

Année 2023/2024

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

Adrien BOUCLÉ

Né le 23 septembre 1986 à Tours (37)

TITRE

Impact d'une démarche de sensibilisation au dépistage des troubles cognitifs liés à l'alcool par le Dispositif d'Intervention Mobile en Addictologie auprès des médecins généralistes du Loiret

Présentée et soutenue publiquement le 21 novembre 2024 devant un jury composé de :

Président du Jury : Professeur Nicolas BALLON, Psychiatrie-Addictologie, Faculté de Médecine – Tours

Membres du Jury :

Professeur Annick TOUTAIN, Génétique, Faculté de Médecine – Tours

Docteur Raphaël SERREAU, Addictologie, HDR-PH, Centre d'addictologie – Fleury-les-Aubrais

Docteur Marie-Laurence NGUYEN-DINH, Médecine Générale – Trainou

Directeur de thèse : Docteur Anne-Marie BRIEUDE, Addictologie, PH, Centre d'addictologie - DIMA – Fleury-les-Aubrais

UNIVERSITE DE TOURS FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr Denis ANGOULVANT

VICE-DOYEN

Pr David BAKHOS

ASSEESSEURS

Pr Philippe GATAULT, *Pédagogie*
Pr Caroline DIGUISTO, *Relations internationales*
Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*
Pr Pierre-Henri DUCLUZEAU, *Formation Médicale Continue*
Pr Hélène BLASCO, *Recherche*
Pr Pauline SAINT-MARTIN, *Vie étudiante*

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

Mme Carole ACCOLAS

DOYENS HONORAIRES

Pr Emile ARON (†) – 1962-1966
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Pr Georges DESBUQUOIS (†) – 1966-1972
Pr André GOUAZE (†) – 1972-1994
Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004
Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014
Pr Patrice DIOT – 2014-2024

PROFESSEURS EMERITES

Pr Daniel ALISON
Pr Gilles BODY
Pr Philippe COLOMBAT
Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Pr Patrice DIOT
Pr Luc FAVARD
Pr Bernard FOUQUET
Pr Yves GRUEL
Pr Frédéric PATAT
Pr Loïc VAILLANT

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – P. ARBEILLE – A. AUDURIER – A. AUTRET – D. BABUTY – C. BARTHELEMY – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L. CASTELLANI – J. CHANDENIER – A. CHANTEPIE – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – P. DUMONT – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – D. GOGA – A. GOUDEAU – J.L. GUILLMOT – O. HAILLOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – AM. LEHR-DRYLEWICZ – E. LEMARIE – G. LEROY – G. LORETTE – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINÉ – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – D. PERROTIN – L. POURCELOT – R. QUENTIN – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – P. ROSSET – D. ROYERE – A. SAINDELLE – E. SALIBA – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AMELOT Aymeric.....	Neurochirurgie
ANDRES Christian.....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis.....	Cardiologie
APETOH Lionel.....	Immunologie
AUDEMARD-VERGER Alexandra.....	Médecine interne
AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BACLE Guillaume.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BAKHOS David.....	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas.....	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle.....	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe.....	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Theodora.....	Pharmacologie clinique
BERHOUE Julien.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne.....	Cardiologie
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle.....	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique.....	Physiologie
BOULOUIS Grégoire.....	Radiologie et imagerie médicale
BOURGUIGNON Thierry.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BRILHAULT Jean.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNAUT Paul.....	Psychiatrie d'adultes, addictologie
BRUNEREAU Laurent.....	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck.....	Urologie
BUCHLER Matthias.....	Néphrologie
CAILLE Agnès.....	Biostat., informatique médical et technologies de communication
CALAIS Gilles.....	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent.....	Psychiatrie d'adultes
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe.....	Radiologie et imagerie médicale
DEQUIN Pierre-François.....	Thérapeutique
DESMIDT Thomas.....	Psychiatrie
DESOUBEUX Guillaume.....	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe.....	Anatomie
DI GUISTO Caroline.....	Gynécologie obstétrique
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague.....	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri.....	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EHRMANN Stephan.....	Médecine intensive – réanimation
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
ELKRIEF Laure.....	Hépatologie – gastroentérologie
ESPITALIER Fabien.....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
FAUCHIER Laurent.....	Cardiologie
FOUGERE Bertrand.....	Gériatrie
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
GATAULT Philippe.....	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe.....	Rhumatologie
GUERIF Fabrice.....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLON Antoine.....	Médecine intensive – réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GUYETANT Serge.....	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel.....	Hématologie, transfusion
HALIMI Jean-Michel.....	Thérapeutique
HERAULT Olivier.....	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis.....	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe.....	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice.....	Physiologie
LABARTHE François.....	Pédiatrie
LAFFON Marc.....	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert.....	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd.....	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique.....	Bactériologie-virologie
LAURE Boris.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LE NAIL Louis-Romée.....	Cancérologie, radiothérapie
LECOMTE Thierry.....	Gastroentérologie, hépatologie

LEFORT Bruno.....	Pédiatrie
LEGRAS Antoine.....	Chirurgie thoracique
LEMAIGNEN Adrien.....	Maladies infectieuses
LESCANNE Emmanuel.....	Oto-rhino-laryngologie
LEVESQUE Éric.....	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LINASSIER Claude.....	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent.....	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François.....	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain.....	Pneumologie
MARRET Henri.....	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel.....	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent.....	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine.....	Pédiatrie
MOREL Baptiste.....	Radiologie pédiatrique
MORINIERE Sylvain.....	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa.....	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis.....	Rhumatologie
ODENT Thierry.....	Chirurgie infantile
OUAÏSSI Mehdi.....	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna.....	Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PARE Arnaud.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
PASI Marco.....	Neurologie
PERROTIN Franck.....	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean.....	Ophtalmologie
PLANTIER Laurent.....	Physiologie
REMERAND Francis.....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe.....	Biologie cellulaire
RUSCH Emmanuel.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline.....	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem.....	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab.....	Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria.....	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET-BIGOT Bénédicte.....	Thérapeutique
THOMAS-CASTELNAU Pierre.....	Pédiatrie
TOUTAIN Annick.....	Génétique
VOURC'H Patrick.....	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé.....	Immunologie
ZEMMOURA Ilyess.....	Neurochirurgie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

LIMA MALDONADO Igor.....Anatomie
MALLET Donatien.....Soins palliatifs

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine.....Anglais

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

CANCEL Mathilde	Cancérologie, radiothérapie
CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo.....	Rhumatologie
CHESNAY Adélaïde.....	Parasitologie et mycologie
CLEMENTY Nicolas.....	Cardiologie
DE FREMINVILLE Jean-Baptiste.....	Cardiologie
DOMELIER Anne-Sophie.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane.....	Biophysique et médecine nucléaire
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie.....	Anatomie et cytologie pathologiques
GARGOT Thomas.....	Pédopsychiatrie
GOUILLEUX Valérie.....	Immunologie
HOARAU Cyrille.....	Immunologie
KERVAREC Thibault.....	Anatomie et cytologie pathologiques
KHANNA Raoul Kanav.....	Ophtalmologie
LE GUELLEC Chantal.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEDUCQ Sophie.....	Dermatologie
LEJEUNE Julien.....	Hématologie, transfusion
MACHET Marie-Christine.....	Anatomie et cytologie pathologiques
MOUMNEH Thomas.....	Médecine d'urgence
PIVER Eric.....	Biochimie et biologie moléculaire
RAVALET Noémie.....	Hématologie, transfusion
ROUMY Jérôme.....	Biophysique et médecine nucléaire
STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie.....	Anatomie et cytologie pathologiques
STEFIC Karl.....	Bactériologie
TERNANT David.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VAYNE Caroline.....	Hématologie, transfusion
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure.....	Génétique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia.....	Neurosciences
BLANC Romuald.....	Orthophonie
EL AKIKI Carole.....	Orthophonie
NICOGLIOU Antonine.....	Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald.....	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile.....	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

AUMARECHAL Alain.....	Médecine Générale
BARBEAU Ludvine.....	Médecine Générale
CHAMANT Christelle.....	Médecine Générale
ETTORI Isabelle.....	Médecine Générale
MOLINA Valérie.....	Médecine Générale
PAUTRAT Maxime.....	Médecine Générale
PHILIPPE Laurence.....	Médecine Générale
RUIZ Christophe.....	Médecine Générale
SAMKO Boris.....	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRAE

BECKER Jérôme.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUAKAZ Ayache.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUTIN Hervé.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BRIARD Benoît.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
CHALON Sylvie.....	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
DE ROCQUIGNY Hugues.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
ESCOFFRE Jean-Michel.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GILOT Philippe.....	Chargé de Recherche Inrae – UMR Inrae 1282
GOMOT Marie.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GUILLEUX Fabrice.....	Directeur de Recherche CNRS – UMR Inserm 1100
GUEGUINOU Maxime.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
HAASE Georg.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
HENRI Sandrine.....	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
HEUZE-VOURCH Nathalie.....	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
KORKMAZ Brice.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
LABOUTE Thibaut.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LATINUS Marianne.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LAUMONNIER Frédéric.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LE MERRER Julie.....	Directrice de Recherche CNRS – UMR Inserm 1253
MAMMANO Fabrizio.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
PAGET Christophe.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
RAOUL William.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
SECHER Thomas.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SI TAHAR Mustapha.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SUREAU Camille.....	Directrice de Recherche émérite CNRS – UMR Inserm 1259
TANTI Arnaud.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
WARDAK Claire.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'éthique médicale

BIRMELE Béatrice.....Praticien Hospitalier

Pour la médecine manuelle et l'ostéopathie médicale

LAMANDE Marc.....Praticien Hospitalier

Pour l'orthophonie

BATAILLE Magalie.....	Orthophoniste
CLOUTOUR Nathalie.....	Orthophoniste
CORBINEAU Mathilde.....	Orthophoniste
HARIVEL OUALLI Ingrid.....	Orthophoniste
IMBERT Mélanie.....	Orthophoniste
SIZARET Eva.....	Orthophoniste

Pour l'orthoptie

BOULNOIS Sandrine.....Orthoptiste

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des enseignants et enseignantes
de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition 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 aux indigents,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis(e) 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(euse) et reconnaissant(e) envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs parents.

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

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Nicolas BALLON

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter la présidence de ce jury. Je vous remercie de votre confiance et de l'intérêt que vous avez bien voulu porter à mon travail. Je vous prie d'accepter l'expression de mon plus profond respect et le témoignage de ma sincère reconnaissance.

A Madame le Professeur Annick TOUTAIN

Vous avez accepté d'être membre du jury de ma thèse. Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à mon travail, et vous prie d'agréer l'expression de mon plus profond respect.

A Madame le Docteur Anne-Marie BRIEUDE

Merci pour la confiance que tu m'as accordée en acceptant de diriger cette thèse. Je te remercie pour tes précieux conseils, ta disponibilité, ton énergie et ta bonne humeur. Également, merci de m'avoir guidé pendant les six derniers mois d'internat, tu as changé mon regard, poussé ma réflexion plus loin encore, j'ai pu grandement bénéficier de ton expérience.

A Monsieur le Docteur Raphaël SERREAU

Merci de ta bienveillance, de ta patience et de ton aide pendant ce long travail de thèse. Tu as partagé tes expériences avec moi lorsque j'en avais grandement besoin, je te remercie de m'avoir bien souvent rassuré. Je te remercie d'avoir partagé ton savoir avec moi.

A Madame le Docteur Marie-Laurence NGUYEN-DINH

J'ai eu de la chance de te rencontrer. Merci de me supporter dans ton cabinet de médecine générale avec Alexis, Alain, Evelyne et Chantal. J'ai hâte de pouvoir continuer à exercer notre beau métier avec vous. Je te remercie également de me faire confiance, ta disponibilité, ta bienveillance, le partage de connaissances et le partage d'alimentation exquise.

A tous nos participants et à Madame le Docteur Sophie GUYETANT

Merci d'avoir rendu possible cette étude, par vos disponibilités et en ayant fourni votre accord sur le plan éthique de celle-ci.

Aux équipes DIMA, CMP Saint Marc, Centre de Cure Chateau

Merci pour nos rencontres, merci de m'avoir accueilli et guidé dans le monde des soins en addictologie pendant mes six derniers mois d'internat.

A mes maîtres de stages de Médecine Générale, Docteur Alain FERRAGU, Docteur Christophe BEDIU, Docteur Marina GAIMON, Docteur Nicolas DUTHOIT et Docteur Alexandre SCOCCIMARO

Merci de m'avoir accueilli au sein de votre cabinet et de m'avoir tout appris (ou presque). Merci de votre accompagnement, j'ai tant appris à vos côtés, je n'oublierai pas.

A mon amie Amélie GRAND

Je te remercie d'avoir partagé ton savoir-faire en Neuropsychologie avec moi et pour toute l'aide que tu m'as apporté dans ce travail. Aussi, merci pour les soirées, les restos, les cadeaux, les *Harry Potter*.

A mon ami Fabien AZEVEDO, Thomas DE TOFFOL

Merci à vous les amis d'avoir été là dans les bons et les mauvais moments. Vous m'avez soutenu dans ce travail, je vous suis reconnaissant.

A mon ami Pierre VERDON et sa famille

Je vous remercie de m'avoir accueilli parmi vous et de m'avoir aidé dans ce travail de thèse. Merci pour l'intérêt et les soins que vous m'avez apportés.

A mes parents, ma famille, mes amis

Merci à Alain et Marie-Christine BOUCLÉ de m'avoir donné votre amour, vous avez toujours été là pour moi et vous avez assuré. Chapeau ! Donc je vous aime. Merci à tout le reste de ma famille et tous mes amis.

RESUME

Contexte : La consommation chronique excessive d'alcool représente la deuxième cause de mortalité évitable en France après le tabac. Elle peut entraîner un continuum de troubles cognitifs liés à l'alcool (TCLA) de sévérités variables, qui peuvent freiner le processus motivationnel, amoindrir les capacités des patients à bénéficier des prises en charges et augmenter le risque de rechute. Dans le cadre du soutien des médecins généralistes dans le suivi de ces patients complexes, le Dispositif d'Intervention Mobile en Addictologie (DIMA), créé en septembre 2021, s'est inscrit dans une véritable démarche de sensibilisation aux TCLA auprès des médecins généralistes du Loiret. Le dépistage précoce des TCLA en soins primaires par le test MoCA permettrait de favoriser la prise en charge précoce des patients.

Objectifs : Explorer la motivation des médecins généralistes sensibilisés par le DIMA à dépister les TCLA, ainsi que leurs changements d'approches dans la relation et dans la prise en charge des patients atteints de TCLA.

Méthode : Etude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés réalisés dans un échantillon raisonné homogène de sept médecins généralistes installés dans le Loiret ayant bénéficié de la démarche de sensibilisation du DIMA. Le vécu des participants a été analysé selon une approche empirico-inductive inspirée de la phénoménologie interprétative.

Résultats : Plusieurs participants ont exprimé une stimulation de leur vigilance au repérage des TCLA, parfois associée à leur prise de conscience d'une sous-estimation des TCLA dans leur patientèle. Des améliorations dans la relation médecin-patient : regain d'empathie, tolérance relationnelle accrue, confort de pratique médicale ont été mises en évidence chez plus de la moitié des participants, tendant à faire diminuer le rejet de ces patients en soins primaires. Le soutien d'une équipe spécialisée a été souligné chez plusieurs participants pour lutter contre l'isolement professionnel remettant le médecin dans son rôle propre dans la prise en charge multidisciplinaire complexe de ces patients.

Conclusion : Cette étude montre que la démarche de sensibilisation et de soutien du DIMA a eu un impact significatif sur les connaissances, la pratique clinique et la relation médecin-patient de la plupart des médecins généralistes sensibilisés.

Mots clefs : troubles cognitifs liés à l'alcool – dépistage – sensibilisation – médecins généralistes – test MoCA – relation médecin-patient – étude qualitative.

ABSTRACT

Impact of an approach to raise awareness of screening for alcohol-related cognitive impairments among general practitioners in the Loiret region by the Dispositif d'Intervention Mobile en Addictologie.

Background: Chronic excessive alcohol consumption is the second leading cause of avoidable death in France after tobacco. It can lead to a continuum of alcohol-related cognitive impairment (ARCI) of varying severity, which can hinder the motivational process, reduce patients' ability to benefit from treatment and increase the risk of relapse. As part of its support for general practitioners (GP) in monitoring these complex patients, the Mobile Addiction Intervention Unit (DIMA), set up in September 2021, has embarked on a genuine initiative to raise awareness of ARCI among GP in the Loiret region. Early detection of ARCI in primary care, using the MoCA test, would encourage early care of patients.

Aims: To explore the motivation of GP sensitized by the DIMA to screen for ARCI, and the changes in their approach to the relationship and care of patients with ARCI.

Method: Qualitative study using individual semi-directed interviews with a homogeneous purposive sample of seven GP in the Loiret region who had benefited from the DIMA awareness-raising approach. The participants' experiences were analyzed using an empirico-inductive approach inspired by interpretative phenomenology.

Results: Several participants expressed a stimulation of their vigilance in identifying ARCI, sometimes associated with their awareness of an underestimation of ARCI in their patient population. Improvements in the doctor-patient relationship, such as increased empathy, greater relational tolerance and comfort in medical practice, were highlighted by more than half the participants, tending to reduce the rejection of these patients in primary care. The support of a specialized team was emphasized by several participants as a way of combating professional isolation, putting the doctor back in his proper role in the complex multidisciplinary management of these patients.

Conclusion: This study shows that the DIMA awareness-raising and support approach had a significant impact on the knowledge, clinical practice and doctor-patient relationship of most of the GP involved.

Key words: alcohol-related cognitive impairments – screening – awareness raising – general practitioners – MoCA test – doctor-patient relationship – qualitative study.

LISTE DES ABREVIATIONS

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

BEARNI : Brief Evaluation of the Alcohol-Related Neuropsychological Impairments

CMP : Centre Médico-Psychologique

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

COPAAH : COLLège Professionnel des Acteurs de l'Addictologie Hospitalière

DIMA : Dispositif d'Intervention Mobile en Addictologie

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

DUMAS : Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance

HAS : Haute Autorité de Santé

IDE, ASALEE : Infirmier(e) Diplômé(e) d'État, Action de Santé Libérale En Equipe.

IPA : Infirmier(e) de Pratique Avancée

OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

MADD : Maintien à Domicile Difficile

MeSH : Medical Subject Headings

MG : Médecins Généralistes

MMSE : Mini Mental State Evaluation

MoCA : Montreal Cognitive Assessment

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

PEC : Prise En Charge

SK : Syndrome de Korsakoff

SUDOC : Système Universitaire de DOCumentation

TCLA : Troubles Cognitifs Liés à l'Alcool

TUA : Trouble de l'Usage de l'Alcool

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	15
1 GENERALITES	18
1.1 Epidémiologie.....	18
1.2 Troubles cognitifs liés à l'alcool	20
1.3 Tests de dépistage des troubles cognitifs liés à l'alcool	25
1.4 Dispositif d'intervention mobile en addictologie (DIMA)	27
2 MATERIEL ET METHODE	28
2.1 Recherche bibliographique	28
2.2 Type d'étude.....	28
2.3 Population étudiée	28
2.4 Recueil des données	28
2.5 Analyse des données	29
2.6 Aspect éthiques et réglementaires.....	30
3 RESULTATS.....	31
3.1 Caractéristiques démographiques de la population étudiée	31
3.2 Caractéristiques des entretiens.....	31
3.3 Analyses phénoménologiques interprétatives	32
3.3.1 Participante M7	33
3.3.2 Participante M6	44
3.3.3 Participante M3	54
3.3.4 Participante M2	65
3.3.5 Participant M4	73
3.3.6 Participante M1	80
3.3.7 Participant M5	87
3.3.8 Recherche de Patterns	92
4 DISCUSSION	96
4.1 Résultats principaux.....	96
4.2 Comparaison à la littérature	99
4.3 Forces et limites	101
4.4 Perspectives	103
CONCLUSION	104
BIBLIOGRAPHIE	105
ANNEXES.....	111
1) Annexe 1 : Courriel de demande de participation aux médecins généralistes	111
2) Annexe 2 : Guide d'entretien.....	112

3)	<i>Annexe 3 : Questionnaire de caractéristiques démographiques.....</i>	<i>113</i>
4)	<i>Annexe 4 : Retranscription des entretiens</i>	<i>114</i>
5)	<i>Annexe 5 : Test MoCA</i>	<i>145</i>
6)	<i>Annexe 6 : Formation aux TCLA par le DIMA</i>	<i>146</i>

INTRODUCTION

La consommation chronique excessive d'alcool représente la deuxième cause de mortalité évitable en France après le tabac. Au niveau mondial, elle était en 2016 le premier facteur de risque de mortalité prématurée et d'incapacité dans la population jeune des 15-49 ans [1][2][3]. En 2012 l'alcool était la première cause d'hospitalisation en France [4]. Bien qu'il s'agisse de l'une des substances à usage récréatif les plus neurotoxiques [5], l'alcool bénéficie d'un accès simple en vente libre et d'un ancrage culturel important en France. Les niveaux actuels en termes de volume d'alcool vendus demeurent en France parmi les plus élevés au monde [6]. De plus, les associations telles que la Fédération Française d'addictologie, Addictions France soulignent un conflit d'intérêt majeur en critiquant le gouvernement de ne pas avoir soutenu officiellement le Dry January par pression des lobbys de l'alcool [7][8].

Les atteintes somatiques digestives engendrées par sa consommation sont bien reconnues dans la population générale contrairement à ses effets sur le plan cognitif [9]. Or, la consommation chronique excessive d'alcool entraîne des perturbations neuroanatomiques induisant un continuum de troubles cognitifs de sévérités variables et potentiellement réversibles par l'abstinence [10][11][12]. Ces troubles cognitifs liés à l'alcool (TCLA) sont retrouvés chez plus de la moitié des patients fréquentant les centres de soin en addictologie [13]. Ils peuvent freiner le processus motivationnel, amoindrir les capacités des patients à bénéficier des prises en charge et augmente le risque de rechute [14] [15] [16]. En outre, les mécanismes de défenses psychologiques des patients tels que la dénéigation ou le déni, favorisent la poursuite des consommations et l'évolution vers une forme encore plus approfondie d'incapacité à reconnaître la maladie qu'est l'anosognosie par atteinte des réseaux cérébraux [17]. Ceci participant à mener vers des tableaux cliniques sévères comme le syndrome de Korsakoff.

Il existe plusieurs outils de dépistage (MoCA, BEARNI, MMS...). Le MMS est le plus utilisé par les médecins généralistes mais n'est pas le plus adapté aux TCLA. Le BEARNI est complet mais sa réalisation est difficile en médecine générale et réservé aux neuropsychologues. Le test MoCA réalise le meilleur compromis, réalisable en une vingtaine de minutes [14]. De plus, ce dépistage est valorisé par une cotation CCAM ALQP006 à 69,12 euros [18]. Le dépistage précoce des TCLA en soins primaires par le test MoCA permettrait de favoriser la prise en charge précoce des patients afin d'éviter l'évolution des troubles vers des formes sévères épuisants le patient, son entourage, ainsi que les soignants. Alors, comment motiver le dépistage des TCLA auprès des médecins généralistes en première ligne ?

