderkam P. Influence des choix pédagogiques et des représentations sur les connaissances et raisonnements en addictologie chez les étudiants en fin de DES de médecine générale [Internet]. 2019.
48. Livingston JD, Milne T, Fang ML, Amari E. The effectiveness of interventions for reducing stigma related to substance use disorders: a systematic review. *Addict Abingdon Engl.* janv 2012;107(1):39-50.
49. JP Lebeau, I. Aubin-Auger, JS Cadwallader, J. Gilles de la Londe, M. Lustman, A. Mercier, A. Peltier. Boutique La Revue du Praticien. Initiation à la recherche qualitative en Santé. Disponible sur: <https://boutique.larevuedupraticien.fr/initiation-a-la-recherche-qualitative-en-sante>

Annexe 1 – Guide d’entretien

Présentation du médecin réalisé avant l’entretien :

1. Sexe
2. Age
3. Type d’exercice : urbain, rural, semi-rural
5. Ancienneté d’installation au cabinet
6. Avez-vous déjà eu une formation spécifique en addictologie ?
7. Nombre de patients suivis pour un sevrage alcoolique ?

1) Faites-vous des sevrages alcooliques ?

2) Racontez-moi comment vous faites un sevrage ?

3) D’après vous, quels traitements sont les plus efficaces selon la littérature ?

4) Si vous connaissez le Nalméfène (Selincro®), le prescrivez-vous et pourquoi ?

Questions à poser si « oui » à la question 4 :

5) Le traitement a-t-il été bien accepté par le patient ?

6) Lorsque le traitement a été accepté par vos patients, le patient a-t-il poursuivi le traitement jusqu’à la fin de la prescription médicale ?

Questions à poser si « non » à la question 4 :

5) Si vous ne le prescrivez pas, quels sont pour vous les freins à sa prescription ?

6) De quel outil auriez-vous besoin pour pouvoir le prescrire ?

Annexe 2 – Questionnaire FACE ⁽³⁰⁾



Questionnaire FACE (Formule pour approcher la consommation d'alcool par entretien)

1. À quelle fréquence consommez-vous des boissons contenant de l'alcool ?

Jamais = 0 ; Une fois par mois ou moins = 1 ; Deux à 4 fois par mois = 2 ; Deux à 3 fois par semaine = 3 ; Quatre fois par semaine ou plus = 4 ; **Score :**

2. Combien de verres standard buvez-vous, les jours où vous buvez de l'alcool ?

1 ou 2 = 0 ; 3 ou 4 = 1 ; 5 ou 6 = 2 ; 7 à 9 = 3 ; 10 ou plus = 4 ; **Score :**

3. Est-ce que votre entourage vous a fait des remarques concernant votre consommation d'alcool ?

Non = 0 ; Oui = 4 ; **Score :**

4. Vous est-il arrivé de consommer de l'alcool le matin pour vous sentir en forme ?

Non = 0 ; Oui = 4 ; **Score :**

5. Vous est-il arrivé de boire et de ne plus vous souvenir le matin de ce que vous avez pu dire ou faire ?

Non = 0 ; Oui = 4 ; **Score :**

Interprétation du score total ; hommes (H) / femmes (F)

Risque faible ou nul : H moins de 5 ; F moins de 4 : **renforcement des conduites favorables à la santé**

Consommation excessive probable : H 5 à 8 ; F : 4 à 8 : **intervention brève**

Dépendance probable : H et F plus de 8 : **proposer une consultation d'addictologie**

Annexe 3 – Questionnaire AUDIT-C

Sur l'année écoulée (nombre de points attribués entre parenthèses) :

• **Combien de fois vous arrive-t-il de consommer de l'alcool ?**

- Jamais (0) 1 fois par mois (1) 2 à 4 fois par mois (2)
 2 à 3 fois par semaine (3) 4 fois ou plus par semaine (4)

• **Combien de verres-standard buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?**

- 1 ou 2 (0) 3 ou 4 (1) 5 ou 6 (2)
 7 à 9 (3) 10 ou plus (4)

• **Au cours d'une même occasion, combien de fois vous arrive-t-il de boire 6 verres-standard ou plus ?**

- Jamais (0) Moins de 1 fois par mois (1) 1 fois par mois (2)
 1 fois par semaine (3) Chaque jour ou presque (4)

→ **Mésusage probable** : score ≥ 4 chez l'homme et ≥ 3 chez la femme.

→ **Dépendance probable** : score ≥ 10 quel que soit le sexe.



UNIVERSITE DE POITIERS



Faculté de Médecine et de Pharmacie

SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure 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 !