Du côté des médecins le ressenti lorsqu'ils rencontrent des malades, en particulier des malades alcoolodépendants, n'est pas neutre. Les contre-attitudes négatives sont les plus fréquentes. Ce peut être le dégoût, la colère, voire la haine, l'ennui, la dépression, en partie liée au sentiment d'impuissance associé à la répétition des échecs [19]. Les comportements problématiques des patients dans la prise en charge et dans la relation avec leurs médecins, par exemple à type de nomadisme médical, rendez-vous de consultations oubliés, non-respect des horaires, manque d'organisation et d'assiduité aux consignes médicales, ne favorisent pas la relation de confiance et tendent à décourager les soignants et l'entourage du patient [20]. Or, ces perceptions peuvent être bien souvent rapprochées à la maladie, les TCLA altèrent les capacités des patients (syndrome dysexécutif, altération de la mémoire épisodique, etc...) notamment à changer de comportement, à comprendre et à adhérer aux soins, à reconnaître leur maladie, contrastant avec la surestimation de leurs capacités à réduire leurs consommations. La revue de littérature réalisée par Camille BRIOTET dans son travail de thèse en décembre 2021 invite à s'interroger sur l'impact que pourrait avoir la formation systématique à la sémiologie de base des TCLA des médecins généralistes sur leur approche du patient présentant un trouble de l'usage de l'alcool (TUA) [21]. Le rôle de la formation et du soutien par une équipe spécialisée en addictologie sur les changements de représentations des médecins généralistes sont également évoqués dans la littérature [22].

En parallèle, la stigmatisation des personnes atteintes de TUA/TCLA sur leur consommation d'alcool ne favorise en rien l'envie de celles-ci de se dévoiler, de faire confiance et d'adhérer aux soins [23][47]. Rechercher un trouble cognitif par le test MoCA avec les patients ne serait-il pas une manière moins intrusive pour aborder indirectement leur consommation d'alcool ? On peut également s'interroger sur son rôle dans la prise de conscience des troubles par le patient et sur son rôle dans l'initiation des suivis en addictologie.

C'est devant le risque de rejets en soins primaires de ces patients complexes nécessitant une prise en charge au long cours pluridisciplinaire [17][24] qu'a été créé le Dispositif d'Intervention Mobile en Addictologie (DIMA) par l'Établissement Public de Santé Mentale Georges Daumézon (EPSM) dans le Loiret et porté par le Dr Anne-Marie BRIEUDE. Le projet a été mis en place depuis septembre 2021 et financé par le fonds d'innovation organisationnelle en psychiatrie (FIOP). Cette équipe a notamment pour missions de prendre en charge les TCLA précoces et tardifs sur le département du Loiret : dépistage, diagnostic, psychoéducation, suivi à domicile, prévention des ruptures de suivi, articulation des soins avec les addictologues et les MSP, sensibilisation des équipes de soins primaires aux TCLA et formation MoCA.

Ainsi, le DIMA s'est inscrit dans une véritable démarche de sensibilisation auprès des médecins généralistes du Loiret avec comme principaux objectifs de motiver le dépistage précoce des TCLA en soins primaires et de soutenir les MG dans la prise en charge des patients. La démarche de sensibilisation se constituait principalement autour des trois points suivants :

- La rencontre, les échanges entre l'équipe du DIMA et les MG sur leurs terrains
- Une formation autour des TCLA et l'apprentissage du test MoCA
- La mise en place de consultations avancées en addictologie par les IDE du DIMA dans les MSP ou à proximité + les visites au domicile des patients

Dans ce cadre, les objectifs principaux de cette étude étaient d'explorer :

- La motivation des médecins généralistes sensibilisés à dépister les TCLA
- Les approches adoptées par les médecins généralistes sensibilisés au niveau de la prise en charge et sur le plan relationnel avec leurs patients atteints de TUA/TCLA

En parallèle, l'objectif second était de :

- Recueillir les avis des médecins généralistes sensibilisés concernant l'abord indirect d'un TUA par le dépistage des TCLA, ainsi que sur son rôle dans la prise de conscience par le patient de sa maladie, et dans l'initiation des suivis en addictologie

Les hypothèses a priori pour construire cette étude étaient les suivantes :

- Les nouvelles connaissances améliorent la compréhension des patients atteints de TCLA par les médecins généralistes sensibilisés
- Les médecins généralistes gagnent en confiance pour réaliser des tests MoCA depuis l'apprentissage de celui-ci
- Le soutien mis en place par l'équipe DIMA améliore et facilite la prise en charge des patients en soins primaires
- Les échanges de connaissances avec les addictologues apportent une réflexion nouvelle dans la relation MG-patients, diminuant les représentations négatives
- Les médecins généralistes sensibilisés expriment un gain d'intérêts et de motivation au dépistage des TCLA

1 GENERALITES

1.1 Epidémiologie

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), l'abus d'alcool a entraîné en 2016 plus de trois millions de décès, soit un décès sur 20 (5%). C'est dans la région européenne que la consommation par habitant est la plus élevée au monde, même si celle-ci a baissé de 10 % depuis 2010. Les tendances en 2018 indiquaient que la consommation mondiale d'alcool par habitant devrait augmenter au cours des 10 prochaines années, en particulier dans les régions de l'Asie du Sud-Est, du Pacifique occidental et des Amériques [25, 26]. Une étude mondiale intégrant 195 pays parue en 2018 dans la revue médicale anglaise, *The Lancet*, confirme que la consommation d'alcool est le premier facteur de risque de mortalité prématurée et d'incapacité chez les 15-49 ans [3]. Les niveaux actuels en termes de volume d'alcool vendus demeurent en France parmi les plus élevés au monde selon l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT) en 2020 [6]. En France, elle fait partie des trois premières causes de mortalité évitable. En 2015, 41 000 décès sont estimés être attribuables à l'alcool, dont 30 000 décès chez les hommes et 11 000 décès chez les femmes, soit respectivement 11% et 4% de la mortalité des adultes de 15 ans et plus. Ceci inclut 16 000 décès par cancers, 9 900 décès par maladies cardiovasculaires, 6 800 par maladies digestives, 5 400 pour une cause externe (accident ou suicide) et plus de 3 000 pour une autre maladie (maladies mentales, troubles du comportement, etc.) [27]. En 2012 l'alcool était la première cause d'hospitalisation en France [4].

La consommation d'alcool a beaucoup diminué en France puisqu'elle est passée d'une moyenne annuelle de 26,0 litres d'alcool pur par habitant âgé de 15 ans et plus en 1961 à 11,7 litres en 2017. Néanmoins, cette tendance générale à la baisse n'est plus observée ces dernières années. En 2017, un groupe d'experts mandaté par Santé publique France et l'Institut national du cancer (INCa) a défini des repères de consommation d'alcool à moindre risque : « Si vous consommez de l'alcool, il est recommandé pour limiter les risques pour votre santé au cours de votre vie : de ne pas consommer plus de 10 verres standard par semaine et pas plus de 2 verres standard par jour ; d'avoir des jours dans la semaine sans consommation » [1]. Les données provenant du Baromètre santé de Santé publique France de 2020 montre une stabilité entre 2017 et 2020, avec le quart de la population âgée de 18 à 75 ans (23,7%) dépassant les repères de consommation d'alcool. Davantage le fait des hommes (33,2% d'entre eux) que des femmes (14,7%). Si le dépassement des repères est assez homogène en fonction de l'âge, les comportements en eux-mêmes sont différents avec les plus jeunes ayant une consommation

moins fréquente mais en plus grande quantité, au contraire de leurs aînés qui dépassent davantage les cinq jours de consommation dans la semaine. A noter que, l'envie de réduire sa consommation concerne seulement 23% des consommateurs au-dessus des repères, suggérant des comportements très ancrés et une certaine mise à distance des risques vis-à-vis de leur propre consommation [28].

Concernant les TCLA, depuis plusieurs années de nombreuses études ont montré la présence d'altérations cérébrales et cognitives chez une part significative des patients hospitalisés en addictologie, jusqu'à deux tiers des patients [13][14]. Une étude de 2017 en région Bourgogne Franche-Comté a estimé que plus de 2000 patients seraient concernés par des TCLA considérés comme invalidants [24]. D'autres études plus anciennes avaient déjà retrouvé 50 à 80 % de déficits cognitifs légers chez les patients alcoolo-dépendants et 10 % de troubles cognitifs sévères [29]. Pour d'autres encore, 20% des patients alcoolo-dépendants seulement ne présentent pas d'altération cognitive [12].

1.2 Les troubles cognitifs liés à l'alcool (TCLA)

L'origine des TCLA n'est pas univoque. Elle peut être liée à la toxicité lésionnelle ou fonctionnelle directe de l'alcool sur le système nerveux central ou à celle de son métabolisme, notamment hépatique. Les troubles peuvent être aggravés par les carences nutritionnelles, notamment vitaminiques. Ils peuvent être renforcés par des épisodes aigus directement liés à l'alcool ou au sevrage, ou aggravés par des troubles associés, ou encore des épisodes d'encéphalopathies. Le rôle des sevrages et de leur répétition, du stress oxydant ou de la neuro-inflammation est évoqué (figure 1) [15][30].

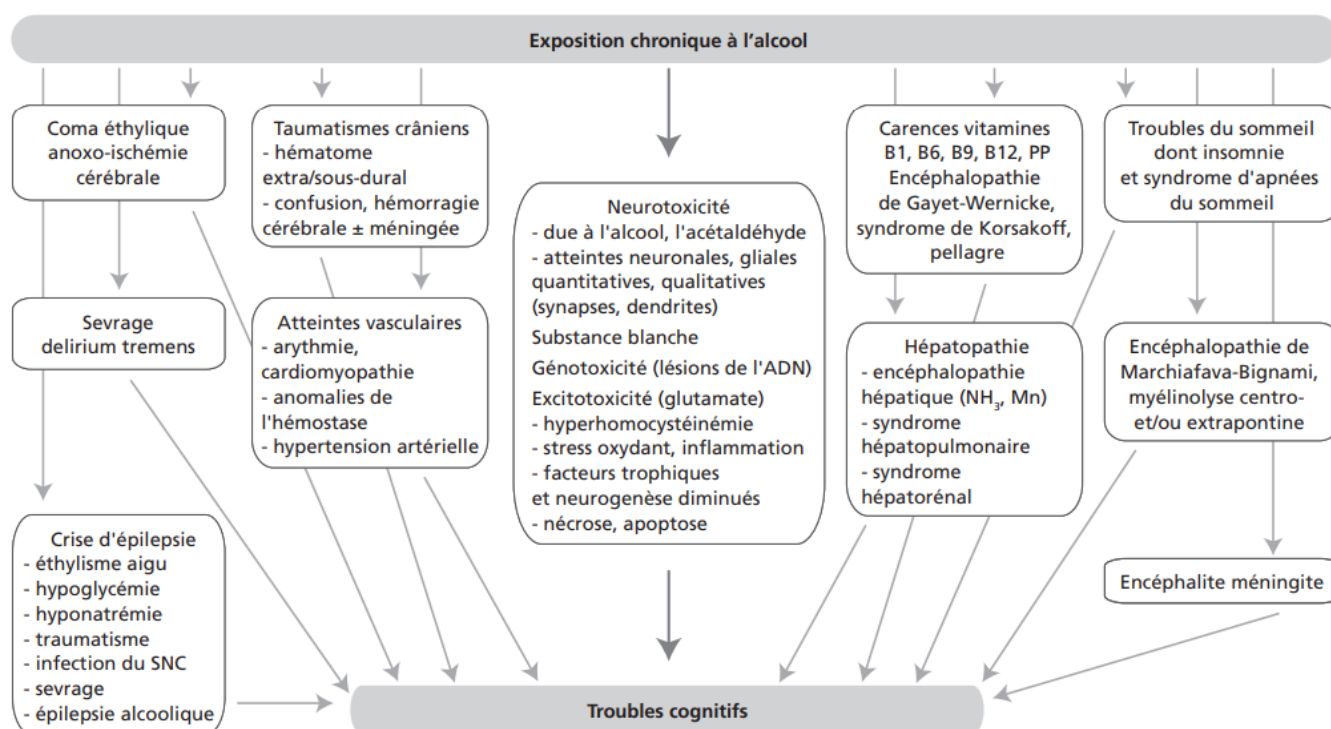


Figure 1. Origines des TCLA. Dematteis et al., 2013.

Le groupe de travail du COPAAH en 2014 a proposé d'actualiser la classification des troubles cognitifs associés à la consommation d'alcool à long terme, en raison de l'imprécision des anciennes classifications nosographiques, de leur manque de sensibilité envers des formes moins caractéristiques mais nettement plus fréquentes (dont les retombées sur la prise en charge et l'organisation des soins sont importantes) et en accord avec les modifications récentes du DSM-5. Désormais le terme de « trouble cognitif lié à l'alcool » selon trois niveaux de

sévérité (léger, modéré ou sévère) sera utilisé. Le dernier niveau incluant le syndrome de Korsakoff (figure 2).

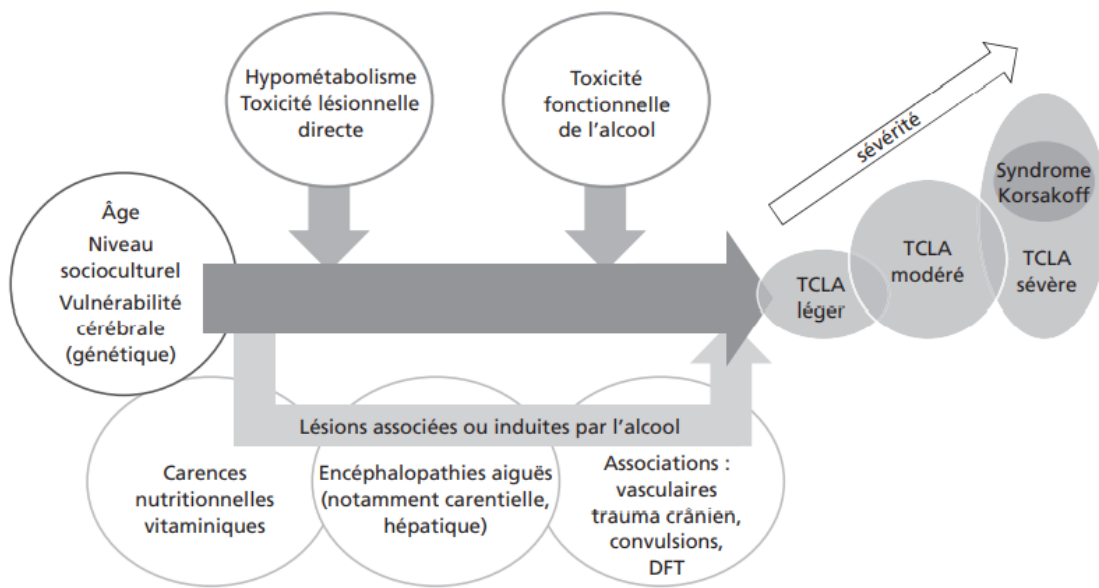


Figure 2.
Classification
des TCLA.

Le niveau de sévérité du TCLA (figure 3) est évalué à l'aide : de l'historique de la consommation d'alcool (nature, ancienneté), d'une évaluation neuropsychologique, de critères cliniques (ataxie, trouble oculomoteur) et biologiques (critères de dénutrition HAS 2007).

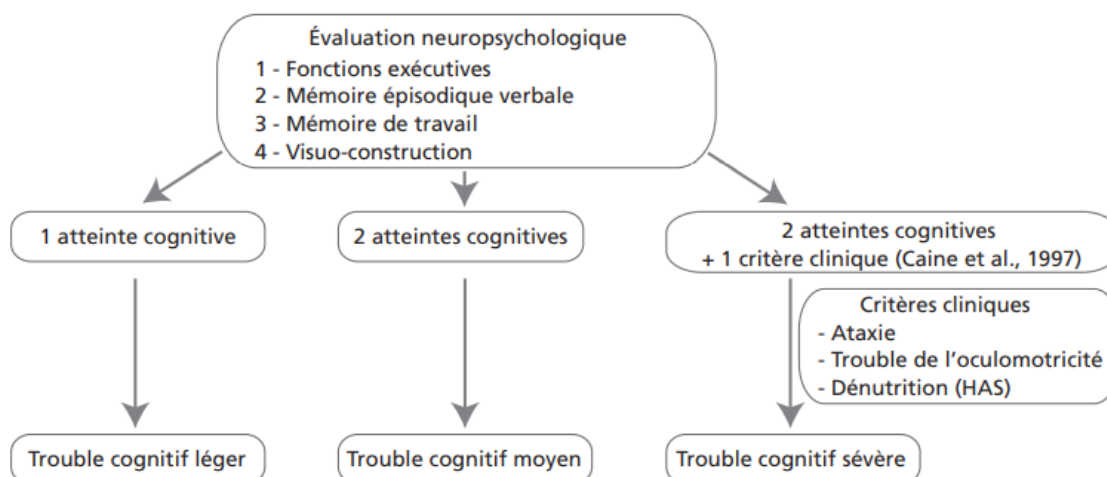


Figure 3.
Niveaux de
sévérités
des TCLA.

Les études en neuro-imagerie conduites chez les patients consommateurs réguliers et excessifs d'alcool ont montré une atteinte particulière de différentes régions cérébrales. Ces altérations touchent aussi bien les patients souffrant d'un syndrome de Korsakoff que les sujets alcoolo-dépendants sans complication neurologique avérée. Ces modifications cérébrales, tant structurales que fonctionnelles, concernent la substance grise (régions frontales dorso-latérales

et ventro-médianes, les corps mamillaires, le thalamus, l'hippocampe et le cervelet, notamment le vermis), la substance blanche (corps calleux, tronc cérébral et cervelet), ainsi qu'une réduction globale du débit sanguin cérébral. Ces altérations induisent le dysfonctionnement de trois circuits fonctionnels (figure 4) :

- Le circuit fronto-cérébelleux, qui comprend deux boucles : une boucle motrice impliquée dans le contrôle de la marche et l'équilibre ; une boucle cognitive/exécutive impliquée dans la mémoire de travail, et la flexibilité mentale.
- Le circuit de Papez, reliant les structures du système limbique entre elles (hippocampe, fornix, thalamus, corps mamillaires et gyrus cingulaire), ayant un rôle majeur dans l'élaboration de la mémoire épisodique.
- Le réseau de la cognition sociale, qui sous-tendrait les compétences de théorie de l'esprit [15]. Il s'agit du circuit fronto-cingulo-striatal (cortex frontal, cortex cingulaire, striatum) dont l'atteinte affecte les capacités à comprendre et gérer les interactions sociales [13].

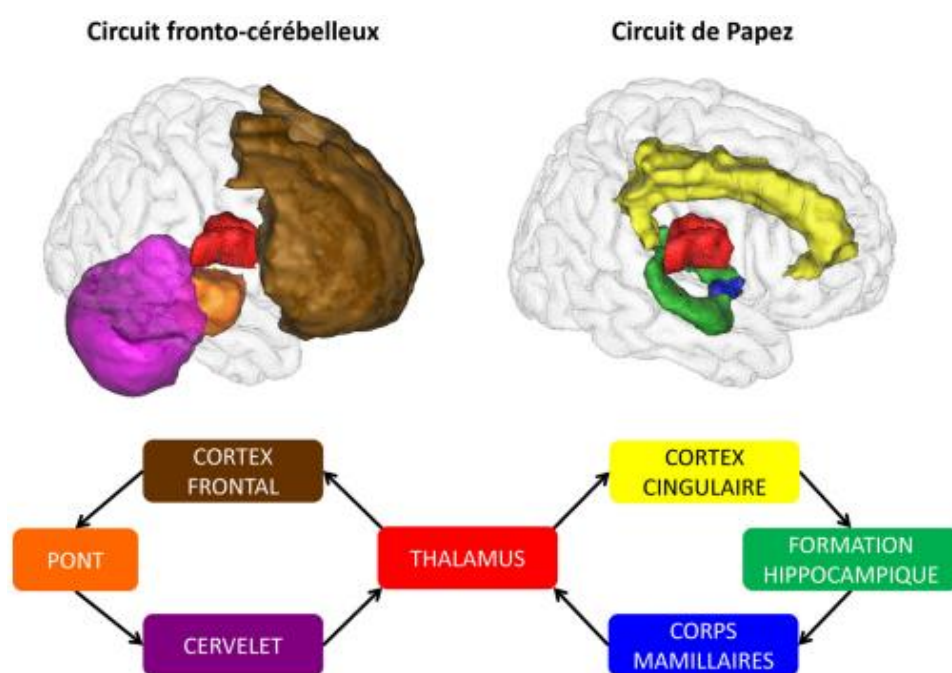


Figure 4. Illustration des deux principaux circuits cérébraux altérés dans l'alcoolodépendance. Cabé & al., *L'Encéphale* 2016 [31].

Les conséquences de ces atteintes cérébrales (tableau I) se traduisent cliniquement par un syndrome dysexécutif (altération des capacités de flexibilité, d'inhibition, de planification, de manipulation en mémoire de travail et de conceptualisation, prise de décision). L'atteinte de la mémoire épisodique implique une réduction des capacités d'apprentissage verbal et non verbal, de la récupération des souvenirs et du contexte spatiotemporel qui y est lié. Ces troubles

sont associés à un déficit de la métacognition qui conduit à une surestimation de ses propres capacités. Enfin, les troubles exécutifs et leurs conséquences thymiques favorisent l'alexithymie associée à un déficit de l'empathie émotionnelle et aux déficits de théorie de l'esprit qui conduisent au développement de difficultés interpersonnelles (indifférence aux répercussions de l'alcoolisation sur l'entourage) [15]. Certaines études ont montré que les fonctions exécutives et la mémoire épisodique sont impliquées dans les mécanismes de motivation au changement de comportement [16][32].

Tableau I. Fonctions cognitives vulnérabilisées en cas de TCLA, inspiré de Bates et al. 2013.

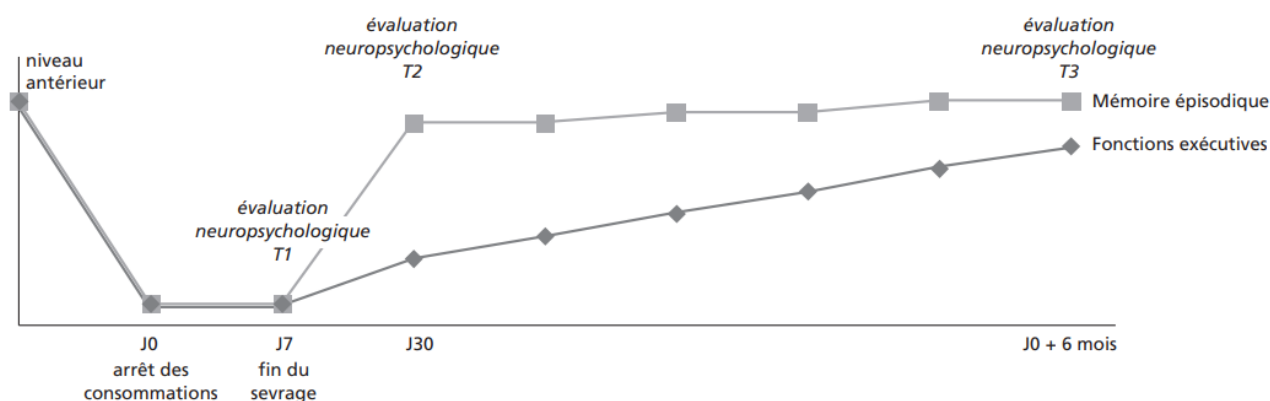
Fonctions cognitives		Vulnérables	Préservées
Efficiences Cognitive globale		X	
Fonctions exécutives	Mémoire à court terme et mémoire de travail	X	
	Flexibilité mentale	X	
	Inhibition	X	
	Déduction de règles	X	
	Conceptualisation	X	
	Planification	X	
	Résolution de problèmes	X	
	Prise de décision	X	
	Vitesse de traitement	X	
Mémoires	Mémoire épisodique verbale	X	
	Mémoire autobiographique	X	
	Mémoire prospective	X	
	Mémoire visuelle	X	
	Mémoire sémantique		X
	Mémoire procédurale		X
Habilités visuo-spatiales	Organisation visuo-spatiale	X	
	Capacités visuo-constructives	X	
Intelligence cristallisée	Vocabulaire		X

Le profil neuropsychologique caractéristique pourrait se résumer par : [15]

- une difficulté à prendre en compte l'évolution dommageable de la consommation d'alcool, notamment les conséquences au niveau des relations interpersonnelles
- une altération des facultés d'introspection et d'autocritique
- des difficultés à changer de comportement, contrastant avec une surestimation des capacités à y parvenir

La récupération des troubles :

Ces atteintes cérébrales et cognitives sont sensibles à l'arrêt de l'alcoolisation et réversibles avec l'abstinence [33]. En cas de sevrage, les troubles cognitifs diminuent progressivement, certains plus rapidement que d'autres. Ils sont plus importants pendant l'alcoolisation et dans les deux premières semaines de sevrage. Les fonctions les plus difficiles à récupérer seraient les capacités visuo-spaciales, le non-verbal, la flexibilité et la mémoire [34]. Les atteintes du lobe frontal au niveau de sa région dorsolatérale seraient réversibles au moins en partie après une période d'abstinence de 6 à 9 semaines [35]. Le cervelet, notamment le Vermis semblait être la région la plus atrophiée [16]. La durée et l'amplitude de cette récupération est conditionnée par différents facteurs : l'âge [36], l'intensité et la nature de l'atteinte initiale, la consommation entre T1 et T2 (graphique 1). L'amélioration de l'apprentissage verbal est observable en trois semaines, l'analyse de stimuli visuels complexes nécessite un à deux mois, alors que les troubles exécutifs peuvent perdurer après deux ans d'abstinence [37, 38]. Une période de six mois d'abstinence semble un laps de temps suffisant et consensuel pour observer la réversibilité de troubles mnésiques et exécutifs modérés [39].



Graphique 1. Récupération des troubles cognitifs avec l'abstinence.

Les patients souffrant d'un syndrome de Korsakoff (SK) se distinguent par la sévérité et la stabilité de l'atteinte du circuit de Papez, qui se traduit par un trouble sévère de la mémoire épisodique. La présentation clinique de ce syndrome est dominée par une amnésie antérograde marquée (oubli à mesure) associée à des fausses reconnaissances et des fabulations [15], mais également, une amnésie rétrograde, une désorientation spatiale, des troubles des fonctions exécutives et émotionnelles [40][41]. Cependant ces patients sont capables de nouveaux apprentissages, en particulier s'ils vivent dans un environnement structuré, et s'ils sont stimulés par les traitements neurocognitifs, dans le cadre d'une prise en charge appropriée [42].

1.3 Tests de dépistage des troubles cognitifs liés à l'alcool

Il existe plusieurs outils de dépistage des troubles cognitifs, initialement développés pour une population principalement gériatrique. Certains de ces outils ont été évalués dans une population addictologique, comme c'est le cas pour le MMSE, le MoCA, la BREF, le RBANS, le BRIEF-A, le NCSE et le CSE. D'autres encore plus récents ont été conçus pour le dépistage des TCLA, comme le BEARNI. Parmi eux, certains sont déjà bien connues du corps médical, comme le MMSE, la BREF, mais ne sont pas les plus adaptées à l'alcoolodépendance car n'évaluant pas l'ensemble des fonctions atteintes dans cette pathologie. Les cliniciens peuvent principalement s'appuyer sur deux de ces outils validés auprès des patients ayant un TUA : la *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA) et le *Brief Evaluation of Alcohol-related Neuropsychological Impairments* (BEARNI) [13][31]. En 2014, il est décrit que le MoCA permet l'évaluation la plus adaptée pour le repérage des TCLA. Comparativement au *Mini-Mental State Examination* (MMSE), le MoCA est plus sensible compte tenu de l'âge de la population concernée (40-60 ans en moyenne), des troubles ciblés (dominante exécutive) et de la sévérité de l'atteinte (légère à modérée), alors que le MMSE est plus sensible pour une population âgée présentant des troubles modérés à sévères à dominante mnésique ou langagière [15]. Le MMSE, largement utilisé dans le dépistage des démences, n'est pas pertinent dans l'évaluation cognitive des patients ayant un TUA [13].

Le MoCA (Annexe 5) est un outil de dépistage ayant été développé initialement dans l'objectif de détecter les troubles cognitifs légers des patients ayant un *Mild Cognitive Impairment* (MCI). Il comporte plusieurs subtests évaluant les capacités visuospatiales, les fonctions exécutives, la dénomination, la mémoire, l'attention, le langage, l'abstraction et l'orientation. Cette échelle nécessite environ 10-20 minutes de passation et peu de matériel. Le score total est de 30 points, avec un seuil pathologique inférieur à 26 (variable selon l'âge et le niveau socio-culturel) [13]. En cas de score global normal et si l'impression clinique est en faveur d'un trouble cognitif, compte tenu de la sémiologie neuropsychologique des patients présentant un TUA, une attention particulière sera donnée à la réalisation de l'horloge, du TMT (Trail Making Test, attention visuelle et changement de tâche) et de la fluence qui sont trois items particulièrement sensibles. Le MoCA peut être complété par la Batterie rapide d'efficacité frontale (BREF) pour approfondir la sphère exécutive. Le MoCA est disponible gratuitement en ligne (www.mocatest.org) avec les consignes et les normes, traduit en diverses langues. Il présente une sensibilité de 87 % à 90 % et une spécificité de 87 % [15], mais perd de sa sensibilité due à certaines limites, telles que : le peu de points attribués pour certaines fonctions fréquemment déficitaires, l'absence de cut-off pour chaque subtest (représente une

limite importante pour son utilisation, notamment dans un contexte de sévères déficits et/ou de récupération des déficits avec le maintien de l'abstinence), ou encore l'évaluation de fonctions cognitives préservées (représentant une part importante du score total : 6 points pour l'orientation spatio-temporelle, 3 points pour la dénomination d'images, 2 points pour le langage et 1 point pour l'attention). Ce test permet d'évoquer des diagnostics différentiels notamment en cas de difficultés à l'épreuve de dénomination classiquement réussie par les patients dépendants à l'alcool [31][43]. Il est valorisé par l'assurance maladie, il existe une cotation CCAM ALQP006 à 69,12 euros [18].

Le BEARNI, plus récent, est un outil de dépistage spécifiquement construit pour évaluer les TCLA. Il est plutôt utilisé en seconde intention en structure de soin spécialisée car plus précis et plus sensible, mais moins rapide (25 min) et moins spécifique [13]. Il comporte 5 subtests évaluant la mémoire épisodique verbale, l'ataxie, la flexibilité cognitive spontanée, la mémoire de travail verbale et les capacités visuo-spatiales. Il fournit 7 scores : un pour chacun des subtests avec un cut-off associé, un score total sur 30 points et un score total cognitif (excluant le subtest d'ataxie) sur 22 points. Il possède deux valeurs seuil qui permettent d'apprécier la sévérité des troubles [43]. Néanmoins, sa faible spécificité pour les troubles légers (50 %) a pour conséquence de surestimer les troubles légers des patients. Ainsi, le résultat au BEARNI ne conduirait pas à manquer des patients déficitaires mais plutôt à référer des patients qui ne présenteraient pas de déficits neuropsychologiques. La standardisation de chacun des sub-tests offre la possibilité d'offrir un profil d'atteintes et ainsi, de pouvoir orienter le bilan neuro- psychologique qui pourrait être proposé par la suite. Par ailleurs, chacun des sub-tests, normé sur une échelle allant de 0 à 5–8 points, permet d'apprécier la sévérité des troubles mais aussi leur possible récupération avec l'abstinence. Cette standardisation est donc un des points forts de l'outil BEARNI [31]. En revanche, il n'apparaît pas dans les cotations CCAM.

Les conditions de passation de ces tests sont cruciales, car de nombreux facteurs peuvent perturber l'évaluation, et la coopération du patient est essentielle. Dans l'idéal, l'évaluation devrait se faire une fois le sevrage terminé, en l'absence de médicament psychotrope (benzodiazépines en particulier), dans un cadre rassurant et calme, en expliquant au patient ce qu'on attend de lui et en valorisant son implication [13].

Le MoCA et le BEARNI sont des outils de dépistage et d'orientation. Les avantages de chacun de ces deux tests permettent de les combiner pour une aide à la prise de décision, mais ils ne sont pas des outils diagnostiques. Seule une batterie neuropsychologique approfondie réalisée par un neuropsychologue (durée minimum : 1 heure 30) permet d'identifier avec précision la nature des difficultés, leur sévérité et l'impact potentiel dans la vie quotidienne et

le maintien du contrat thérapeutique. Cette évaluation est un préalable obligatoire pour débiter une stratégie combinant traitement de l'addiction et remédiation cognitive [43].

1.4 Dispositif d'intervention mobile en addictologie (DIMA)

Les objectifs spécifiques visés par ce dispositif sont :

- D'améliorer les prises en charge des personnes en étendant la mobilité des équipes d'addictologie afin de favoriser l'accès aux soins. Les priorités se définissent en deux champs complémentaires, soutenus ainsi par le principe de l'« aller vers » et la volonté d'améliorer la fluidité du parcours patient (travail en collaboration avec le réseau local, intervention à domicile).
- D'encourager le repérage précoce des troubles neurocognitifs derrière des tableaux initialement peu spécifiques (en médecine générale, dans le réseau ambulatoire d'addictologie ou en psychiatrie), afin de permettre une orientation adéquate vers la filière spécialisée.

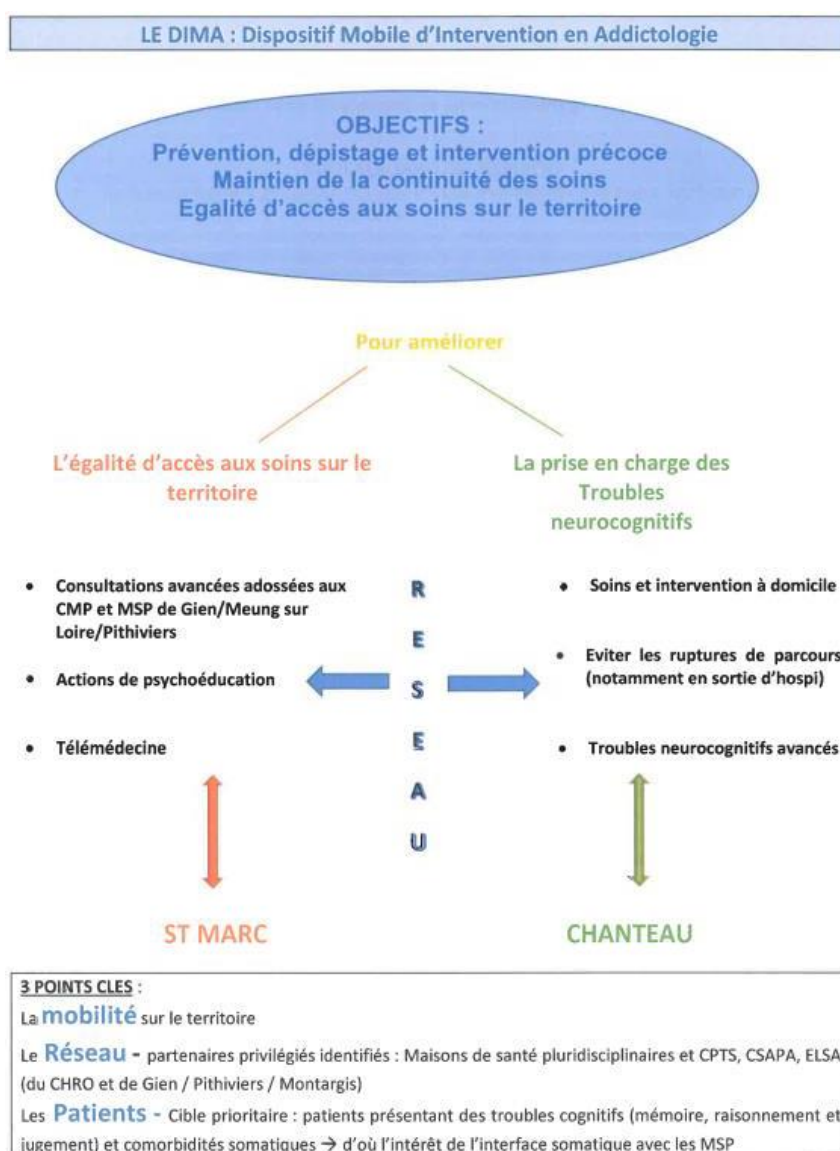


Figure 5.
Objectifs du DIMA.

2 MATERIEL ET METHODE

2.1 Recherche bibliographique

La recherche bibliographique a été réalisée à l'aide des bases de données NCBI, PubMed, HAL, DUMAS, SUDOC, CISMeF, ainsi qu'à l'aide des moteurs de recherche Google et Google Scholar.

2.2 Type d'étude

Il s'agissait d'une étude qualitative par entretiens individuels. Cette méthode était adaptée par son principe issu des sciences humaines et sociales à étudier des représentations et des comportements [45]. Les entretiens étaient individuels dans le but de laisser place à l'expression libre de chaque participant sans craindre le jugement des autres [44].

L'approche choisie était empirico-inductive, principalement inspirée de la phénoménologie interprétative, pour explorer la manière dont une expérience de vie a été ressentie et comprise par la personne qui l'a vécue [44].

2.3 Population étudiée

L'échantillonnage au sein de la population des médecins généralistes était raisonné (ciblé) et homogène.

Le recrutement des participants s'est fait par convenance au travers de leurs participations à la formation sur les TCLA. La médecin responsable du DIMA Dr Anne-Marie BRIEUDE et la neuropsychologue Mme Amélie GRAND ont eu l'amabilité d'informer les personnes participantes à cette formation de notre étude. En fin de session, les médecins généralistes intéressés par celle-ci avaient précisé leurs coordonnées emails sur la feuille d'émargement. L'investigateur a ensuite envoyé un ou plusieurs emails ou pris contact par téléphone afin d'organiser une rencontre pour les entretiens.

Les critères d'inclusion dans l'étude étaient :

- Être médecin généraliste installé dans le Loiret
- Avoir rencontré l'équipe DIMA
- Avoir participé à la formation du DIMA sur les TCLA
- Avoir la possibilité de recourir aux IDE du DIMA sur place ou dans les MSP à proximité

2.4 Recueil des données

Les entretiens individuels étaient réalisés par un seul investigateur au cabinet du médecin généraliste pour créer un climat de confiance et de confort.

Le guide d'entretien semi-structuré comprenait une première question ouverte et des questions de relance [Annexe 2] dans le but de recueillir l'expérience vécue par les médecins généralistes sensibilisés aux TCLA par le DIMA, en explorant les 5 axes suivants :

- a) l'apport de nouvelles connaissances sur les patients atteints de TCLA
- b) la mise en œuvre du dépistage par le test MoCA
- c) l'apport du soutien du DIMA sur la prise en charge des patients
- d) le ressenti du MG dans la relation avec les patients TUA/TCLA
- e) les intérêts, la confiance et les dispositions du MG à dépister les TCLA

Pendant l'entretien, les caractéristiques démographiques des participants ont été recueillies selon les variables suivantes : âge, sexe, milieu d'exercice, mode d'exercice, nombre d'années d'installation en médecine générale dans le Loiret, fréquence de recours au DIMA et formations reçues antérieurement en addictologie [Annexe 3].

Les enregistrements audio-numériques du discours des participants ont été effectués à l'aide d'un dictaphone et certains éléments non-verbaux ont été recueillis en prise de notes (annotées entre parenthèses dans les verbatims). Ces données ont été intégralement retranscrites et anonymisées.

Le recueil des données a été interrompu lorsque l'investigateur avait récupéré suffisamment de données pour parvenir à répondre aux objectifs de cette étude. A noter que la saturation des données est un concept utilisé dans une approche par théorie ancrée [44].

2.5 Analyse des données

Initialement, chacune des retranscriptions a été analysée indépendamment. Un premier codage ouvert a été réalisé en étiquetant les extraits de verbatim pour en faire ressortir les premiers thèmes émergents. Au fur et à mesure de l'analyse, certains thèmes ont été absorbés par d'autres plus saillants, d'autres ont été réorganisés, des connexions se sont établies. Un niveau d'organisation supérieur a été créé, en perdant la chronologie des événements et par compilation des données, laissant place aux quatre thèmes superordonnés suivants : apports, difficultés, changement de représentations, motivation. Une synthèse articulée a été réalisée

pour chacun des participants. Enfin, des patterns ont été recherchés entre les différentes analyses indépendantes afin d'en faire émerger le sens commun. On retrouve l'idée que « Le plus profond vous allez dans votre analyse, le plus universel elle devient » [44][46]

L'ensemble de l'analyse a bénéficié d'une triangulation lors de séances de concertation avec les co-investigateurs de l'étude Dr Anne-Marie BRIEUDE (AMB) et Dr Raphaël SERREAU (RS).

2.6 Aspects éthiques et réglementaires

Les accords des participants à cette étude étaient tacites, les médecins intéressés par l'étude avaient volontairement fourni leurs coordonnées pour que l'investigateur puissent les contacter. Leurs accords étaient également recherchés dans les mails de demande de participation en précisant que les données étaient enregistrées par audio et anonymisées puis détruites après leurs retranscriptions [Annexe 1].

Ce type d'étude Hors Loi Jardé n'a nécessité qu'une simple autorisation favorable auprès de la coordinatrice de la cellule « Recherches Non Interventionnelles » du Centre Hospitalier Régional Universitaire de Tours, Dr Sophie GUYETANT.

3 RESULTATS

3.1 Caractéristiques démographiques de la population étudiée

La population étudiée était constituée de 7 médecins généralistes installés dans le Loiret. Il y avait 5 femmes et 2 hommes. La moyenne d'âge était de 46 ans.

Participant	Sexe	Age (ans)	Milieu d'exercice	Mode d'exercice	Nombre d'années d'installation en médecine générale dans le Loiret	Fréquence de recours au DIMA	Formations antérieures en addictologie
M1	F	52	Semi-rural	Cabinet de groupe	2	2 patients en 3 mois	Non
M2	F	28	Urbain	MSP	1	1 patient en 6 mois	Non
M3	F	36	Rural	Cabinet de groupe	5	Oui en réseau avec CMP (non précisé)	Oui
M4	H	52	Semi-rural	Cabinet de groupe	21	Non	Non
M5	H	59	Semi-rural	Cabinet de groupe	28	1 patient en 4 mois et demi	Non
M6	F	66	Urbain	MSP	29	5 patients en 1 an	Oui
M7	F	32	Semi-rural	MSP	2	1 patient en 4 mois et demi	Non

3.2 Caractéristiques des entretiens

Les entretiens ont été réalisés entre août 2022 et avril 2023. La durée moyenne des entretiens était de 27 min.

Participant	Délai de l'entretien post-formation	Durée de l'entretien
M1	3 mois	24 min
M2	6 mois	20 min
M3	4 mois et demi	38 min
M4	4 mois et demi	20 min
M5	4 mois et demi	18 min
M6	1 an	37 min
M7	4 mois et demi	32 min

3.3 Analyses phénoménologiques interprétatives

Les retranscriptions des entretiens ont été mises en annexes [Annexe 4].

Chacun des entretiens a été analysé indépendamment en partant des objectifs de recherche et des hypothèses initiales. Les thèmes émergeants illustrés par les extraits de verbatim ont été regroupés sous quatre grandes catégories communes à tous les participants (thèmes superordonnés) :

- Apports : les éléments pragmatiques apportés aux participants au travers de la démarche de sensibilisation du DIMA
- Difficultés : les difficultés vécues par les participants dans leurs pratiques
- Changement de représentations : les éléments à type de changement de perception, changement de vision, d'angle de vue, ouverture d'esprit, remise en question, etc... évoquant des changements de leurs représentations mentales
- Motivation : les éléments à type d'intérêts du participant, les capacités de projections, les participations au dépistage, les orientations de patients, etc... engageant la motivation des participants

Une synthèse et un modèle explicatif singulier à l'univers de chacun des participants ont été réalisés. Les résultats ont été présentés du participant le plus répondeur au participant le moins répondeur à la démarche de sensibilisation (M7, M6, M3, M2, M4, M1, M5). Une recherche de patterns communs aux sept participants a été réalisée.

3.3.1 Participante M7

Apports :

- Amélioration des connaissances théoriques.

M7 comprenait mieux les mécanismes physiopathologiques des TCLA et les différences avec les pathologies dégénératives :

« Mouii ! Alors moi ça m'a permis quand même d'éclaircir la physiopathologie ... parce que voilà dans la formation ... enfin je trouve que la formation était très bien faite, ça permet de comprendre un peu plus les mécanismes, d'avoir aussi des notions sur les spécificités des TCLA qui ne sont pas forcément les même que ceux sur une pathologie dégénérative »

- Stratégie de prise en charge.

M7 décrivait une amélioration de ses connaissances sur le réseau de soin et sur la prise en charge des patients atteints de TCLA, apportant de la fluidité à son exercice :

« On se sent moins isolé dans les prises en charges. Cela permet de connaître un peu mieux le réseau, de connaître un peu plus ce qui se fait. C'est déjà plus fluide pour nous en tant que professionnel. Et puis ça a permis d'avoir les idées un peu plus claires sur les manières de procéder, de faire les choses dans le bon ordre, quoi, d'accord ... »

- Soutien du DIMA / relai de prise en charge / lutte contre l'isolement, l'épuisement des professionnels et de l'entourage / retrouver sa posture de médecin généraliste.

M7 avait orienté et pu débloquer une situation très difficile grâce à l'aide du DIMA pour un de ses patients ayant un TUA en situation de MADD chez qui elle suspectait des TCLA. Elle exprimait le soulagement de ne plus se sentir isolée :

« j'ai fait appel à l'équipe ! il a 72 ans et je suspectais qu'il y avait en plus des troubles cognitifs. Donc là, on a réussi à mettre en place des choses, déjà il a une infirmière à domicile ... enfin voilà ça a un peu débloqué quand même certaines choses, psychologiquement aussi ... les passages je pense que ça l'aide, il doit avoir un bilan neuropsychologique ... (rire) donc je ne sais pas ... exactement là ... je n'ai pas en tête mais bon... Donc voilà ! ça aide un petit peu quand même et puis moi ça m'a permis de sortir aussi de mon isolement parce que même si je suis en maison de santé... globalement on parle des situations compliquées avec l'équipe ... ça permet quand même de ne pas être totalement isolé mais face aux problématiques d'alcool on est vite démuni. Donc ça fait avancer les choses quand même. »

De même, M7 évoquait l'épuisement que pouvait favoriser ce type de situation. Elle se sentait aidée depuis la rencontre avec le DIMA, moins seule et soulagée d'avoir un relai spécialisé pour accompagner ses patients et leur entourage :

« Pour moi l'apport vraiment de cette sensibilisation, déjà ça a été de se dire qu'on peut ne pas être tout seul et ne pas être en souffrance face à un patient qu'on sent en difficulté ... enfin voilà je trouve que ce sont des patients qui nécessitent un accompagnement important, et on peut vite s'épuiser en fait. Donc déjà juste le fait de se dire qu'il y a des équipes qui sont spécialisées dans ça, cela permet de se dire que l'on n'est pas tout seul, et d'avoir un relai pour le patient, pour l'entourage et pour les équipes de professionnels... »

Finalement cela semblait l'aider à retrouver sa posture de médecin généraliste :

« et puis ça m'a permis aussi en pratique d'avoir des clés pour les prises en charges, en fait, surtout. Voilà, moi c'est surtout ça que je retiens, c'est qu'il y a des équipes, c'est qu'on peut quand même faire nous en libéral des petites choses, sur la prévention du sevrage ... voilà, des choses à dire au patient et aussi à l'entourage ... dans notre posture pour pouvoir les accompagner au mieux. »

- Accès aux soins.

M7 soulignait l'importance de la mobilité du dispositif, notamment au domicile des patients :

« je trouve que quand même ce dispositif il est super parce qu'ils peuvent se déplacer éventuellement à la maison. Ce sont des choses qui sont hyper importantes pour les patients comme ça en difficulté. »

Difficultés :

- Difficulté de repérage / sous-estimation de la population effective :

« Je trouve que c'est difficile à chiffrer comme ça parce qu'on a beaucoup de consommations insidieuses qui sont plus difficiles à repérer. Je pense que probablement il y en a beaucoup plus. Mais des gens avec des situations complexes, un parcours de soin compliqué, des situations précaires à la maison, je pense que j'en ai une petite dizaine quand même, ouais ! »

M7 se rendait compte progressivement lors de cet entretien qu'elle avait une population de patients TUA/TCLA plus importante que ce qu'elle ne pouvait le penser :

« Après j'en ai un autre, en fait j'en ai quand même pas mal ! »

« ouais j'en ai quelques-uns en fait ! »

- Nécessité d'une équipe pluridisciplinaire / délégation des tests MoCA.

M7 n'avait réalisé aucun test MoCA d'elle-même, elle déléguait celui-ci à son IDE ASALEE :

« Alors, moi-même, non ! parce qu'en fait c'est notre infirmière ASALEE qui les fait. Donc voilà en fait du coup, on l'a formé à faire le test MoCA parce qu'elle ne le faisait pas du tout, on était encore avec le MMS (rire) ... donc qui n'était pas forcément adapté. Voilà c'est avec notre infirmière ASALEE. »

- Déplacement des patients.

M7 avait pu bénéficier de consultations IDE du DIMA au sein de sa MSP pendant quelques mois seulement avant le départ de celle-ci vers une autre MSP à proximité dans le Loiret, mais elle continuait à bénéficier de l'aide de son IDE ASALEE :

« Alors nous là non, parce qu'en fait depuis le début de l'année nous n'avons plus l'infirmière d'addictologie ici au sein de la maison de santé. Elle a arrêté parce qu'elle est sur un autre centre maintenant, je crois qu'elle est à [nom de ville à proximité]. Donc ici, heu, non, on adresse plus à notre infirmière ASALEE. »

Ce déplacement représentait un problème supplémentaire pour les patients, malgré la proximité des deux villes :

« heuu ... c'est surtout que pour les patients c'est compliqué de se déplacer (rire) sur [nom de ville à proximité]. »

« Bah oui on est bien d'accord, ça ne fait pas si loin mais c'est compliqué de prendre la voiture, tout ça ... »

- Complexité bio-psycho-sociale des patients / difficultés d'adhésion au suivi.

M7 racontait le cas d'un de ses patients de 72 ans ayant un TUA chez qui elle suspectait des TCLA. Il s'agissait d'un patient en situation de maintien difficile à domicile, en rupture de soin, avec toute une sphère d'affections bio-psycho-sociale à prendre en charge, une perte d'autonomie totale avec incurie depuis une chute ayant provoqué une fracture vertébrale, des difficultés d'adhésion aux soins, ratant les rdvs, refusant ses passages et ceux des IDE. Elle avait fait appel au DIMA pour ce patient :

« Depuis la formation je pense que j'ai adressé un patient vraiment, il s'agit d'un patient de 72 ans, un ancien cadre, qui est éthylique chronique depuis des années, je le connais depuis à peu près 5 ans car

déjà pendant mes remplacements avant je le voyais, enfin voilà avec une situation très compliqué à domicile, il a des enfants mais il est très isolé en fait, il n'a aucun contact avec sa famille, c'est un monsieur qui avait perdu son boulot, donc il y a eu aussi des difficultés financières, il a vécu dans sa voiture pendant 10 ans. Et donc moi je l'ai récupéré tard, le CPTS qui a mis ... heu ... voilà, enfin, qui a mis en alerte avec la situation qui était compliquée, donc il a été placé dans un foyer intergénérationnel. On a essayé de mettre en place ... enfin déjà de renouer avec le soin, ça a été les premières étapes au départ avec des consultations un peu compliquées, longues, parce qu'il y avait plein de choses, avec un monsieur qui était en rupture ... enfin voilà qui ne s'est jamais occupé de lui depuis des années. Et qui là, depuis ... il a fait un syndrome dépressif compliqué qui alimentait ses consommations d'alcool et en plus la grosse problématique qu'il y avait là c'est qu'il était tombé en fait, il s'est fait une fracture vertébrale donc avec une perte d'autonomie totale, et du coup ça a été très compliqué parce qu'en fait moi le suivi est très ponctuel, il loupe des rdv, il ne veut pas que je vienne à la maison, enfin voilà ça a été ... ouais c'est une situation un peu compliquée, avec des périodes où il est en totale incurie. C'est un maintien à domicile difficile, il refuse globalement les infirmières, et donc là (rire) ouais, j'ai fait appel à l'équipe ! il a 72 ans et je suspectais qu'il y avait en plus des troubles cognitifs. »

Elle éprouvait de grandes difficultés à avancer avec ces patients, illustrant la nécessité d'une équipe pluridisciplinaire :

« Oui, moi je pense que c'est très bien parce que ... en fait, voilà, les TCLA je pense qu'on les ... en pratique, on s'en doute et en même temps on se retrouve vite face à un impasse parce que c'est ... voilà, déjà les troubles cognitifs tout seul c'est compliqué ... les addictions c'est compliqué aussi ... donc les deux ensemble ce n'est pas simple, il faut savoir s'entourer et avoir des réseaux qui fonctionnent pour pouvoir accompagner les gens, parce qu'il y a des problématiques sociales derrière, et au-delà, des problématiques médicales en plus. »

A noter, la composante chronophage de telles situations :

« parce que des fois je trouve que ce sont des situations complexes où on part dans tous les sens où l'on se dit « ah bah il faudrait faire ça, ça, ça ! » c'est très chronophage, il y a plein de choses à faire ... voilà, sur le plan somatique, sur le plan psychologique ... enfin ... et en fait souvent on peut se sentir submergé par la charge de boulot, en me disant « par quoi je commence ? ». »

Elle rapportait également des problèmes en pratique liés aux comportements adoptés par les patients, ayant tendance à épuiser :

« bah, en pratique au quotidien c'est compliqué parce qu'il n'ouvre pas la porte même quand on va en visite, parce qu'il loupe les rendez-vous, parce que on prescrit des examens mais ce n'est pas fait ... enfin voilà je trouve que ce sont des patients qui nécessitent un accompagnement important, et on peut vite s'épuiser en fait. »

A propos d'un autre patient, M7 abordait une fois de plus les difficultés d'adhésion au suivi, les perdus de vue, ainsi que la surestimation des capacités du patient au sevrage avec mise en danger :

« Après j'en ai un autre, en fait j'en ai quand même pas mal ! C'est pareil lui ... finalement ce sont des patients qu'on voit que très ponctuellement où vraiment quand ça ne va pas, ils ne consultent pas régulièrement, donc c'est compliqué aussi parce que ... moi déjà la première étape j'essaye d'établir une relation de confiance et d'essayer de ne pas les perdre de vue, mais ça va assez vite et il suffit qu'il y ait un truc pour que finalement il ne revienne plus... et en fait ce patient là je le vois que très ponctuellement, parce qu'il fait des sevrages secs ! en fait à chaque fois, il vient, il est comme ça (mime un tremblement), parce que depuis 10 jours il a voulu tout arrêter tout seul. D'accord ?! et en fait ce patient là j'ai essayé de le mettre dans le circuit, qu'il soit suivi pour un sevrage, etc..., et ça a été ...enfin à chaque fois c'est compliqué parce qu'il dit « oui, oui, oui, oui, oui ! », on refait des rendez-vous de réévaluation et puis il ne vient pas ... c'est pareil c'est un patient isolé, etc... donc ouais il y a lui que je dois revoir aussi normalement, j'espère qu'il va revenir. »

- Difficultés relationnelles.

M7 évoquait une perte d'empathie pour les patients (du fait de la charge de travail, du caractère chronophage, des comportements problématiques et des mises en échecs itératives dans ces types de situations complexes) :

« Alors moi le ressenti que j'ai eu pendant la formation, c'est qu'il y avait beaucoup de bienveillance vis-à-vis de ces patients, et je trouve que des fois nous de manière isolée, parce qu'on se fait submerger par ces situations là, on n'est plus trop bienveillant ... enfin voilà je trouve qu'on peut, au bout d'un moment, avoir du mal à être empathique »

Elle décrivait la perte de chance engendrée par l'étiquetage sur la consommation d'alcool et les représentations négatives induites par les comportements de cette population de patients :

« Ouais c'est ça, dans le contexte actuel c'est quand même du pain béni quoi, donc on en profite, surtout devant des problématiques où l'on peut vite tomber dans la maltraitance des patients parce que ... on a tous fait des stages aux urgences où le mec qui picole, qui arrive bourré à 3h du mat, ça fait suer tout le monde ! Bon voilà en tout cas, je trouve que très rapidement on peut leur mettre des étiquettes. En fait il y a des choses dans notre pratique que l'on excuse parce que c'est la maladie qui parle, par exemple quand on a un dépressif que c'est compliqué de se lever le matin et qu'il ne peut pas venir au rdv avant midi, mais on a beaucoup plus de mal à le transposer sur l'alcool parce qu'il y a ces représentations négatives et que chez ces patients là il y a tout une présentation qui fait qu'on a l'impression qu'ils se foutent de nous quoi, alors que pas du tout en fait, ils sont juste malades. »

Changements de représentations :

- Changement d'angle de vue / relativiser les mises en échecs itératives / remise en question des représentations négatives et de l'étiquetage des patients sur leur consommations d'alcool / abord indirect de la consommation d'alcool par le dépistage des TCLA.

M7 exprimait une nouvelle compréhension des patients atteints de TCLA après la formation. Ce qui lui avait permis de relativiser les mises en échecs itératives et certains comportements problématiques rencontrés en pratique dans cette population de patients. Elle décrivait un changement d'angle de vue qui lui avait fait ressentir un regain d'empathie et un confort médical :

« Enfin voilà, je trouve que souvent on tombe dans ce truc de la négociation, on perd un peu l'empathie, et du coup c'est compliqué de se dire aussi ... déjà que c'est des situations qui demandent un investissement important de temps médical, en plus quand derrière ça ne suit pas ... je trouve que ça nous met en échec donc ça peut être assez désagréable en tant que médecin, et puis on a l'impression de ne pas s'en sortir parce que souvent c'est des situations où il y a des rechutes, on fait un pas en avant trois pas en arrière. Donc voilà je trouve que ça met beaucoup en échec les médecins. C'est ça qui est compliqué à vivre aussi... donc des fois on peut un peu en perdre son empathie, à la fin on voit le nom sur le planning et on se dit « annnh pfff... bon ... qu'est ce qui m'attend ?! j'espère que cette fois ci ça va aller ». J'ai trouvé vraiment qu'à cette formation ça m'a permis de détourner un peu mon regard de ce genre de profil de patient ... parce qu'en fait on ne les comprend ... enfin ... ça m'a permis de comprendre leur fonctionnement peut-être ... ou je ne sais pas, ça permet d'avoir un autre regard sur ces patients-là et comprendre pourquoi ce sont des patients difficiles, pourquoi ils ne consultent que très ponctuellement ... ça permet de voir que c'est une population qui n'a pas les mêmes besoins, pas probablement non plus les mêmes attentes. Et juste en ça, cela m'a permis d'être plus empathique avec ces patients-là et de moins le prendre comme des échecs quand ça ne va pas. Et ça c'est énorme en fait ! juste pour le confort médical (rire) ... enfin notre confort à nous dans notre pratique »

Ce qui participerait à améliorer la relation avec les patients :

« Et du coup, indirectement je pense que ça va améliorer aussi la relation parce que ... ben ils le sentent quand le médecin il est pressé, il est un peu agacé parce que « bah la dernière fois vous n'êtes pas venu » ... heu, tout de suite dans l'entretien derrière et dans la consultation les choses se passent différemment quand même. Donc voilà c'est surtout ça que ça m'a apporté. »

M7 exprimait également un autre changement de représentation qui lui aurait apporté un bénéfice dans sa prise en charge et dans sa relation avec le patient. Elle illustrait la manière dont le dépistage des troubles cognitifs pouvait permettre de se déporter du problème de l'étiquetage du patient sur sa consommation d'alcool en travaillant indirectement autour de son état cognitif

sans le replonger directement dans ses consommations dans le but de favoriser les échanges pendant la consultation :

« Oui. Moi je pense que justement ça permet d'aborder les choses différemment et de se détacher parce qu'en fait on met rapidement des étiquettes sur les patients. Je trouve qu'on se focalise beaucoup sur « ben voilà au niveau de l'alcool vous en êtes où ? combien vous consommez ? » sachant que ceux sont des consommations « déclarées », que la plupart du temps les patients ont de la culpabilité, une honte ou alors ils sont dans le contrôle. Et finalement ce n'est pas super productif ... mais je pense qu'on le fait quand même naturellement ... enfin voilà je ne sais pas pourquoi, enfin moi en tout cas dans ma pratique, j'avais ... tendance ... plutôt à me pencher sur ce problème d'alcool, plutôt que de me pencher sur les troubles cognitifs en me disant « bahh, de toute façon c'est lié donc faut prendre en charge l'alcool, etc... » et en fait à force d'être toujours très focalisé ... enfin sur un des problèmes ... alors que ce n'est pas forcément que ça quoi, bien évidemment que l'alcool c'est un problème mais en même temps ce qui met en péril les gens aussi, et ce qui fait que c'est très compliqué, et que les situations se dégradent c'est que ...bah, cognitivement ça ne suit plus ... enfin voilà, qu'il y a des vraies pathologies derrière quoi. Et je trouve que se déporter du problème ça permet aussi d'améliorer finalement la prise en charge alors que des fois on est très focalisé sur « combien de verres vous en êtes ? », et je trouve que dans la relation avec le patient ça permet aussi d'être plus en sérénité, de moins l'aborder tout de suite quoi. Alors que finalement ... moi c'était quasi systématique en fait, je pense que dans les consultations ... alors ce n'est pas la première chose que je leur demandais mais ça venait assez rapidement quoi. Alors que finalement ça permet d'aborder les choses différemment, de se dire que c'est une vraie maladie, comme d'autres pathologies, et que ce n'est pas que de l'alcool quoi ! Enfin je ne sais pas comment dire ... je ne sais pas comment expliquer les choses pour que ce soit le mieux interprété, mais ... ouais. »

- Sensibilisation à la précocité du dépistage des TCLA.

L'attention de M7 était limitée aux formes de TCLA sévères avant la formation et elle se rendait compte de l'intérêt principal de pratiquer celui-ci de manière précoce :

« Et moi avant cette formation je n'y pensais jamais en fait ... que quand vraiment « ohlala c'est compliqué j'ai l'impression que ça n'imprime plus » mais trop tard finalement. »

Motivation :

- Dépistage des TCLA en médecine de premier recours.

M7 avait délégué des tests MoCA à son IDE ASALEE :

« Alors, moi-même, non ! parce qu'en fait c'est notre infirmière ASALEE qui les fait. Donc voilà en fait du coup, on l'a formé à faire le test MoCA parce qu'elle ne le faisait pas du tout, on était encore avec le MMS (rire) ... donc qui n'était pas forcément adapté. Voilà c'est avec notre infirmière ASALEE. »

- Projections au dépistage précoce des TCLA.

Dans cet extrait on peut remarquer certains éléments en faveur des intentions de M7 à dépister précocement les TCLA :

« moi je pense que cette formation ça permet quand même aussi d'avoir une piqûre de rappel, de se dire que ça vaut peut-être le coup même quand ce n'est pas encore avéré et que les situations ne sont pas encore très dégradées, ça vaut le coup quand même d'en parler parce que ça peut permettre aussi au patient ... peut-être, je ne sais pas, j'imagine ... peut-être d'anticiper sur certaine dégradation ... enfin j'espère en tout cas. Mais je pense que oui, on devrait peut-être ... enfin moi en tout cas dans ma pratique il faudrait qu'on essaye de le faire plus précocement en tout cas. »

- Réflexivité sur la place du dépistage des TCLA dans le bilan des complications d'un TUA.

M7 faisait part de son intérêt concernant la place du dépistage des TCLA à l'instar des autres examens dans le bilan des répercussions de l'alcool sur l'organisme, tels qu'une prise de sang à la recherche d'une cytolyse hépatique et/ou une échographie hépatique :

« Avant cette formation, je pense que je n'y pensais pas forcément, alors que se dire que ... en fait on le sait que c'est une des complications liées à l'alcool et en même temps il y a comme une fatalité, on se dit qu'il va avoir les neurones complètement cramés à cause de l'alcool et qu'on ne peut rien faire. Alors qu'en fait, les patients qui ont une consommation régulière, on fait des bilans hépatiques ... on prend en charge d'autres pathologies somatiques en préventif mais pas forcément sur les troubles cognitifs. Et je trouve qu'en fait dépister les TCLA ... enfin proposer en tout cas, comme on ferait « ah bah tiens ça fait 2 ans qu'on n'a pas fait de bilan hépatique, on va faire une prise de sang pour voir où vous en êtes » une écho abdo ou autre ... bah je trouve qu'en fait ça devrait faire partie des choses à proposer. »

- Relais de prise en charge des patients par le DIMA.

M7 portait de l'intérêt au relais de prise en charge de ses patients complexes par le DIMA. Comme vu précédent elle avait orienté un patient de 72 ans en situation de MADD vers le DIMA, et elle avait également envisagé de faire appel au DIMA pour un de ses patients ayant

un TUA avec des antécédents de troubles cognitifs, isolé socialement, en rupture de soins depuis au moins 1 an, avec un bilan hépatique perturbé et a priori un début de troubles de la marche :

« D'autres situations, heu, oui ! J'en ai un là que je n'ai pas vu depuis très longtemps, et je vais le voir la semaine prochaine. Parce que ma remplaçante l'a vu en catastrophe parce qu'il était tombé, pareil, enfin voilà ... et lui je pense qu'il y a de vrais troubles cognitifs, sauf que ça fait longtemps je lui avais déjà fait faire des MMS et compagnie ... en fait il est en rupture de soins, là ça fait je pense un an ... mais en plus je suis parti en congé maternité, tout ça, donc bah heu les mois ils passent... et ce patient là, bon a priori là il est perdu, je vais le revoir la semaine prochaine mais ... (rire) je pense que cette situation là je vais peut-être avoir besoin ! parce que c'est pareil c'est un monsieur qui est très isolé, là c'est sa voisine qui a alerté parce qu'elle trouvait que ça commençait à se compliquer. Il consomme de l'alcool, j'ai vu qu'il avait un bilan hépatique complètement perturbé, et a priori il commence à avoir des troubles de la marche donc je vais le réévaluer ... la semaine prochaine. »

- Regain d'espoir.

M7 était reconnaissante de la démarche entreprise et de l'aide apportée par le DIMA, elle évoquait un regain d'espoir tant pour les professionnels de santé que pour les patients :

« Ouais ... heu ... je réfléchis... Ah c'est toujours la dernière question la plus difficile ! (rire). Non, après je vais radoter mais je trouve que c'est très bien dans le système de santé actuel où on sait que c'est compliqué en fait d'avoir des trucs qui fonctionnent quand même. On en parlait de toute façon avec les collègues de la maison de santé, en tant que libéral même si on est en maison de santé on se sent toujours un peu isolé parce qu'il y a la démographie médicale, parce qu'il y a la difficulté d'accéder aux spécialistes, on a l'impression de ne toujours pas faire comme il faut ... bah moi je trouve que c'est super, que c'est positif et que ça redonne un peu d'espoir aussi d'avoir des structures comme ça qui se mettent en place et qui puissent épauler les professionnels et les patients en premier surtout. Donc merci ! »

SYNTHESE M7 :

La participante M7 a **amélioré ses connaissances** sur les mécanismes physiopathologiques des TCLA et les différences avec les pathologies dégénératives.

Son exercice est devenu plus fluide grâce aux nouvelles connaissances sur le réseau de soin et sur les stratégies de prise en charge des patients atteints de TCLA.

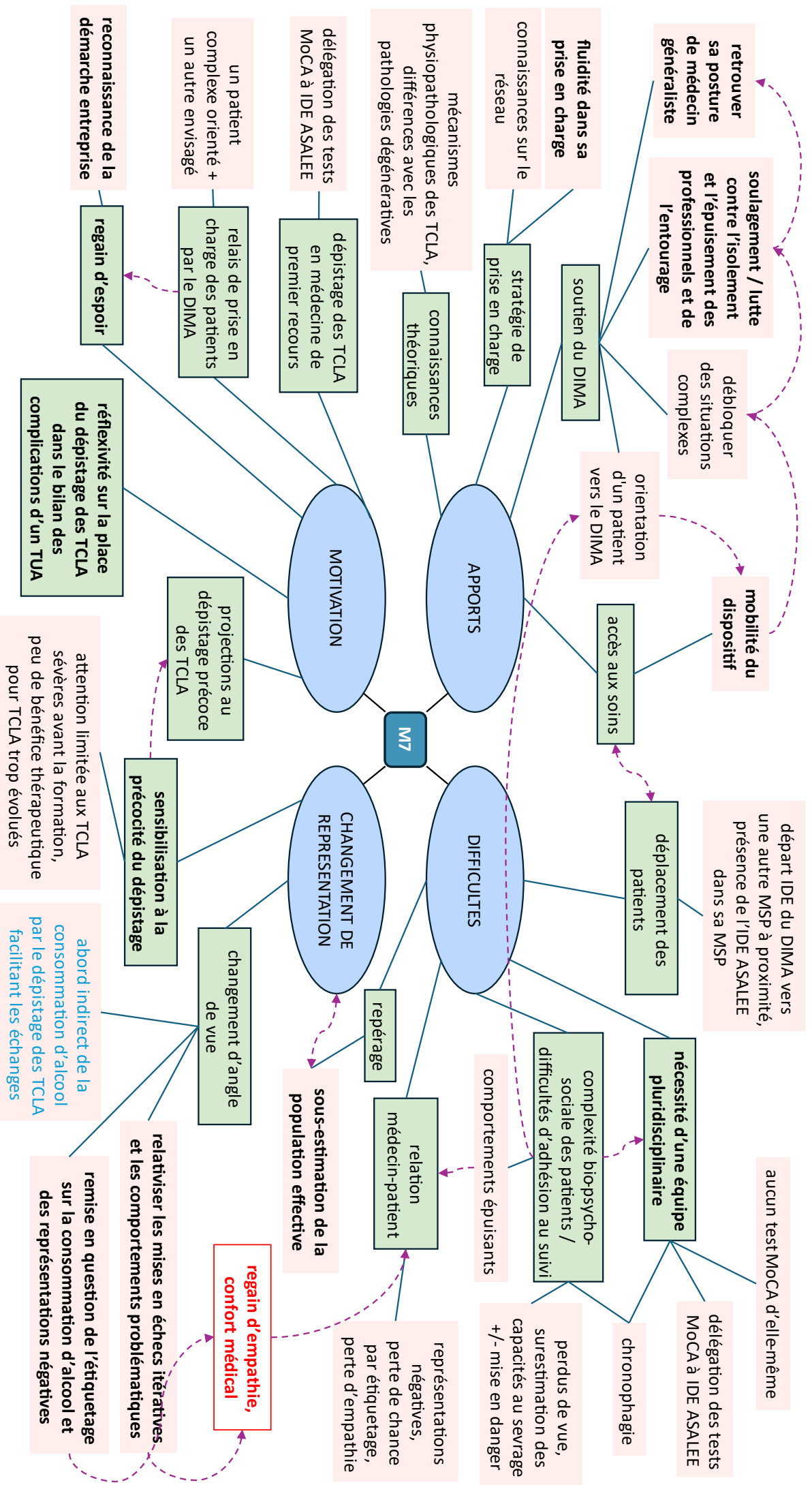
Elle a été **sensibilisée au dépistage précoce** et elle a **pris conscience qu'une part plus importante de ses patients puisse présenter des TUA/TCLA**.

Elle a exprimé **sa reconnaissance envers la démarche de sensibilisation et de soutien entreprise par le DIMA**. Le relai de prise en charge de ses patients atteints de TCLA lui a permis de **sortir de sa solitude** face à ces situations complexes, décourageantes et épuisantes. Elle a souligné l'importance de la **mobilité du dispositif**. Ce qui lui a permis de **se recentrer sur son rôle de médecin généraliste**. Elle a vu de **l'espoir tant pour sa pratique que pour les patients et leurs entourages**.

Des **changements de visions concernant l'étiquetage des patients sur leur consommation d'alcool, les représentations négatives sur ces patients, ainsi que sur les échecs itératifs**, lui ont permis de ressentir un regain d'empathie et un confort médical. Ceci traduisant une **amélioration de la relation médecin-patient**.

Elle a été motivée pour le dépistage des TCLA en médecine de premiers recours puisqu'elle a **délégué la réalisation de tests MoCA vers son IDE ASALEE, mais n'en a pas effectué d'elle-même**, illustrant la **nécessité d'une équipe pluridisciplinaire**. Elle **s'est projetée à effectuer ce dépistage de manière plus précoce**. Enfin, elle a fait preuve de **réflexivité concernant la place du dépistage des TCLA à l'instar des autres examens dans le bilan des complications d'un TUA**.

En parallèle, elle a exprimé un changement d'angle de vue concernant l'utilité d'aborder indirectement le TUA d'un patient par l'intermédiaire du dépistage des TCLA dans le but de se déporter du problème de l'étiquetage du patient sur sa consommation d'alcool, et donc de favoriser les échanges pendant la consultation (objectif second en bleu sur l'illustration).

[illegible]

3.3.2 Participant M6

Apports :

- Amélioration des connaissances théoriques

M6 décrivait une amélioration de ses connaissances, notamment concernant la notion de gradation des TCLA incluant des formes moins évoluées à prendre en compte, ainsi que sur le profil neuropsychologique des patients :

« je n'avais pas ces connaissances sur les troubles cognitifs, je ne connaissais que les gros tableaux types encéphalopathies, j'avais tout de même une conscience clinique qu'il existait des troubles cognitifs avant ça, mais je n'avais pas identifié que c'était quelque chose de connu, que c'était à rechercher, et puis surtout un truc à prendre en compte quoi. Parce que ça explique plein de dysfonctionnements, je me rappelle hein la sous-estimation du problème, la surestimation des capacités à faire face, enfin tout ça ! »

- Apprentissage du test MoCA.

Le travail de Mme G. (neuropsychologue du DIMA) avait permis aux IDE d'apprendre à réaliser les tests MoCA. M6 n'en avait pas effectué d'elle-même, mais elle les déléguait aux soignants paramédicaux dans sa MSP (IDE ASALEE et IPA) :

« Et la psychologue alors aussi c'était vraiment très très intéressant, après on a essayé d'utiliser un peu ... enfin ce ne sont pas les médecins chez nous qui réalisons les tests cognitifs, c'est plutôt l'infirmière ASALEE et l'infirmière IPA, et du coup elles ont commencé à utiliser le test MoCA qu'elle nous avait présenté. »

- Stratégie de prise en charge.

M6 apprenait l'existence du DIMA et avait pu récupérer leurs contacts :

« Donc voilà c'est vraiment ça qui m'a intéressée là dedans, bon après également de savoir qu'il y a une équipe, de pouvoir faire appel à eux... mais franchement ça m'a plus intéressée pour ma pratique (rire)... »

- Soutien du DIMA.

M6 avait pu orienter plusieurs de ses patients vers le DIMA, certains avaient reçu un test MoCA dans sa MSP :

« Alors je sais que j'ai des patients qui ont été suivis et qui ont été pris en charge par le DIMA. En particulier je me rappelle de deux ... mais je crois qu'ils y en a eu quelques-uns qui ont fait ces tests là à la maison de santé. »

Elle avait pu découvrir un TUA chez une patiente bipolaire qui se plaignait de troubles de mémoire :

« heuuu, alors ! ... il y avait une dame bipolaire qui se plaignait de troubles de mémoire, je l'avais envoyé au CMP pour faire un ... alors comment ça s'est passé déjà... non elle avait déjà fait un bilan standard à la maison de santé, ensuite le CMP qui l'a suivait l'a adressée au DIMA et en fait c'est là que je me suis rendu compte qu'il y avait un problème d'alcool, moi je ne m'en étais pas rendu compte, elle ne m'en avait pas parlé... oui c'est ça, vu que les tests à la maisons de santé n'étaient pas très faciles à interpréter, on s'est dit qu'il faudrait mieux qu'elle refasse un bilan avec la neuropsychologue. »

- Accès aux soins.

M6 bénéficiait déjà de l'aide de l'une des IDE d'addictologie du DIMA avant la création de ce dispositif. Elle faisait également part de son intérêt à avoir rencontré et échangé avec la médecin responsable du DIMA :

*« Alors les consultations ... bah à la maison de santé on avait déjà la consultation d'addictologie une fois par semaine de Mme ***, qui elle fait partie de l'équipe DIMA. Après cela m'a intéressée de rencontrer le médecin qui était là ... je ne sais plus son nom à cette dame médecin, une ancienne généraliste qui a fait psychiatrie-addictologie ensuite ... Dr. B. ... heu, oui c'est ça. »*

Elle adressait des patients vers l'IDE du DIMA au sein de sa MSP que cela soit pour un TUA/TCLA ou pour d'autres troubles addictifs :

*« Autant je peux dire des trucs sur d'autres de mes patients qui sont suivi par Mme ***, où là par contre on en parle régulièrement, que je connais bien, mais qui ne sont pas passés par la case neuropsychologue et tout ça quoi ... ces gens qui sont allés voir Mme *** à la maison de santé, soit par moi, soit par d'autres manières. Ça ! Si quand même ça ! au moins c'est un truc que j'ai fait, j'ai souvent donné ses coordonnées, en parlant d'addiction quoi, que ce soit l'alcool ou d'autres types d'addictions. »*

Elle était reconnaissante des efforts déployés par le DIMA, de l'organisation des rencontres et de la formation adaptées aux disponibilités des médecins généralistes. Ainsi que devant la mobilité à domicile du dispositif :

« J'ai trouvé aussi vachement bien le fait d'être ... alors je ne sais plus comment ça s'est passé pour que la formation soit organisé ... enfin ce que je trouvais bien c'était d'avoir une équipe qui vienne nous voir, qui se présente. Je ne sais plus combien on étaient, si on étaient très représentatifs de la maison de santé, mais ... je trouvais que cela était vachement bien, qu'elles viennent nous voir, enfin je veux dire il y a plein de trucs, c'est-à-dire qu'elles viennent au moment où nous on est disponibles, c'est-à-dire toujours le soir quoi, parce que à midi c'est possible aussi mais il y a moins de temps, c'est moins détendu, et puis heuuu... » « à domicile » quoi, ça c'est prodigieux pour des gens qui ont un emploi du temps assez tendu, c'est vachement bien. La forme je veux dire, pas seulement le fond mais la forme aussi. »

Difficultés :

- Chronophagie du dépistage des TCLA :

« Mais heu ... finalement la problématique de faire un ... ouais la problématique c'est de décider de dégager du temps quoi ... pour faire une consultation dédiée. »

M6 rapportait des difficultés à type d'oubli et de manque de temps pour la prévention. A noter que certains moyens d'informations indirects simples, comme une affiche en salle d'attente par exemple, pouvaient aider à diminuer ces difficultés et parfois permettre aux patients d'amorcer un suivi avec les paramédicaux sans passer par le médecin initialement :

*« je ne sais pas si je fais beaucoup le dépistage précoce là, le repérage systématique ... mais ... je compte un peu sur les affichages que l'on a au cabinet, et j'ai remarqué que parfois il y a des patients qui ont commencé des suivis avec Mme *** sans me le demander, ils ont vu le truc et ils ont commencé. Voilà, après ... C'est très bien qu'il y ait différentes voies d'accès à quelque chose, parce que si on voulait que ça soit uniquement fléché généraliste, et bien se serait forcément pénalisé par les oublis, le manque de temps, etc. quoi, bon après on peut se dire aussi à l'inverse que si c'est affiché je vais moins penser à en parler, c'est possible, mais heu ... C'est bien que les gens aient une autonomie de décision, ça reflète la motivation aussi. »*

- Nécessité de pratiquer le test MoCA régulièrement.

M6 avait confiance en ses capacités à pouvoir réaliser un test MoCA, mais ne s'en serait pas sentie capable actuellement sans reprendre ses notes de formation qu'elle avait reçue il y a 1 an :

« Voila. Mais heu oui sinon « est-ce que j'ai confiance en mes compétences ? » Bah je pense que c'est toujours pareil, au début quand on le fait ce n'est pas top et puis quand on l'a fait cinq fois, on commence à être au point quoi. Ce n'est sûrement pas trop sorcier non plus. En même temps je ne pourrais pas le faire demain là, il faudrait que je reprenne tous les papiers et tout ça. »

- Patients souvent perdus de vue.

M6 avait réussi à faire accepter une consultation avec le DIMA pour une de ses patientes bipolaire atteint de TUA, mais elle ne savait pas si cette rencontre avait réellement pu avoir lieu car la patiente semblait rater tous les rdvs de consultations :

« Après j'avais une autre patiente également bipolaire, mais elle avec une consommation d'alcool régulière, assez difficile de savoir si ça posait problème ou pas mais en tout cas qui avait posé problème à une certaine période, et ... et elle était tout à fait d'accord pour aller direct sur le DIMA. Après ça a été hyper compliqué pour ... je ne sais même pas d'ailleurs si ça a été réussi... parce qu'elle loupait tous les rendez-vous avec eux quoi. Elle en loupait déjà pas mal avec moi, mais avec eux elle les loupait tous. Alors après je ne sais pas où ça en est ... »

- Difficultés liées à la reconnaissance par le patient de sa maladie.

M6 racontait l'histoire d'un de ses patients dans le déni de son TUA chez qui elle suspectait des TCLA. Elle n'avait jamais réussi à le faire évaluer devant les difficultés à communiquer sur le sujet avec ce patient :

« oui, oui, je comprends. Mais je ne sais pas si c'est ... ben en fait ... je trouve que ... enfin ... en général les patients... souvent, pas tout le temps, mais souvent quand même, il y a un déni de la situation et même donc un déni du problème cognitif. Je pense là à un patient, je ne sais pas si il a arrêté de boire lui aussi ... un patient pas vieux, avec une consommation importante et... pffff ! c'était impossible quoi ! impossible de parler... et lui il a un peu de trouble cognitif aussi que je n'ai pas réussi à lui faire évaluer... après il a fait un AVC, il a été sauvé enfin il a été thrombolysé juste à temps ... »

En outre, elle évoquait le cercle vicieux engendré par la progression des troubles cognitifs allant vers l'anosognosie, devenant alors de plus en plus difficile de communiquer sur la maladie. Dans ses situations, elle se demandait même si elle faisait preuve de suffisamment de tact et ce que pouvait ressentir le patient. Elle finissait tout de même par tenter la discussion malgré cela devant l'importance de laisser une chance au patient et à son entourage de se saisir du diagnostic :

« hmmm ... Alors moi je trouve toujours ça assez délicat d'aborder la question des troubles cognitifs avec les patients. Mais je trouve que la particularité souvent du trouble cognitif c'est l'anosognosie, c'est-à-dire le patient il ne s'en rend pas compte, en général, surtout quand c'est un peu avancé quoi, c'est-à-dire au tout début il repère des oublis, des trucs comme ça, mais après dès que ça avance un tout petit peu plus il ne voit plus le problème. Et donc ouais c'est ... je ne trouve pas ça compliqué mais je trouve que ça ... mais je ne sais jamais si je m'y prends suffisamment bien ou si je suis assez progressive et assez ... si je me rends compte de ce que je suis en train de leur infliger ... je ne sais pas très bien ... oui j'ai toujours l'impression que c'est un peu difficile mais en même temps à un moment où je le pense alors je vais finir par le dire quoi parce que ... je pense que c'est important de faire un diagnostic et aussi que le patient ait une chance de se saisir du diagnostic, même si ça sert pas forcément à grand-chose mais bon ... voilà, ça peut servir à sa famille, ça peut changer l'attitude de son entourage ... enfin il peut se passer tout un tas de chose quoi. »

Changement de représentation :

- Ouverture d'esprit

M6 ressentait une ouverture d'esprit grâce aux éclaircissements apportés par la formation sur la notion de gradation des TCLA incluant des formes précoces et les profils neuropsychologiques des patients :

« Formation hyper importante, très intéressante qui m'a ouvert les yeux, et c'est pour ça que j'ai eu envie de répondre et de vous le dire. Car je n'avais pas ces connaissances sur les troubles cognitifs, je ne connaissais que les gros tableaux types encéphalopathies, j'avais tout de même une conscience clinique qu'il existait des troubles cognitifs avant ça, mais je n'avais pas identifié que c'était quelque chose de connu, que c'était à rechercher, et puis surtout un truc à prendre en compte quoi. Parce que ça explique plein de dysfonctionnements, je me rappelle hein la sous-estimation du problème, la surestimation des capacités à faire face, enfin tout ça ! Non, non, ça m'a vraiment ouvert les yeux sur un truc que je percevais vaguement mais que je n'analysais pas aussi bien, bien entendu, en tout cas je me rappelle précisément de cela quoi.»

De même, elle racontait qu'après la formation en se remémorant un de ses patients, cela lui avait permis de comprendre la situation de TCLA débutants régressant à l'arrêt des consommations d'alcool. Ces connaissances étaient venues renforcer ses impressions cliniques antérieures :

« Mais bon donc voilà moi c'est surtout ça, le grand intérêt c'était de mettre des noms sur des situations que j'observais et que je ne savais pas ... par exemple je me souviens d'un patient qui avait une consommation d'alcool régulière importante et qui s'est trouvé dans une situation de pathologie grave

cardiovasculaire, d'artérite très avancée, oblitérante, qui lui a fait un électrochoc et il a arrêté le tabac et l'alcool. Et avant ça, avant qu'il arrête je trouvais qu'il avait vraiment complètement un cerveau visqueux quoi, on disait un truc mais ce n'était pas imprimé, il était toujours en train de dire « tout va bien » enfin bon un peu ce profil... et puis assez rapidement après l'arrêt de l'alcool, il est devenu complètement vif, présent dans les échanges, adapté. Wooah j'étais absolument stupéfaite ! Et après quand j'ai eu la formation j'ai compris que c'était ça, qu'il avait certainement des troubles cognitifs débutants mais qui avaient régressé avec l'arrêt de l'alcool. »

Elle ressentait du découragement depuis longtemps dans son activité, elle était à la retraite depuis quelques mois. Elle ne se sentait pas avoir été considérablement changée par la démarche de sensibilisation du DIMA, mais de manière paradoxale elle mentionnait à plusieurs reprises une amélioration dans la relation avec plusieurs de ses patients :

« Donc voilà c'est vraiment ça qui m'a intéressé la dedans, bon après également de savoir qu'il y a une équipe, de pouvoir faire appel à eux... mais franchement ça m'a plus intéressé pour ma pratique (rire)... je trouve que je ne suis pas très bonne dans le suivi, dans les propositions de soins aux personnes qui ont un problème avec l'alcool... je pense que je n'étais pas... je pense que ... c'était ma dernière année aussi... je pense que ça fait longtemps que je suis un peu découragée aussi et un petit peu désabusée de mon activité, mais bon pas toujours, de temps en temps il y a quelque chose, une situation, une relation où je vais un peu plus me motiver mais des fois heuuu j'me motive pas quoi. Et ce n'est pas la formation qui m'a considérablement changé. Mais bon voilà ça m'a fait avoir une meilleure relation avec beaucoup de patients. »

« Non, non, mais ça m'a vraiment amélioré ma relation avec les patients. »

- Réflexivité sur les représentations négatives.

M6 relativisait les comportements problématiques que ces patients pouvaient poser, elle évitait ainsi d'émettre un jugement envers ces patients atteints de troubles cognitifs et de dépenser son énergie émotionnelle :

« En plus de ça, cela m'a permis de comprendre que dans certaines situations de patients il ne fallait pas ... comme par exemple des rendez-vous loupés ou des machins comme ça, il fallait surtout comprendre que c'était sans doute en lien avec leur pathologie cognitive et qu'il ne fallait pas s'agacer en se disant « oui c'est un gars qui est incapable d'aller à ses rendez-vous ! » enfin etc...quoi, voilà. »

Ceci aurait participé à une amélioration dans la relation avec certains de ses patients :

« Parce que ça m'a permis de comprendre qu'entre guillemets ce n'était pas quelqu'un qui ne voulait pas comprendre, qui ne voulait pas écouter, ou qui s'en foutait des rendez-vous, ou qui en avez rien à

cirer de rien. Heuuu, non ! c'est quelqu'un de malade ... et je sais que le problème de l'alcool c'est une maladie, ça je l'ai intégré il y a un moment. Maiiiiis voilà ce truc là précisément, j'avais certainement une représentation complètement faussée... un peu... un petit peu genre « c'est un emmerdeur », la spécialité du gars qui loupe toujours un rendez-vous faut dire que c'est un peu ... ça fait une certaine violence quoi dans les cabinets. Mais bon, ce n'est pas le seul problème que l'on a avec les patients alcooliques qui ont un trouble cognitif... Enfin bon voilà, ça m'a fait avoir une meilleure relation. »

Motivation :

- Dépistage des TCLA en médecine de premiers recours.

M6 avait délégué la réalisation des tests MoCA pour plusieurs de ses patients vers les IDE ASALEE et IPA au sein de sa MSP. En revanche, elle n'en avait effectué aucun d'elle-même.

- Apport de sens pratique.

La formation était révélatrice de sens pour M6 au travers d'une amélioration de sa compréhension de situations cliniques qu'elle avait pu vivre auparavant :

« c'est-à-dire que pour moi cela a été effectivement un moment ... que ça a été une formation qui m'a énormément intéressée, en particulier parce que ça m'a fait mettre un nom et analyser des situations que j'observais mais que je ne savais pas vraiment interpréter quoi. Voilà. »

- Intégration de la notion de précocité du dépistage / intérêt dans la réversibilité des troubles.

M6 exprimait sa compréhension de l'utilité du dépistage précoce au travers de l'intérêt porté à la réversibilité des TCLA précoces post-sevrage :

« Oui, oui, oui ...oui ! ... oui, oui, il faut vraiment être assez en amont, mais en même temps on a plus de chance d'arriver à un résultat avec le sevrage d'alcool quand il y a un problème comme ça, que chez un patient qui a une démence débutante ... Là on arrivera à quelque chose, c'est ça qui est vraiment encourageant d'ailleurs. Il peut vraiment y avoir une régression des troubles. »

- Retours positifs sur la formation et sur l'équipe.

M6 partageait positivement l'expérience vécue, d'une part devant l'ouverture d'esprit engendrée par l'apprentissage de nouvelles connaissances sur les TCLA :

« Formation hyper importante, très intéressante qui m'a ouvert les yeux, et c'est pour ça que j'ai eu envie de répondre et de vous le dire. »

Et d'autre part, du fait d'une forme de sensibilité marquée lors de la rencontre et des échanges avec Dr. B. (médecin responsable du DIMA) et Mme. G. (neuropsychologue du DIMA) :

« Après cela m'a intéressé de rencontrer le médecin qui était là ... je ne sais plus son nom à cette dame médecin, une ancienne généraliste qui a fait psychiatrie-addictologie ensuite ... Dr. B. ... heu, oui c'est ça. Ça m'a super intéressée parce que (joviale) elle était vraiment assez franche et assez cash, donc ça parlait vraiment droit au cœur. Et la psychologue alors aussi c'était vraiment très très intéressant. »

- Intérêt concernant le rôle du dépistage des TCLA dans la prise de conscience par le patient de sa maladie.

M6 était intéressée par l'idée de passer indirectement par le dépistage des TCLA pour apporter de nouveaux éléments au patient sur son état cérébral afin de l'aider à prendre conscience de sa maladie. Elle projetait également des idées pour aborder le sujet en consultation :

« Pourquoi-pas ! de toute façon tous les trucs auxquels on pense on peut essayer. Ce n'est pas méchant. C'est vraiment essayer de trouver une petite porte d'entrée, pour parler au patient, pour parler à son cerveau... ouais, heu, non, non, ouais, pourquoi pas... de dire « oui en fait moi j'ai l'impression, vous ne vous en rendez peut-être pas compte, mais j'ai vraiment l'impression que votre cerveau il ne marche pas aussi bien qu'il le pourrait » on pourrait essayer de faire un bilan là-dessus et puis après amener l'alcool comme facteur toxique. Oui ça serait intéressant ! »

SYNTHESE M6 :

La participante M6 **a amélioré sa compréhension des patients atteints de TCLA**, notamment par l'apport de connaissances sur la notion de gradation des TCLA incluant des **formes débutantes** et le **profil neuropsychologique des patients**.

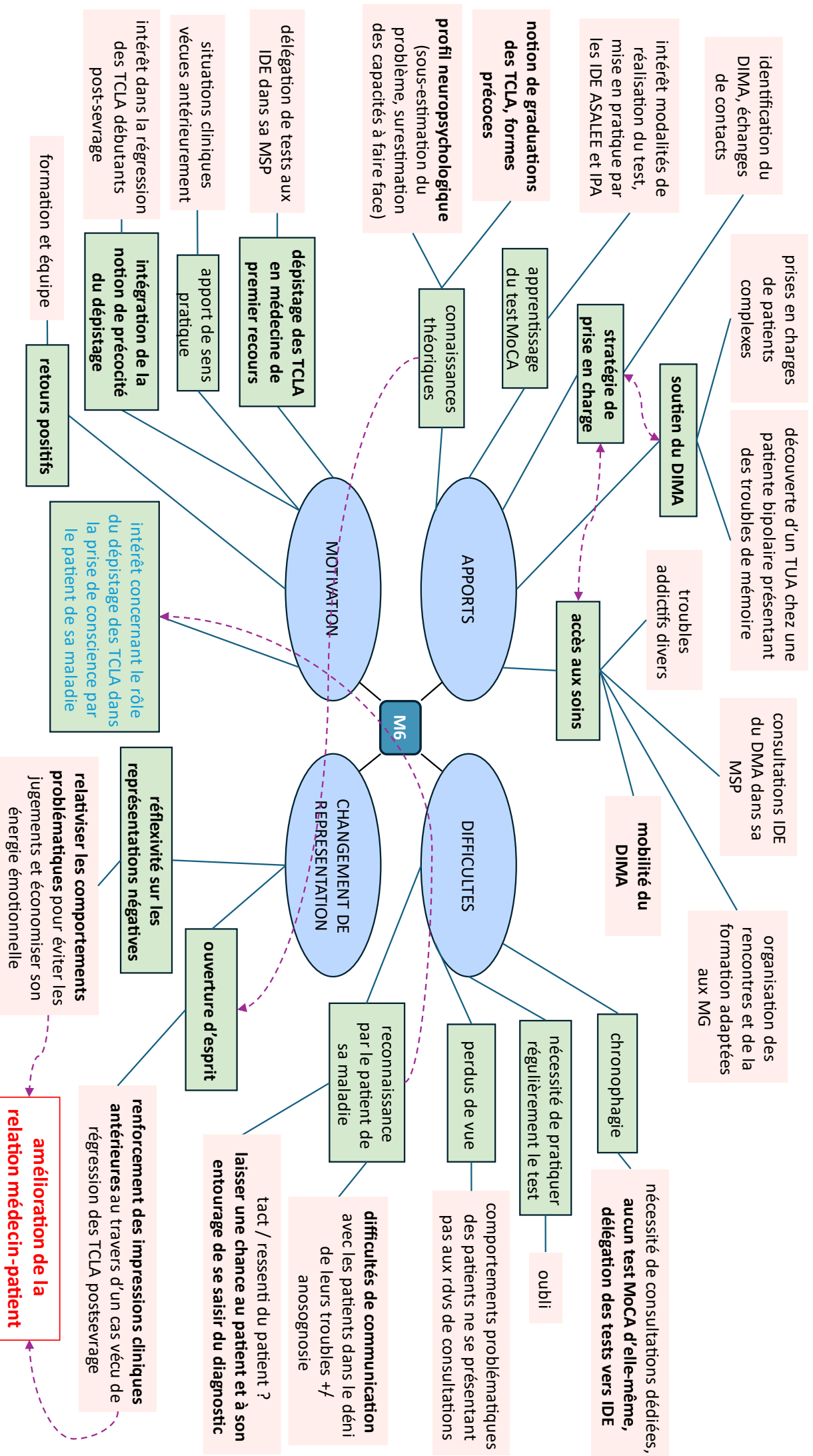
Elle **a étendu ses possibilités de prise en charge** grâce à la découverte du dispositif, en ayant bénéficié de l'**accès aux soins addictologiques** avec la mise en place des consultations IDE du DIMA, et en étant **épaulée par le DIMA** pour plusieurs de ses patients complexes. Elle a exprimé **sa reconnaissance envers l'équipe** que cela soit sur le fond ou la forme de la formation, l'organisation des rencontres adaptées aux disponibilités des médecins généralistes, ainsi que devant la **mobilité à domicile du dispositif**. En outre, elle a pu en tirer bénéfice dans le cadre de diagnostic différentiel psychiatrique.

Elle a ressenti une **ouverture d'esprit** grâce aux connaissances apportées par la formation, ce qui lui **a permis de comprendre et renforcer ses impressions cliniques antérieurement vécues**. De plus, elle a **remis en question ses représentations négatives**, en relativisant les comportements problématiques de ces patients. Ce qui a engendré une **amélioration dans la relation** avec plusieurs de ses patients.

Le **dépistage des TCLA en médecine de premiers recours** a été pris en compte puisqu'elle **a délégué leur réalisation aux soignants paramédicaux au sein de sa MSP, bien qu'elle n'en ait pas réalisé d'elle-même**. Dans l'absolu, elle avait confiance en ses capacités pour en réaliser, mais la nécessité de pratique régulière des tests et l'organisation de consultations dédiées ont occasionné des difficultés. Elle a exprimé de l'**intérêt pour le dépistage précoce** au travers de la réversibilité des TCLA débutants post-sevrage.

En parallèle, afin de surmonter les difficultés de communication avec les patients TUA/TCLA et du fait de la nécessité d'informer avec tact les patients et leur entourage, elle a retrouvé une utilité à proposer le dépistage pour favoriser la prise de conscience par le patient de sa maladie (objectif second en bleu sur l'illustration).

Figure 7. Articulation des thèmes de la participante M6.



3.3.3 Participante M3

Apports :

- Amélioration des connaissances théoriques / utilité en pratique dans la relation médecin-patient.

M3 retrouvait un intérêt pratique avec les nouvelles connaissances reçues lors de la formation. Elle évoquait à plusieurs reprises des éléments positifs dans la relation avec les patients par l'intermédiaire d'un abord plus indirect de la consommation d'alcool, en restant appuyé par l'objectivité d'une méthode scientifique :

« Bah la formation j'ai trouvé ça déjà très riche, sur pleins de connaissances, de nouvelles connaissances aussi parce que c'est des choses parfois qu'on sait mais qu'on ne sait pas comment en parler et comment essayer par des méthodes scientifiques sans trop heurter le patient, et ça je trouvais que c'était déjà assez riche là-dessus. »

De même, le test MoCA lui permettait d'alimenter le discours de manière scientifique avec des éléments factuels sans donner l'impression d'émettre un jugement moral sur la consommation d'alcool :

« Et je pense aussi qu'avec l'alcool il faut connaître le patient ... en jeune carrière, aller dire aux gens ... leur faire la morale ... chez les gens qui ont le double de notre âge, ce n'est pas évident aussi. Donc c'est pour ça que je trouve que les tests, d'avoir des scores, « vous voyez il y a ça, vous dépassez, attention » ça permet d'introduire... et même si ça lance juste une perche, s'ils là saisissent, tant mieux, et s'ils ne la saisissent pas alors on a le temps de les revoir après pour en discuter. Donc voilà ! »

- Apprentissage du test MoCA / collaboration pluridisciplinaire et champs d'action en médecine de premier recours.

M3 découvrait les méthodes de réalisation du test MoCA. Cet apprentissage lui était utile dans la collaboration avec son infirmière ASALEE :

« Ah oui ! oui, oui. Bah, justement la découverte du MoCA. C'est vrai que de l'avoir expliqué, la façon de faire, les petites astuces pour le faire, moi je l'avais vu sur papier le MoCA, je connaissais de nom mais je n'avais jamais pratiqué avant, et donc ça oui, cela m'a ouvert là-dessus. Et j'ai une infirmière ASALEE qui travaille avec moi, et on essaye de guider les patients pour le faire. Hm, ouai ouai. »

Ce qui lui permettait d'étendre son champ d'action en médecine de premier recours en approfondissant l'exploration des répercussions de l'alcool sur les capacités cérébrales du patient :

« bah par exemple, c'est tout bête ... les crises de goutte, à l'occasion des symptômes aiguës, cela me permet de parler de leur consommation d'alcool, de faire déjà des scores avec les repères qu'on a, le DETA, les questionnaires un peu comme ça, pas le gros questionnaire AUDIT, mais les petites questions un peu pertinentes. Et bien ça permet de déjà dépister et après ça permettra de voir s'ils ont en plus des troubles cognitifs là-dessus. »

- Soutien du DIMA / connaissances sur le réseau / lutte contre l'isolement professionnel / ouverture à la discussion avec ses patients.

M3 avait appris de nouvelles connaissances sur le réseau de soin et se sentait moins seule, épaulée dans sa prise en charge depuis la rencontre avec le DIMA :

« Aussi, des connaissances sur le réseau, c'est vrai qu'ici dans le Loiret il y a un désert médical et le fait de savoir que des gens travaillent là-dessus, d'avoir des numéros à appeler, des mails à envoyer à des gens avec lesquels on pourrait travailler, avoir des avis pour des patients avec lesquels on est en difficulté, et bien ça, ça aide ! de se sentir moins seule là-dessus. Oui. »

Elle rapportait qu'il lui était plus facile d'ouvrir la discussion au sujet de l'alcool avec ses patients depuis qu'elle avait la possibilité d'être soutenue par le DIMA :

« Aussi, parfois on ouvre une porte mais en médecine générale parfois on n'a pas envie d'ouvrir, on se dit « si j'ouvre cette porte, je vais découvrir ça ... c'est tellement gros ! qu'est-ce que j'en fait ?! » et le fait de savoir que le DIMA existe, ça me permet de me dire « ok ! ce patient là peut-être qu'il a envie de se prendre en charge et je sais qu'il y a mes confrères et consœurs qui sont là » où je pourrais, pas forcément le renvoyer, mais avoir un réseau et leur poser la question « comment vous auriez fait ? qu'est-ce que j'ai comme possibilités ? vers qui je peux l'orienter ? comment je peux l'aider d'avantage ? » et c'est surtout ça aussi je pense. »

- Aide à la reconnaissance par le patient de sa maladie / guider le patient vers un suivi en addictologie.

M3 décrivait les bénéfices du dépistage des TCLA dans l'aide à la reconnaissance par le patient de ses troubles, qui pourrait également favoriser l'entrée vers un suivi en addictologie :

« Ah bah oui ! oui, oui ! C'est clair parce que je pense que le test ça permet de mettre des chiffres aussi, de quantifier, de leur faire réaliser « ah bah oui en fait je n'arrive pas à faire ça ! ». C'est plus de leur faire réaliser et après une fois qu'ils arrivent à se rendre compte que leur consommation devient vraiment pathologique et qu'ils ont des troubles, des conséquences là-dessus... oui ça sera plus facile de les diriger vers un addictologue, clairement ! »

Difficultés :

- Nécessité d'une équipe pluridisciplinaire.

M3 n'avait réalisé aucun test MoCA d'elle-même. Elle déléguait le MoCA aux paramédicaux, illustrant la nécessité d'une équipe pluridisciplinaire :

« Pour l'instant je ne l'ai pas encore vraiment ... comme vous savez j'ai la chance d'avoir une infirmière ASALEE, donc je l'ai un peu plus sensibilisé là-dessus et je sensibilise un peu plus les patients pour aller la voir et le faire. Alors c'est vrai que moi je ne l'ai pas encore fait en consultation. Oui. »

- Difficultés d'adhésion à un suivi en addictologie / mécanismes de défenses psychologiques des patients +/- anosognosie.

M3 exprimait des difficultés pour adresser les patients vers les spécialistes du fait des mécanismes de défenses des patients tels que la dénégation et le déni. A noter que l'on pourrait également citer l'anosognosie, mais alors il s'agirait plutôt de la conséquence d'un trouble cognitif évolué :

« Parce que leur dire « oui il faudrait que vous y alliez » « bah non ... ça va, moi tout va bien dans ma vie ». Et c'est vrai que ces troubles-là si on ne les pointe pas du doigt, ils se cachent derrière ça et d'aller chez l'addicto derrière, non ça ne serait pas possible. Si d'eux même ils ne voient pas de problème en soi, ils n'iront jamais. Voire même, dans les centres ... parce qu'en plus il faut que ça soit de la volonté des patients, ce n'est pas le médecin ... même si on rédige une lettre ou quoi que ce soit, le patient s'il ne veut pas, il ne veut pas. »

- Chronophagie du dépistage.

M3 évoquait l'aspect chronophage des activités de prévention en médecine générale, relayant celles-ci au second rang. Malgré son intérêt pour le sujet et dans les conditions d'exercices actuelles, elle ne se sentait pas avoir la possibilité de faire la prévention sur la consommation d'alcool avec ses patients, jusqu'à même au contraire pouvoir rattraper le retard accumulé en consultations dans ses journées difficiles :

« Après c'est aussi le temps qu'il faut avoir pour pouvoir le faire (rire), on a tellement de choses à se préoccuper que faire de la prévention maintenant ça devient un peu en second rang en médecine générale... mais non ! il faut essayer de retrouver ça, reprendre les reines sur la prévention et le dépistage et informer les patients, parce qu'après si on ne le fait pas, le temps passe et les gens vont dirent « ah bah on ne m'a jamais informé, on ne me l'a jamais dit, moi je me sens bien » et puis jusqu'au jour où ça ne se passe pas bien quoi. Donc c'est aussi ça, le manque de temps, c'est important de le

faire et je pense que tous les médecins généralistes diront cela, on le sait, enfin moi je le sais que c'est important mais ... est ce que je le fais beaucoup ? assez ? Je ne me rends pas compte. Et puis parfois en consultation on se dit « bon allez ça m'a rattrapé mon retard ! je ne vais pas aller lui parler de l'alcool ! » vous voyez ? (rire) ... Typiquement, souvent, c'est les crises de goutte... ça rejoint souvent l'alcoologie pourtant mais parfois je leur fais juste le Colchimax et « basta » ça m'a rattrapé mon retard. Je ne parle pas d'alcool, je me dis « bon allez la prochaine fois » et c'est vrai que la prochaine fois on parle d'autres choses et au final ce n'est jamais abordé. »

- Représentations négatives, interdits et tabous / liberté d'expression en consultation.

M3 faisait remarquer les difficultés à aborder le sujet de la consommation d'alcool devant les diverses représentations négatives, interdits et tabous de chacun, entravant la liberté d'expression du patient et du médecin en consultation :

« Parce que parfois on n'a pas envie d'en parler parce qu'on a trop la vision d'entre guillemets l'alcoologie. Alors qu'en fait non, l'alcool ça rentre dans la vie, c'est quelque chose qui aussi est festif, donc voilà il faut en parler librement comme quand on parle du tabac. Je pense que dans l'avenir à force de sensibiliser les gens et puis les jeunes médecin ... »

- Désertification professionnelle / difficultés d'accès aux aides paramédicales.

M3 annonçait le départ imminent de son IDE ASALEE, il allait donc lui être plus difficile d'effectuer un certain nombre d'actes et notamment la délégation du dépistage des TCLA. Elle semblait se sentir tout de même capable de dégager du temps pour en réaliser :

« Ah oui je pense que je le ferais plus souvent. (rire) Parce qu'en plus là mon infirmière ASALEE elle m'a annoncée qu'elle va s'en aller dans un mois donc j'ai dit « ohla ! le truc que j'ai mis en place il va falloir que je le fasse ! » donc oui je vais le faire. Mais après pareil en le voyant faire dans la formation j'ai trouvé ça facile, mais bon l'experte forcément elle est experte là-dessus donc ... mais voilà c'est aussi se dégager du temps de le faire. C'est ça le gros problème maintenant ! après ça ne m'a pas l'air non plus si compliqué, donc oui il faut le faire. »

- Complexité bio-psycho-socio-professionnelle / se sentir submergé par la charge de travail / nécessité d'une équipe pluridisciplinaire.

M3 disait que malgré son expérience en addictologie, elle se sentait submergée par la charge de travail et se voyait souvent repousser le moment pour aborder le sujet de l'alcool avec ces patients dans des situations complexes atteignant toutes les sphères de la santé :

« Hmm non, enfin si pleins de choses, enfin c'est que j'ai fait ma thèse en alcoologie aussi. C'est un sujet sur lequel j'ai travaillé pendant deux ans donc forcément je m'y suis beaucoup intéressé, j'avais aussi interrogé des médecins, j'avais eu leur retours d'expérience, ça m'a permis de confectionner mon expérience à moi pour quand je serai installée, donc maintenant je suis installée depuis presque cinq ans ... c'est un sujet qui je pense, malgré qu'en plus j'ai fait ma thèse dessus, je trouve que je ne suis pas encore tout à fait au point parce que il y a des fois où je me dis « pfff bon allez je leur en parlerai plus tard » et je n'en fais pas trop parce que je me rend compte aussi que c'est un sujet vraiment très compliqué à gérer, pour les patients parce que ça touche leur vie, ça touche leur passé, l'alcool quand ça devient un problème ou une pathologie, ça joue aussi sur toute leur vie en fait, parce qu'il y a des troubles psychiatriques aussi ailleurs, une gestion du passé qui n'est pas encore vraiment là, ça joue sur les problèmes de travail, de couple, de violence, d'autres addictions ... et du coup en fait, même si je suis assez sensible sur ce sujet, je suis heurtée à tous ces problèmes là que je n'arrive pas à gérer pour ce patient. »

- Découragement par échecs itératifs.

M3 se sentait découragée par les échecs répétés malgré les efforts pluridisciplinaires déployés, jusqu'à ressentir de la colère ou même l'envie de rejeter le patient :

« Alors j'essaye, il y en a plusieurs que je suis et qui ont aussi un suivi en addictologie, qui vont dans les centres d'addictologie, voit aussi des psychiatres, et tout ça ... et que malgré ça ! ils ne sont pas sevrés, ils continuent ... c'est vrai que c'est un suivi de longue haleine, des patients qui nous mettent toujours en échec... et parfois on peut se fâcher contre eux ! en se disant « c'est bon il avait tout maintenant pour être heureux » ... j'ai un patient là, j'ai même suivi son fils qui a maintenant 5 ans, maintenant il est divorcé, son ex-femme est partie dans le sud loin de lui parce qu'il était très violent, alors qu'il avait tout pour être heureux, il avait un boulot, une maison, une famille, enfin voilà ... et je connaissais sa femme elle était toute gentille comme tout et elle a dû partir, et je me dis « mais ! pourquoi il en est arrivé jusque-là ?! » parfois on a envie de le secouer, on a envie de le rejeter même ! et on est heurté tout le temps à des échecs. »

Changement de représentation :

- Sensibilisation au dépistage précoce / favoriser la prise de conscience par le patient de sa maladie.

Depuis la formation, M3 manifestait une ouverture d'esprit concernant l'utilité de réaliser le dépistage plus précocement (notamment par le fait qu'il s'agit de troubles cognitifs réversibles post-sevrage apparaissant de manière insidieuse dans une population de patients jeunes, mais ne le dit pas explicitement). Elle évoquait la minimisation du phénomène et l'absence de proposition de la part du médecin tant que celui-ci ne se rend pas compte des atteintes occasionnées par l'évolution d'un TUA vers un TCLA et du possible bénéfice sur la prise de conscience par le patient de sa maladie qu'il pouvait entraîner chez celui-ci en lui proposant ce dépistage :

« Bah après c'est vrai que les troubles cognitifs en addictologie, spécialement en alcoologie, c'est des choses qu'on nous dit, on sait, après est-ce qu'on ne le réalise pas vraiment ou est-ce qu'on tarde un peu aussi à le dépister ? et ça je pense que cette formation-là, je pense que ça m'a vraiment ouvert sur le fait qu'il faut quand même le dépister assez tôt ! aussi pour que le patient s'en rende compte, et ça je pense que tant que le médecin ne s'en rend pas compte (rire) alors il ne le propose pas au patient, et parfois on le fait dans une phase déjà assez tardive. C'est que les gens quand ils arrivent on le dépiste déjà à l'œil, mais le fait de le faire plus tôt dans l'histoire de la maladie, bah ça oui cette formation ça m'a révélé de dépister plus tôt, plus facilement et plus souvent aussi. »

- Vigilance accrue / sous-estimation de la population ayant un TUA / découverte de nouveaux éléments centrés patients.

M3 faisait remarquer qu'elle abordait plus souvent le sujet de l'alcool avec ses patients depuis la formation. Ce qui lui avait permis de se rendre compte qu'une part plus importante de ses patients consommait l'alcool de manière excessive sans en avoir vraiment conscience :

« Oui je trouve que j'arrive mieux à leur parler de l'alcool, leur consommation, et essayer de retrouver s'ils me disent « ah bah tiens en fait, oui c'est vrai que je consomme beaucoup ». Parce que parfois les patients ils rentrent de leur boulot, ils ont envie de prendre un verre, je recherche si ça devient quotidien, si ça devient une nécessité et j'ai remarqué qu'avec les circonstances sanitaires dans lesquelles on vit, les gens consomment un peu plus... que je n'avais pas remarqué avant, mais c'est vrai que si je ne posais pas la question et que moi-même je n'avais pas eu cette formation, je ne serais peut-être pas sensibilisé, je n'aurais peut-être pas posé la question et en posant plus les questions aux patients, je découvre qu'il y en a quand même beaucoup qui ont une consommation d'alcool excessive sans s'en

rendre compte. Sans bien sûr que ça leur cause des troubles cognitifs ou des problèmes dans leur vie actuelle, mais il y en a pas mal qui disent « ah oui c'est vrai que c'est devenu tellement une habitude » qu'ils ont le besoin de prendre une pause et de boire, la bière, un verre de vin, un deuxième verre de vin, et voilà ... je pense que c'est ça qui m'a changé pour l'instant, c'est vrai que j'ai fait la formation il y a quelques mois, et ça m'a changé ça pour l'instant. »

Motivation :

- Dépistage TCLA en médecine de premiers recours.

M3 sensibilisait ses patients à voir son IDE ASALEE pour réaliser le dépistage :

« Pour l'instant je ne l'ai pas encore vraiment ... comme vous savez j'ai la chance d'avoir une infirmière ASALEE, donc je l'ai un peu plus sensibilisé là-dessus et je sensibilise un peu plus les patients pour aller la voir et le faire. »

- Vigilance accrue / réassurance.

M3 abordait plus souvent le sujet de l'alcool avec ses patients :

« Oui, je pense que j'essaye d'interroger les gens un peu plus »

« hmm, bah là c'est vrai qu'avec le Covid, le confinement, les gens sont beaucoup dans les problèmes de dépression et tout ça ... je pose un peu plus la question sur la consommation d'alcool. Oui je trouve que j'arrive mieux à leur parler de l'alcool, leur consommation »

Elle exprimait la volonté de pratiquer ce dépistage plus fréquemment et semblait moins craindre de le proposer depuis la rencontre avec le DIMA :

« Non, voilà, je pense qu'il faut le faire plus souvent, moins avoir peur de le faire, moins avoir peur d'ouvrir une porte parce que même si le patient ne le dit pas tout de suite ou il se le cache un peu ... bah au moins quand il sait que le médecin peut parler ouvertement, alors peut-être que la prochaine fois il en parlera plus ouvertement. Je me dis ça. »

- Intérêts de la précocité du dépistage des TCLA.

M3 évoquait un intérêt à réaliser précocement le dépistage des TCLA pour prévenir l'évolution de la maladie avant l'apparition de signes de cytolysé hépatique :

« je pense que c'est une formation qui m'a vraiment mis une puce à l'oreille qu'il faut le faire plus tôt ! et c'est vrai que les patients quand ils ont déjà un foie ... des ASAT ALAT ... une cytolysse ... faire un MoCA je pense que c'est déjà ... bon ça lui fait réaliser ! mais surtout ce qui est pertinent c'est de le faire vraiment tôt dans la prise en charge, pour que vraiment le patient ne passe pas à cette étape-là, de cytolysse hépatique et tout ça. »

Ainsi qu'un rôle à jouer dans la reconnaissance par le patient de sa maladie :

« Voilà, pas forcément que le but du sevrage mais le but de faire réaliser au patient que leur consommation joue déjà sur leur cognition. Parce que je trouve que le MoCA, il est déjà assez riche ! oui, oui. »

- Intérêts à la sensibilisation des médecins et des patients au dépistage des TCLA / lucidité du discours sur la banalisation des consommations d'alcool.

M3 exprimait un grand intérêt à sensibiliser les patients et les médecins au dépistage des TCLA devant l'ancrage de l'alcool dans notre culture/société, sa facilité d'accès, ainsi que le phénomène de tolérance banalisant sa consommation :

« Important, oui. Très important parce que l'alcool c'est un produit parfois à la vue de certains même bon pour la santé, certains me disent « c'est qu'un verre de vin c'est bon pour la santé » parfois c'est quelque chose d'assez festif, « si je vais à une fête je bois de l'alcool, si je bois pas il y en a qui pourrait mal le voir » « allez vas-y prend un verre ! vas-y ! » et puis parfois l'alcool n'est pas vu comme quelque chose de dangereux ... c'est ça aussi. Et jusqu'à quand il peut devenir dangereux ? chez certains patients ... et même par rapport au médecin ... ce seuil là est assez trouble, alors même s'il y a des scores en disant « voilà au-delà de tant de verres d'alcool c'est dangereux » mais tant que les gens ils tolèrent bien l'alcool, pour eux ça ne l'est pas. Si on ne sensibilise pas, si on ne dépiste pas, pour les patients ils peuvent continuer comme ça. Donc oui c'est très important ! c'est important de leur dire, même si c'est en soirée, même si c'est pour la fête, même si le vin c'est bon ... et bien non arrive à un moment où ça peut être mauvais. Donc oui c'est important de le faire. »

- Désacralisation autour de l'alcool / liberté d'expression dans la relation médecin-patient.

M3 faisait part de l'intérêt à désacraliser le sujet des consommations d'alcool en consultation dans le but de pouvoir en parler plus librement. En sensibilisant les médecins, cela pourrait aider à en faire une routine comme pour le tabac par exemple :

« Alors je pense qu'il faut le faire, à force de le faire ça va rentrer dans une routine. Les compétences, j'essaye de le faire le plus souvent et à force de le faire je tournerais un peu mieux les phrases, le faire

machinalement, on essaiera de voir aussi les capacités du patient, à force de le faire ... comme ça, ça rentre, dans une routine, parce que c'est comme de demander « vous fumez ? vous ne fumez pas ? nombre de paquet-années » c'est devenu une routine, c'est devenu facile je dirai ... alors que l'alcool, pas encore ! parce que l'alcool ça touche, ça heurte aussi un peu parfois ... donc je pense qu'il faut désacraliser ça et de poser la question « combien vous buvez ? » « ah comme tout le monde, pas grand-chose » « bah non combien ? dans la journée, dans la semaine » « bah je bois tant de verre » et puis on calcule avec eux « ah bah ouais tiens ça dépasse » « comment vous pouvez, quel verre vous pouvez éviter ? » des petites choses comme ça, voilà surtout désacraliser ça et avoir moins peur d'en parler. »

- Soutien des patients / continuer le suivi malgré les échecs.

Enfin, malgré les efforts et les échecs, M3 se satisfaisait de réussir à soigner quelques rares patients. Pour les autres, elle recherchait à conserver sa position de médecin généraliste en les soutenant comme elle le pouvait pour ne pas les perdre de vue :

« J'en ai un chez qui ça se passe très bien il a tout un suivi d'addictologie, de psychiatrie, il est sevré depuis 2 ans, il a réussi à sauver son boulot, en plus il est manager, voilà il y a aussi des cas où ça se passe bien ... c'est rare ! Après il faut se dire « bon ben au moins on est encore là pour eux » pour leur soutien, on essaye qu'il ne sombre pas, il y en a chez qui ça finit par un cancer du poumon, voilà ... mais bon il faut se dire au moins si on arrive à améliorer la vie d'un ou deux dans une carrière, c'est déjà peut-être bien ! (rire), j'en suis déjà à cinq ans de carrière et j'en ai un ! c'est déjà pas mal je pense. Mais voilà c'est ça qui est compliqué, toujours en échec. Parfois on se dit qu'on n'a plus envie de le voir « pourquoi il vient nous voir ? pfff ... ce patient là je ne l'ai pas vu, il revient avec fractures de côtes parce qu'il est tombé dans les escaliers car il a trop bu » mais voilà il faut continuer. (rire) S'il nous a pas ... il a personne, et si on ne continue pas d'essayer, de modeler un petit suivi pour eux et d'éviter la catastrophe ... voilà, je pense que c'est ça qui est important au-delà d'un sevrage ou quoi ... je pense quand on n'arrive plus à aller vers un sevrage, bah au moins essayer de sauver les meubles je dirai ... »

SYNTHESE M3 :

La participante M3 **a renforcé ses connaissances sur les TCLA, sur le réseau de soin et a appris à se servir du test MoCA, ce qui lui a permis d'élargir son champ d'action en soins primaires.** Confrontée à la charge de travail très importante induite par les situations complexes touchant à toutes les sphères de la santé, exacerbée par la désertification des professionnels paramédicaux, elle a exprimé des sentiments de colère, rejet et de découragement face aux échecs récurrents de prise en charge, mais a persévéré dans son engagement envers ses patients. **Le soutien du DIMA a été crucial pour briser son isolement, être épaulée dans les prises en charges afin de diminuer les rejets, et lui a permis d'ouvrir la discussion avec ses patients.**

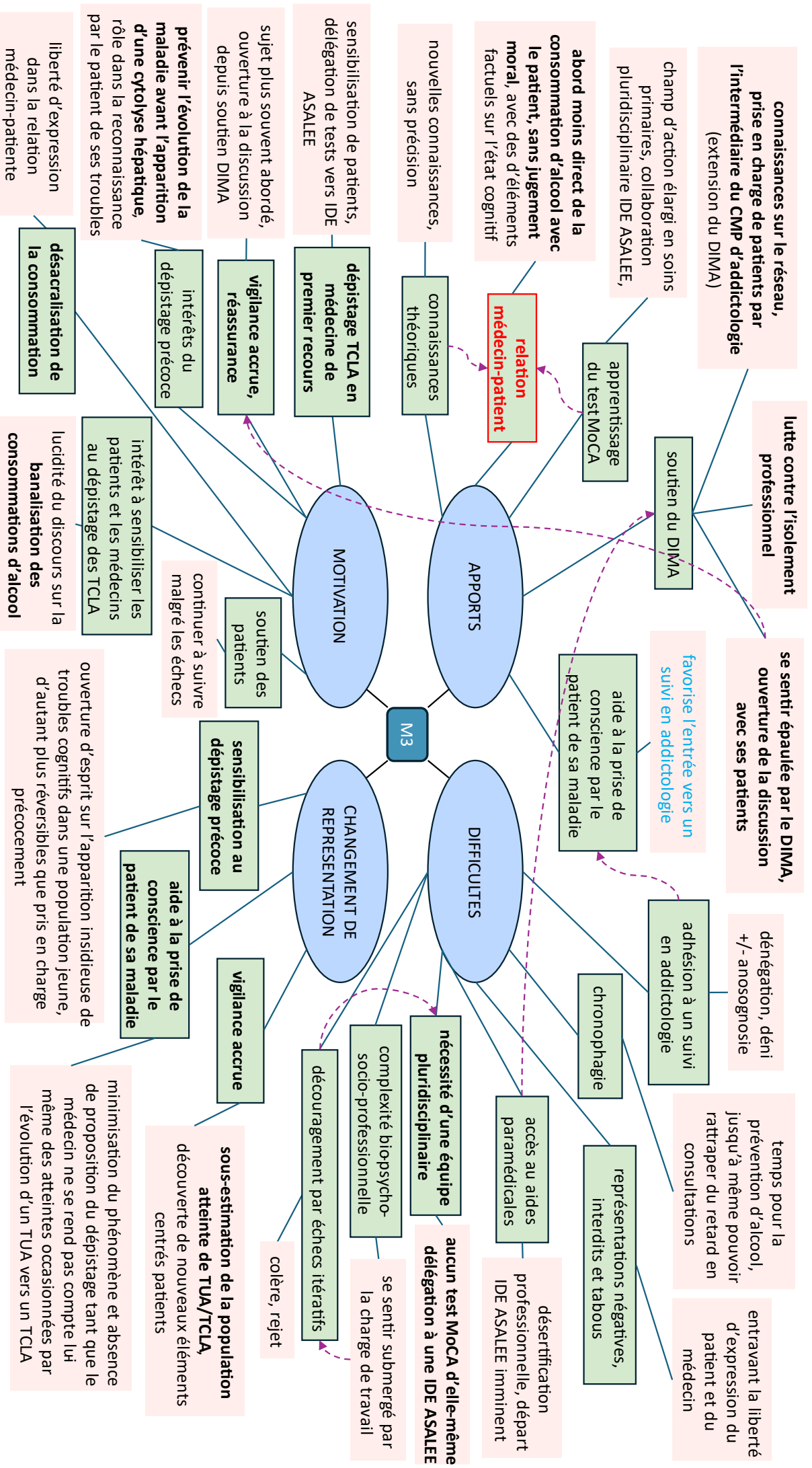
Elle n'a réalisé **aucun test MoCA d'elle-même, la collaboration avec son IDE ASALEE a été indispensable pour lui déléguer les tests.** Cependant, elle allait être confronté à des difficultés plus importantes devant le **départ imminent de son IDE ASALEE, rajoutant de l'intérêt aux consultations IDE du DIMA mises en place dans les MSP à proximité.**

Malgré le caractère chronophage du test, elle en a apprécié le **bénéfice sur le plan relationnel en abordant la consommation d'alcool du patient de manière moins directe, sans jugement moral, au travers des résultats factuels sur ses atteintes cognitives.**

Sa vigilance a été stimulée lors de ses consultations, ce qui lui **a permis de prendre conscience d'une sous-estimation des TUA/TCLA** et de découvrir de nouveaux cas dans sa patientèle. Elle a également manifesté une **ouverture d'esprit concernant l'intérêt du dépistage précoce des TCLA,** et concernant le **rôle du dépistage dans la prise de conscience par le patient de ses troubles,** voire dans la **limitation des répercussions de l'alcool sur le plan digestif.** En parallèle, ceci pourrait **favoriser les chances d'adhésion à un suivi** par le patient (objectif second en bleu sur le schéma).

Consciente du poids culturel de l'alcool dans la société et de la banalisation de sa consommation, elle se dit favorable à **une sensibilisation accrue des patients et des médecins au dépistage des TCLA,** ainsi qu'à **la désacralisation du sujet de l'alcool en consultation,** afin de surmonter les difficultés liées aux diverses représentations négatives, interdits, tabous et d'encourager une expression plus libre de chacun dans la relation.

Figure 8. Articulation des thèmes de la participante M3.



3.3.4 Participante M2

Apports :

- Amélioration des connaissances théoriques / sensibilisation au dépistage précoce des TCLA/ signes de repérage sur la gestion du quotidien.

M2 disait avoir acquis de nouvelles connaissances au sujet des TCLA, notamment concernant l'existence d'une gradation des TCLA et l'intérêt de dépister les formes précoces dans le but de prévenir les formes sévères telle que le syndrome de Korsakoff par exemple. De plus, elle évoquait des signes de repérage sur l'autonomie des patients au quotidien pouvant les faire suspecter. En revanche, ils existent des différences significatives entre les TCLA et les troubles cognitifs des atteintes dégénératives (des personnes âgées) :

« Bah des nouvelles connaissances ... je ne dirai pas en termes de troubles cognitifs de manière générale, parce que finalement les symptômes j'ai le souvenir qu'ils étaient similaires aux troubles cognitifs de la personne âgée, plutôt une sensibilisation que ça arrive chez la personne alcoolique plus tôt qu'on pourrait le croire, bien avant la notion du Korsakoff ou ce genre de choses quoi. Donc le côté y penser plus tôt dans un contexte d'alcoolisation chronique, avec parfois l'altérations des fonctions, de la gestion chez soi, ce genre de choses »

- Stratégie de prise en charge / identification du DIMA / faciliter les liens premier recours-second recours.

M2 découvrait une équipe pluridisciplinaire mobile en addictologie susceptible de l'aider à prendre en charge ses patients complexes atteints de TCLA :

« Mais du coup je n'ai pas eu l'occasion, par contre je sais que ça existe, et j'ai des collègues qui m'ont dit que « bah tiens je vais le mettre dans ma liste de personnes ressources », en fait cette formation a plus permis une identification de la structure je dirai, plutôt finalement que le MoCA en lui-même. »

Elle se sentait aidée concrètement dans sa pratique au travers de la rencontre, des relations et des échanges avec l'équipe du DIMA :

« En fait ce que j'ai bien aimé c'est surtout simplement d'avoir rencontré l'équipe, d'avoir pu mettre des visages, des noms, sur des ressources potentielles, souvent on sait ça existe mais c'est plus sympa pour faire du lien ville-hôpital, du lien premier recours-second recours, de rencontrer les gens ça peut aider concrètement. »

- Accès aux soins.

M2 envisageait principalement d'orienter directement ses patients vers le DIMA pour dépister les TCLA devant le fait qu'il ne lui était pas possible de déléguer les tests à son IDE ASALEE qui ne se sentait pas suffisamment confiante pour les réaliser :

« Oui ! oui ! par contre oui, c'est sûr que j'y ai pensé de dire « tiens ! peut-être pas un MMS mais un dépistage des troubles cognitifs du fait d'un contexte d'alcoolisation », mais du coup c'est là que nous en avons parlé et que l'infirmière ASALEE me disait « je ne me sens pas de le faire maintenant » donc plutôt une orientation directe auprès du DIMA. »

Elle avait pu orienter ses patients vers l'IDE du DIMA pour effectuer les tests MoCA :

*« Et bien peut-être je dirai que j'oriente plus tôt, je dirai dans ce sens-là, et plutôt dans une démarche de dépistage, j'avoue que je ne saisis pas à faire moi-même, mais plus tôt à repérer, et alors peut-être je suis en train de me redire, je n'ai pas saisi le DIMA direct mais par contre oui j'ai orienté vers l'infirmière de liaison, donc en fait c'est peut-être l'extension du DIMA, vers Mme *** qui était notre infirmière addicto. » (Nb. : oui cette IDE fait partie du DIMA)*

Difficultés :

- Nécessité d'une équipe pluridisciplinaire / chronophage / manque de confiance IDE ASALEE.

M2 n'avait réalisé aucun test MoCA d'elle-même. Elle rapportait des difficultés de temps et d'organisation pour pouvoir le faire. De plus, l'IDE ASALEE travaillant dans sa MSP ne se sentait pas suffisamment en confiance pour en réaliser malgré la formation. Ces éléments font remarquer l'intérêt des consultations IDE du DIMA auprès des MSP :

« Et après quand on a fait le détail du MoCA, c'était intéressant, mais en pratique je n'ai jamais fait de MoCA et je crois que pour être honnête je n'en ferai pas parce que en termes de temps et d'organisation je ne vois pas comment l'intégrer à ma pratique, par contre dans notre maison de santé on travaille avec notre infirmière ASALEE qui quand on se pose la question des troubles cognitifs chez la personne âgée c'est plus vers elle qu'on oriente, et limite avec elle nous en avons parlé il n'y a pas longtemps justement, elle disait « bah c'est pas que je ne veux pas le faire mais j'aimerais pratiquer un peu plus en doublon » du moins elle ne se sentait pas prête à faire des MoCA en solo juste avec cette formation. »

- Difficultés d'adhésion des patients à un suivi / perdus de vue.

M2 se sentait embarrassée quant au comportement d'un de ses patients qu'elle avait orienté vers le DIMA qui ne s'était pas présenté au rendez-vous :

« Et bien j'ai eu le retour que c'était un peu long, et que malheureusement pour des raisons propres au patient, en plus, il n'y est pas allé derrière (raclement de gorge embarrassé) ... donc pas des retours concrets malheureusement. »

- Refus de soins par le patient / difficultés liées aux mécanismes de défenses des patients :

M2 rapportait de nombreux refus de la part des patients lorsqu'elle leurs proposait une aide spécialisée. Elle avait pu observer des mécanismes de défenses psychologiques telle que la dénégation, le déni, ou l'ambivalence des troubles addictologiques :

« il est dans le refus ... il ne s'engage dans rien, une passivité des plus complètes, avec un poids sur la famille ... je dérive un peu du coup alors je ne vais pas trop continuer, et je ne sais pas si cette formation si je voulais me projeter ... cette formation là en elle-même si elle va me faire changer ma façon de chercher des solutions pour ce patient ... parce qu'en fait le problème ce n'est pas une histoire d'adresser mais de refus du patient ... enfin je sais que vous existez mais avec ce patient je ne suis même pas sûr que ça m'aide. C'est le problème dans les addictions, le déni ou la volonté du patient et on ne peut pas faire contre son gré, en plus cette volonté peut être fluctuante, des fois ils veulent bien et puis des fois ils ne veulent plus, qui est propre à l'addiction ... c'est pas évident. »

- Découragement suites aux échecs itératifs / difficultés diagnostics différentiels liées aux pathologies psychiatriques concomitantes.

M2 ressentait une forme de découragement devant les échecs de prises en charges répétées lorsqu'elle racontait l'histoire de l'un de ses patients atteint de TUA. Elle soulignait également les difficultés d'établir un diagnostic précis lorsque d'autres facteurs pouvaient entrer en jeu, notamment une dépression dans cet exemple, rajoutant d'autant plus d'intérêt à demander l'aide de la neuropsychologue du DIMA :

« là j'ai un patient je suis en plein dans le dur ... si ça se trouve c'est du cognitif... j'ai pas pensé à ça vous voyez, j'en est un là qui est en plein dans le dur, une famille dépassée, il ne mange pas il se laisse aller, on a réussi à le faire hospitaliser dans une clinique, il en est ressortit il n'y a pas longtemps, alors est ce que c'est à sa demande ou contre avis médical ou est-ce que l'équipe a dit que c'était bon ... mais derrière j'ai le fils qui me rappelle en me disant « bah pfff ça n'a rien changé... » il ne se lave toujours

pas et ne mange toujours pas, il y a pleins de cadavres de bières partout, (prend une grande inspiration) et je me demande « Qu'est-ce qu'on peut faire ?! Qu'est-ce qu'on peut faire ?! » ... et c'est vrai que je n'ai pas pensé ... est-ce qu'il y a des troubles cognitifs derrière ? c'est possible mais ce n'est pas évident parce qu'il y a aussi une dépression aussi »

Changement de représentation :

- Vigilance accrue.

M2 ressentait une augmentation de sa vigilance concernant le repérage des TCLA, notamment dans la patientèle qu'elle était en train de se construire :

« Je pense plus à un éveil de mon état d'alerte. Mais ... alors je suis d'installation récente donc je n'ai pas non plus un exercice pour faire un avant-après de grande comparaison, et comme je construis ma patientèle je n'ai pas beaucoup de patients dont j'ai la connaissance d'une alcoolisation chronique, mais de ce que je connais du coup je suis un peu plus vigilante, notamment la gestion du quotidien, ce genre de choses »

« Je dirai qu'avant, je vais être honnête je pense qu'elle était nulle de par mes connaissances, et je dirai que maintenant, je ne mets pas ça en première volonté de mes consultations mais si je vois un patient c'est au moins dans un coin de ma tête, donc je suis passé de "zéro" à "je le sais". »

- Remise en question des représentations négatives, déstigmatisation sur la consommation d'alcool / changement de perceptions / précocité du repérage des troubles / tolérance relationnelle accrue.

M2 remettait en question une part de ses représentations négatives sur les patients en recherchant à les déstigmatiser de leur consommation d'alcool. Elle rapportait un véritable changement de perceptions, même si paradoxalement elle semblait ne pas se rendre compte de l'importance d'un tel changement :

« ça n'a pas changé ma façon de repérer les choses mais plutôt ma façon de les percevoir dans le sens où voilà comme je le disais je ne mets pas ça que sur le compte de l'alcool, je me dis qu'il y a peut-être déjà des lésions avec un côté irréversible ou qu'il y a déjà du mal de fait quoi, je l'ai plus perçu comme ça. Je ne dirai pas un grand changement mais plutôt un changement de perceptions. »

À noter également, des éléments de sensibilisation à la précocité du repérage des troubles :

« Donc le côté y penser plus tôt dans un contexte d'alcoolisation chronique, avec parfois l'altération des fonctions, de la gestion chez soi, ce genre de choses, et aussi de ne pas tout mettre du côté « bah c'est parce qu'il est alcoolisé » c'est peut-être qu'il y a déjà des altérations sous-jacentes. »

Enfin, elle exprimait une meilleure tolérance relationnelle avec ces patients au travers de ce changement de perception :

« Et bien oui en effet, le côté que les difficultés de gestion à la maison, administratives ou de son quotidien, des choses comme ça, je ne l'incrimine plus à « c'est parce qu'il est alcoolisé » mais peut-être qu'en fait il y a déjà des dégâts faits par cet alcool au point de vue cognitif, et donc peut-être de nuancer, d'être moins « sévère », même si je ne pense pas être comme cela mais ça nuance d'autant plus la façon de percevoir les choses en disant « bon bah il n'y a peut-être pas que l'alcoolisation sur le moment » et que le sevrage n'apportera pas un retour à l'état antérieur finalement aussi bien qu'on pourrait l'espérer à cause des lésions cognitives. »

Motivation :

- Qualité de la formation.

L'organisation de la formation adaptée aux contraintes des médecins généralistes, les échanges, ainsi que les éléments épidémiologiques présentés lors de celle-ci, avaient suscité l'intérêt de M2 :

« Hmmm non sinon j'avais trouvé clair. C'était intéressant, il y avait des chiffres assez marquants sur l'importance du phénomène. Mais sinon en soi, le format de toute façon pour atteindre les professionnels, c'est vrai que souvent le soir ou entre midi et deux (rire) pour réussir à mobiliser les professionnels de santé. La durée il ne faut pas que ce soit trop long sinon les professionnels ne trouvent pas le temps. Sinon sur l'aspect powerpoint et échanges, c'est pas mal. »

- Dépistage des TCLA en médecine de premier recours.

M2 se sentait capable et motivée pour le repérage, l'orientation et le suivi des patients. En revanche, elle ne l'était pas pour réaliser d'elle-même les tests MoCA :

« Pas à titre personnel, mais pourquoi pas si par exemple notre infirmière ASALEE souhaite saisir le sujet, l'accompagner pour créer un chaînon local, moi je repère le truc, j'oriente, et après je suis bien sûr. »

Et comme décrit précédent, elle avait orienté des patients vers l'IDE du DIMA dans le but de dépister les TCLA.

- Intérêt dans la prise de conscience par le patient de sa maladie / déstigmatisation sur la consommation d'alcool.

Enfin, M2 exprimait de l'intérêt à rechercher un trouble cognitif dans le but de favoriser la prise de conscience de la maladie par le patient et son entourage, ainsi que pour éviter les étiquetages stigmatisants sur la consommation d'alcool (n'aidant pas les patients à se livrer et progresser dans les soins) :

« Je n'y ai pas pensé, oui de lui faire réaliser des difficultés et de lui faire comprendre que c'est peut-être des dégâts cognitifs déjà causés par l'alcool ... je n'y ai pas pensé, je ne trouve pas ça bête, ça dépend de forcément comment et le patient derrière mais ... peut-être qu'en effet si ... de toute façon dans les addictions il y a un côté de quel est le bénéfice qu'il a à continuer versus arrêter, et que de présenter la potentielle perte d'autonomie par atteinte cognitive et non pas seulement par conséquence sociale de son addiction et des comportements qu'il prend ... pourquoi pas ! Je n'y ai pas pensé et en effet cette question est intéressante. »

SYNTHESE M2 :

La participante M2 a **appris de nouvelles connaissances** au sujet des TCLA, notamment concernant l'existence d'une **gradation des TCLA et l'intérêt de dépister les formes précoces**. De plus, elle a évoqué des **signes de repérage sur l'autonomie des patients au quotidien** pouvant les faire suspecter.

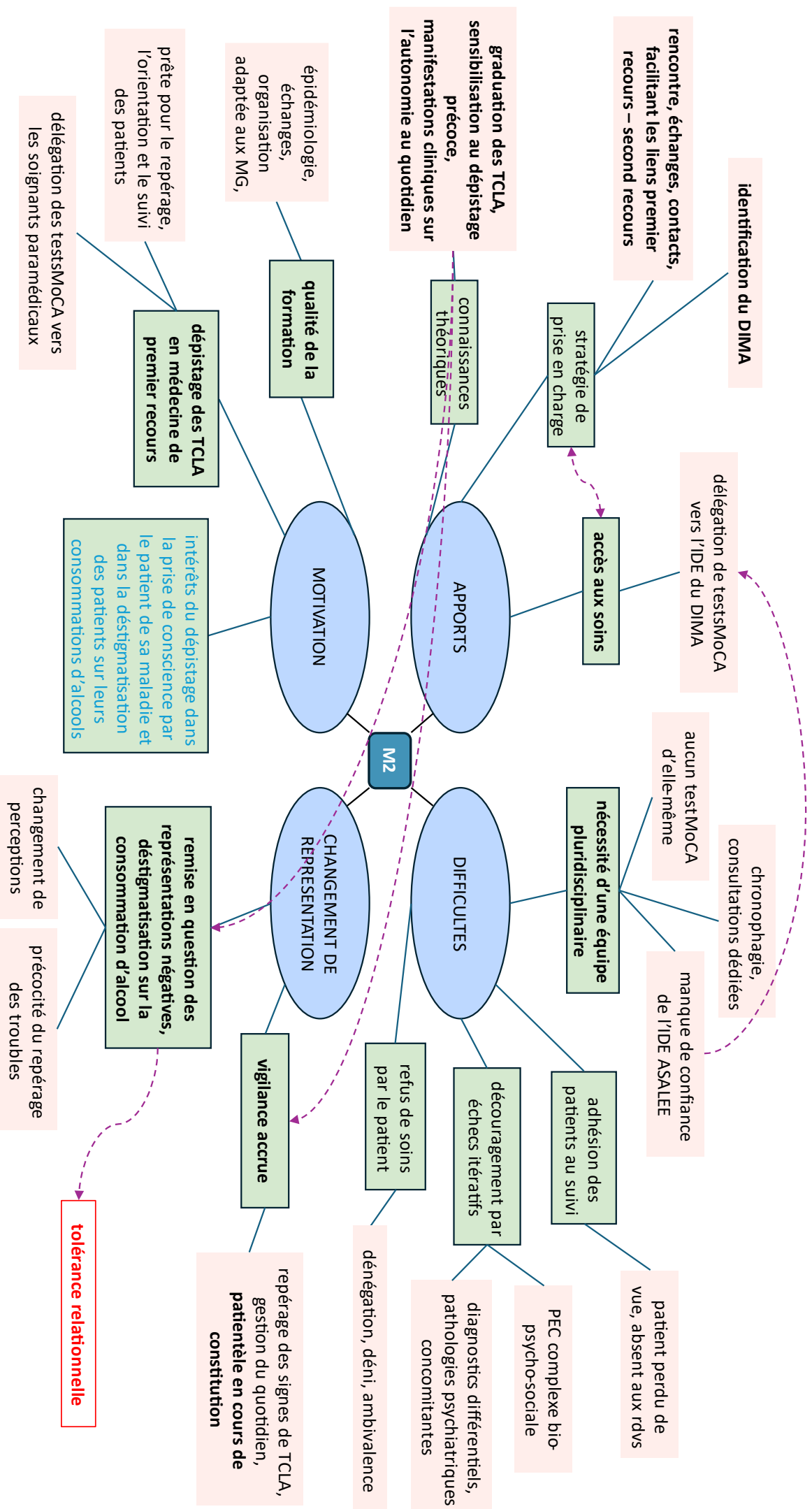
Elle a **découvert l'existence du DIMA**. La **qualité de la formation, les échanges et contacts de bonne relation avec cette équipe** ont **facilité les liens premier recours-second recours** et ont participé à **stimuler son intérêt pour le dépistage des TCLA en médecine de premier recours**. Elle s'est sentie **motivée pour le repérage, l'orientation et le suivi des patients**, mais elle n'est **pas parvenue à réaliser les tests MoCA d'elle-même ni avec son IDE ASALEE**. En revanche, elle **s'est emparée des consultations IDE du DIMA** mises en place dans sa MSP pour faire bénéficier de l'**accès aux soins addictologiques** à ses patients. En outre, les difficultés liées aux **diagnostics différentiels** des pathologies psychiatriques concomitantes ont rajouté de l'intérêt à demander l'aide de la neuropsychologue du DIMA.

Elle a vu **augmenter son attention** pour le repérage des TCLA, notamment dans la patientèle qu'elle était en train de se constituer.

L'apport de nouvelles connaissances sur les TCLA a engendré un **changement de perceptions**, ce qui lui a **permis de remettre en question une part de ses représentations négatives et de se positionner dans une démarche de déstigmatisation des patients sur leur consommation d'alcool**. Elle a ressenti une **tolérance plus importante envers les patients**, malgré les difficultés décrites à type d'échecs de prise en charge répétées, de mauvaise adhésion des patients aux suivis, de refus de soins de la part des patients bien souvent dans le déni de leurs troubles. Ceci traduisant une **amélioration dans la relation médecin-patient**.

En parallèle, elle a trouvé de l'intérêt à proposer le dépistage des TCLA pour favoriser la prise de conscience des troubles par le patient et son entourage, ainsi que pour se déporter du problème de la stigmatisation des patients sur leur consommation d'alcool. (Objectif second en bleu sur l'illustration)

Figure 9. Articulation des thèmes de la participante M2.



3.3.5 Participant M4

Apports :

- Amélioration des connaissances théoriques.

M4 rapportait avoir acquis de nouvelles connaissances puisqu'il s'agissait de sa première formation en addictologie. En revanche il ne donnait pas de précision sur celles-ci :

« Oui ! vu que je n'en avais pas. »

Dans les deux extraits suivants, il ne semblait pas avoir intégré la notion de gradation des TCLA et l'intérêt au dépistage précoce dans une population de patients plus jeunes atteints de TUA :

« Bah heu oui oui, après moi je lui envoie des patients mais c'est vrai que c'est jusqu'à présent des patients âgés quoi en fait, pas forcément beaucoup de patients avec des problèmes à type d'alcool ou en tout cas pas forcément connus au départ... Après les patients alcooliques qu'on voit nous ils sont souvent plus jeunes, donc ils n'ont pas forcément encore atteint le stade de troubles cognitifs. »

« Bah. Comme je vous disais, pour l'instant j'ai un peu de mal à faire le ... le rapport... ou du moins la recherche des TCLA chez les patients alcooliques jeunes, en fait. Ça je ne l'ai pas fait jusqu'à présent, mais au vu de ce que vous me dites là, peut-être qu'il faut que je le fasse plus »

- Apprentissage du test MoCA.

M4 était habitué à l'utilisation du MMS pour le dépistage des troubles cognitifs chez les patients âgés. La formation lui a permis d'apprendre à utiliser le test MoCA, plus adapté que le MMS pour dépister les TCLA :

« Et de l'utilisation de la grille MoCA, où j'avoue que j'étais plus resté sur le MMS classique. »

- M4 n'avait pas ressenti de changement au niveau relationnel avec ses patients :

« pfff ... dans la qualité relationnelle ... je ne suis pas sûr que cela ait changé énormément de chose »

Difficultés :

- Chronophagie du dépistage :

M4 évoquait à plusieurs reprises le caractère chronophage de la réalisation du dépistage des TCLA. Il retrouvait un niveau de complication supplémentaire à organiser des consultations dédiées étant donné le contexte actuel difficile d'accès aux consultations plus classiques :

« Ou peut-être que ... Ouais, après on va voir aussi ... parce que justement, après « on ne le fait pas, pourquoi ? » c'est parce que c'est une question de temps. C'est que si on veut faire des tests cognitifs il faut caler deux consultations au lieu d'une, et que déjà on a du mal à caser les consultations simples alors les consultations complexes c'est encore plus difficile. »

« Et c'est vrai que c'est comme tout, le problème c'est que ça prend du temps, déjà quand on a un patient qui ne veut pas trop parler des problèmes d'alcool, déjà d'arriver à l'amener sur ce terrain-là, et arriver à essayer de comprendre pourquoi il est comme ça, ce qu'on peut essayer de faire pour l'aider, et sachant que le problème des consultations que l'on a en libéral c'est le temps, rajouter le problème cognitif en plus ça recomplique les consultations en plus quoi. »

- Nécessité d'une équipe pluridisciplinaire / délégation du test Moca.

M4 n'avait pas réalisé de test MoCA de lui-même. En revanche il pouvait les déléguer à un IPA. Mais il y avait également un changement d'organisation en cours dans son cabinet de groupe vers une MSP avec l'espoir de pouvoir accorder davantage de temps aux patients :

« Alors si, on a un infirmier de pratique avancée, en fait. Et qui, lui, en fait pas mal. Enfin qui en faisait pour tous les troubles cognitifs quels qu'il soient, liés ou pas liés à l'alcool. Et même chez les patients âgés, en fait, il fait plus des tests MoCA que des MMS. »

« Ben c'est-à-dire que là maintenant on est en train de mettre en place une organisation, parce que nous montons une MSP, en fait, ici. Où justement on sera trois médecins généralistes, un IPA, une infirmière ASALEE, et deux infirmières libérales. Et donc tous les troubles cognitifs j'ai plutôt tendance à lui envoyer, parce qu'il a plus de temps pour faire passer les tests. »

- Difficultés liées au mode de rémunération :

M4 mentionnait la quantité de temps allouable aux patients, la qualité des soins par extrapolation, du fait des différences de modes d'exercices et de paiements entre les praticiens (à l'acte versus au forfait) :

« parce qu'eux ils sont moins limités dans le temps puisqu'ils sont payés au forfait, ce n'est pas les mêmes types de paiements, en fait, donc ils ont des consultations plus longues avec les patients. »

- Difficultés liées à la reconnaissance par le patient de sa maladie.

M4 éprouvait des difficultés de communication au sujet de l'alcool devant les mécanismes de défense psychologique des patients, tels que la dénégaration ou de déni (l'anosognosie du patient

atteint de TCLA n'était pas précisément évoquée). Le fait d'aborder le dépistage des troubles cognitifs avec les patients lui semblait rajouter un palier de complication supplémentaire :

« heuu, alors il y a plusieurs réponses ... alors déjà, arriver à discuter avec les patients qui en général le nient en grande partie, le problème d'alcool, ce n'est déjà pas simple ... et en plus rajouter par là-dessus le fait de parler avec eux que ça peut entraîner des soucis cognitifs, que c'est une chose qu'il faudrait explorer en plus pour bien les prendre en charge ... c'est pareil c'est un deuxième palier de complication pour moi. »

Changements de représentations :

- Prise de conscience du risque des TCLA :

M4 découvrait la possibilité et les intérêts de rechercher les troubles cognitifs chez un patient atteint de TUA :

« Non, je n'avais pas conscience forcément de la nécessité de rechercher les TCLA. »

« Mais que je n'avais pas forcément l'habitude de rechercher chez des patients alcooliques. »

- Vigilance accrue/ situations vécues antérieures.

Cette forme de prise de conscience semblait avoir engendrée une augmentation de son attention à l'occasion des rencontres avec certains patients chez qui il avait antérieurement pu suspecter des troubles (suspicion de TCLA chez un patient ayant un TUA, ou suspicion de TUA chez patient âgé atteint de troubles cognitifs) :

« Bah jusqu'à présent je n'en accordais pas vraiment d'importance, et justement depuis la formation j'essaie plus d'y penser, soit pour des patients où il y a des problèmes d'alcool et chez qui je suspectais des problèmes cognitifs, soit chez des patients plus âgés qui ont des problèmes cognitifs où je suspectais un peu des problèmes d'alcool, où je me dis peut-être que tout est lié finalement. »

Motivation :

- Réflexivité accrue.

M4 exprimait une forme de réflexion plus importante au sujet des TCLA :

« Ben je me pose plus de questions quand même. »

- Qualité de la formation.

Intérêt semblant majoré par une formation instructive, claire, concise et pratique :

« Heu, non non ... j'avais trouvé cela bien. Instructif en tout cas. »

« Non, non non ... c'était clair. Concis, pratique, donc ça allait. »

- Réflexivité sur la place du dépistage des TCLA dans le bilan des complications d'un TUA.

M4 faisait part de son intérêt pour la recherche des répercussions de l'alcool sur le plan cognitif sans rester limiter aux explorations digestives plus habituelles :

« pfff ... dans la qualité relationnelle ... je ne suis pas sûr que cela ait changé énormément de choses, après c'est plus à se poser nous des questions, plus à se demander si effectivement leurs consommations d'alcool pourraient avoir une répercussion somatique autre, comme on a plus tendance à les rechercher... regarder le foie, les varices œsophagiennes ... Donc oui ça change quand même la vision des choses de ce côté-là. »

- Dépistage des TCLA en médecine de premier recours.

M4 rapportait qu'il n'avait pas rencontré de patient atteint de TUA suspect de TCLA pendant les 4 mois et demi post-formation avant cet entretien. Il exprimait la volonté d'effectuer les tests MoCA lorsqu'il en aurait repéré :

« Pour l'instant je n'ai pas eu l'occasion, enfin je n'ai pas revu de patient qui rentrait dans le cadre mais si c'est à venir, effectivement j'essaierai quand même de leur passer le test pour voir déjà ce qu'il en est et de voir en fonction ce qu'il faut faire. »

Dans l'absolu il se sentait prêt à faire le dépistage des TCLA, mais en pratique il ne se sentait pas être le mieux placé pour pouvoir réaliser celui-ci.

« Mes compétences dans ce domaine sont assez limitées, mais heuu ... mais ce n'est pas pour ça que je ne suis pas prêt à le faire, en tout cas il n'y a pas de souci. Et si je ne me sens pas trop de le faire, et bien du coup je sais que maintenant je peux déléguer, pour que ce soit fait par d'autres qui sont un peu plus au fait, un peu plus habitués à utiliser l'échelle, et qui ont plus de temps pour le faire. »

« Bah heu si si ! moi je suis prêt à le faire. Mais je pense que dans notre nouvelle organisation ça va plus être de déléguer pour que ce soit fait par ceux qui peuvent le faire. En fait avec cette future organisation future, je pense que nous en tant que médecin généraliste nous ferons de moins en moins de dépistage, de prévention, et de plus en plus d'aigu et d'interventionnel sur des pathologies aiguës. »

Il espérait obtenir l'aide d'une équipe pluridisciplinaire avec le changement d'organisation en cours au sein de son cabinet, cela pourrait permettre de déléguer davantage aux paramédicaux dans le but d'accorder un temps et une qualité supplémentaires pour les actes de prévention de ses patients :

« Et peut-être que là les choses vont changer dans le sens où les patients qui ont des problèmes d'alcool et qui acceptent de nous rencontrer, ils vont pouvoir rencontrer soit notre IPA, soit notre infirmière ASALEE, qui je pense eux sont plus formés aussi, et feront peut-être plus de tests MoCA que nous jusqu'à présent. »

« Après peut-être plutôt à évoquer au fur et à mesure des consultations. Mais c'est vrai que ça ne vient pas au premier abord tout de suite, je dirai. Mais voilà peut-être qu'avec le fait de notre nouvelle organisation, peut-être que ça va aider de le prendre en charge plus tôt que ce qu'on aurait pu le faire nous tout seul »

Néanmoins, il avait délégué des tests MoCA vers un IPA pour dépister des troubles cognitifs chez des patients âgés sans TUA connu :

« Bah heu oui oui, après moi je lui envoie des patients mais c'est vrai que c'est jusqu'à présent des patients âgés quoi en fait, pas forcément beaucoup de patients avec des problèmes à type d'alcool ou en tout cas pas forcément connus au départ... »

SYNTHESE M4 :

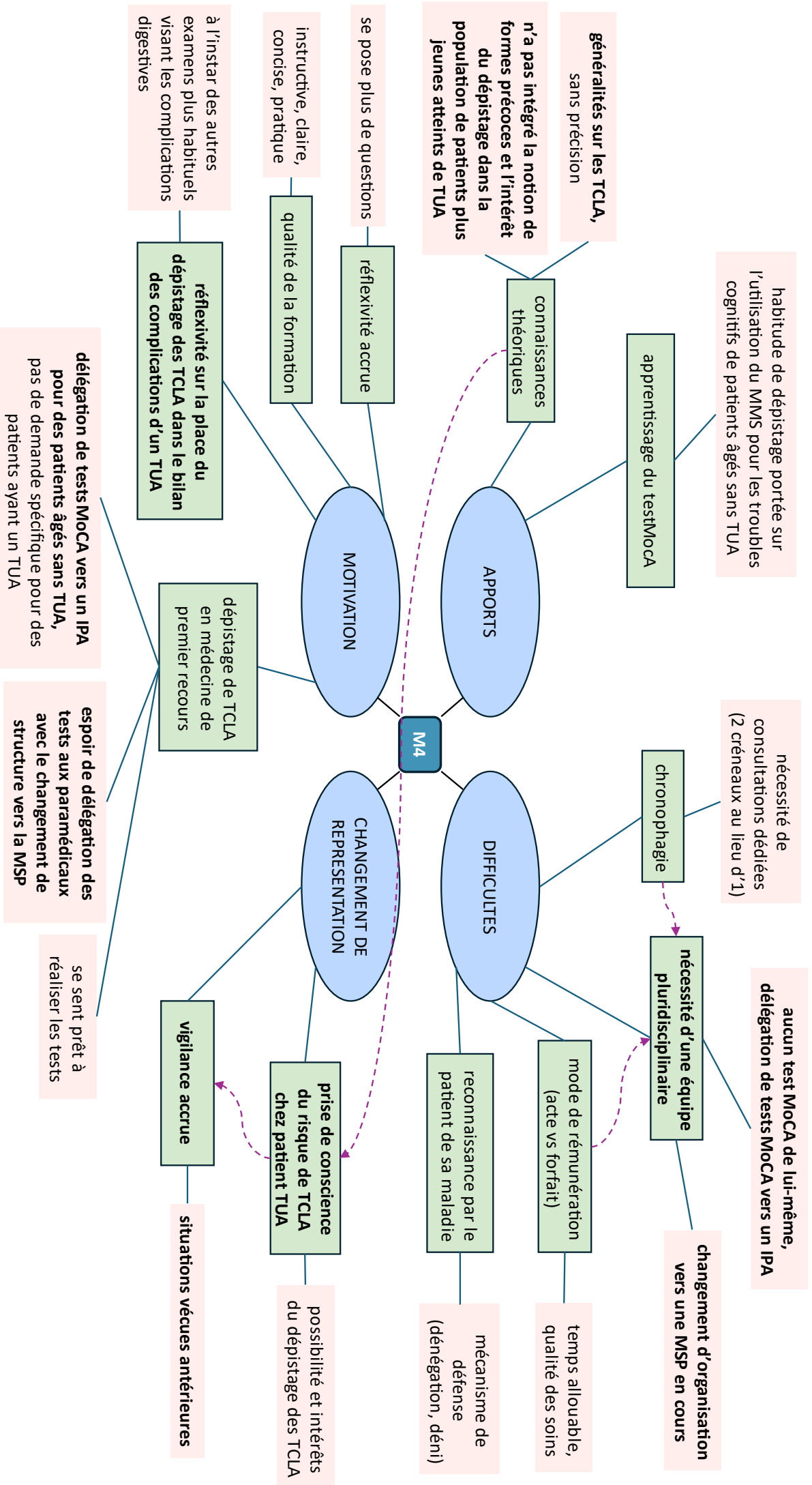
Le participant M4 a **amélioré ses connaissances de manière générale** sur les TCLA, mais il **n'a pas intégré la notion de gradation des TCLA et l'intérêt du dépistage précoce** dans une population de patients plus jeunes. Cependant, il a **pris conscience du risque de TCLA chez les patients atteints de TUA et a découvert la possibilité de les dépister en soins primaires grâce au test MoCA**. En outre, sa **vigilance a été augmentée** concernant le repérage de TCLA chez les patients ayant un TUA et la recherche de TUA chez les patients âgés atteints de troubles cognitifs.

Il n'a **pas ressenti de changement sur le plan relationnel** avec ses patients.

Il a pris part au **dépistage des TCLA en médecine de premier recours puisqu'il a délégué des tests MoCA vers un IPA pour des patients âgés sans TUA connu**. En revanche, il n'en a pas spécifiquement demandé pour des patients atteints de TUA. Dans l'absolu il **se sentait prêt à réaliser les tests MoCA**, mais en pratique il **n'en pas réalisé de lui-même, ni fait appel au DIMA** pour la prise en charge de ses patients. L'organisation de consultations dédiées a été ressentie comme un niveau de complication supplémentaire étant donné le contexte de difficulté d'accès aux consultations « classiques ». Cependant, il gardait **espoir d'améliorer ce dépistage avec les soignants paramédicaux lorsque le changement d'organisation au sein de son cabinet vers une MSP serait en place**. Enfin, il a fait preuve de **réflexivité** au sujet des TCLA de manière générale et sur la **place du dépistage des TCLA dans le bilan des complications d'un TUA**.

En parallèle, le fait d'aborder le dépistage des TCLA avec des patients atteints de TUA ayant des difficultés à reconnaître leur maladie, lui a semblé rajouter un palier de complication supplémentaire dans la communication (objectif second en bleu sur l'illustration).

Figure 10. Articulation des thèmes du participant M4.



3.3.6 Participante M1

Apports :

- Amélioration des connaissances théoriques.

M1 avait exercé pendant de nombreuses années en pédiatrie avant de s'installer en médecine générale. La formation lui avait permis de réactualiser ses connaissances :

« Heu oui probablement, parce que je pense que mes connaissances étaient quand même un petit peu lointaines, voilà ça fait quand même pas mal d'années, et moi en plus j'ai fait beaucoup de pédiatrie pendant plus de dix ans, donc c'est un petit peu éloigné, donc ça m'a rafraîchi l'esprit, je dirai que ça fait presque des nouvelles connaissances, oui ! »

- Apprentissage de la réalisation du test MoCA.

M1 avait confiance en ses compétences pour utiliser le test MoCA :

« Bah normalement j'ai les outils là, ça devrait aller. »

« Oui je suis prête, y a pas de souci. »

- Stratégie de prise en charge.

M1 découvrait l'existence du DIMA et gardait en ressources les connaissances sur le réseau de soin qu'elle avait pu échanger avec l'équipe.

« Bon en tout cas je l'ai dans l'esprit, je sais que j'ai ces documents comme ressource et je pense que dès que ça se présentera, voilà, j'essaierai d'orienter. »

« Pour moi c'est plutôt resté comme une porte vers laquelle je pourrais les orienter. »

- Accès aux soins / lutte contre la désertification professionnelle.

M1 mentionnait l'aide apportée par les consultations IDE d'addictologie mises en place à proximité, réduisant les difficultés liées au déplacement des patients :

« Parce qu'on est quand même en secteur rural, il y a quand même peu de structure autour et le fait qu'il y ait des consultations à [nom de ville semi-rurale à proximité], voilà, pour moi c'est un plus. Parce qu'autrement on est obligé de les envoyer sur [nom de ville urbaine], et souvent « je n'ai pas de moyen de locomotion » enfin on entend tout ça. »

Elle avait orienté deux de ses patients atteints de TUA :

« J'ai un ou deux patients qui ont une problématique d'alcool que j'ai essayé d'envoyer »

Difficultés :

- Patientèle pédiatrique non adaptée / difficultés de repérage ?

La patientèle de M1 était constituée d'enfants en majeure partie. De ce fait, il est difficile d'imaginer que les raisonnements concernant les complications d'une consommation d'alcool chronique puissent s'avérer pertinents dans cette population. Néanmoins, dans ses quelques patients adultes atteints de TUA, M1 n'avait pas identifié de patient à dépister. Il paraît cohérent de se questionner quant aux difficultés de repérage des signes précoces de troubles cognitifs dans le reste de sa patientèle non pédiatrique :

« Non, en fait moi j'ai quand même beaucoup une population de pédiatrie, voilà, plus de la moitié c'est de la pédiatrie et tout le reste c'est de la médecine générale plus habituelle, dans ce lot là j'ai quelques patients qui ont une problématique soit de toxique soit d'alcool, mais je n'en ai pas tant que ça, enfin en tout cas qui pourraient bénéficier de ce test. »

- Questionnement sur la pertinence de proposer le test à un patient âgé présentant un TUA, fataliste et réticent aux examens de préventions / intérêt d'un abord indirect.

En reprenant le cas d'un de ses patients âgés présentant un TUA, au comportement résigné, fataliste, acceptant passivement son TUA, et refusant les tests de dépistages de diverses maladies (cancer colorectal dans l'exemple), M1 n'insistait pas à lui proposer ces tests. Elle s'interrogeait sur la pertinence de lui proposer quand même :

« ... mais bon j'ai quelques personnes âgées qui consomment de manière excessive, mais le dernier en date il consomme pas mal, il m'a dit que de toute façon il fallait bien mourir de quelque chose, et que bon comme il n'avait pas d'enfant il n'en avait rien à faire, que ce n'était pas grave, de toute façon il est du genre à faire aucun dépistage, même son dépistage du cancer colorectal il ne veut pas le faire, donc ouais c'est compliqué, mais bon faudrait peut-être que je lui propose quand même ... »

Et voyait un intérêt à faire cela d'une manière très indirecte :

« il faudrait presque pas que je dise que c'est un test de dépistage, peut-être il faudrait faire presque un genre de petit jeu pour voir où il en est de sa mémoire, je pense qu'il ne faut pas que je lui parle de test »

- Difficulté d'adhésion des patients à un suivi spécialisé / découragement par échecs d'orientations itératives / réflexivité sur les moyens favorisant la prise de conscience par le patient de sa maladie pour motiver l'entrée dans une démarche de soins addictologiques.

Les patients de M1 ne semblaient pas avoir retenu ses propositions d'orientation en milieu spécialisé :

« J'ai un ou deux patients qui ont une problématique d'alcool que j'ai essayé d'envoyer, bon c'est un petit peu compliqué, comme tous ces patients là, de les mettre dans un suivi régulier ... Il y en a un en particulier que j'ai orienté, mais je ne pense pas qu'il y soit allé, parce qu'il n'est pas dans cette démarche. »

Dans cet extrait on peut noter une forme de découragement devant ses tentatives infructueuses d'orientation, sentiment majoré par les « excuses » et les « exigences » de chacun pouvant paraître insignifiantes, selon l'angle de vue adopté, comparé à l'ampleur des complications de toute la sphère bio-psycho-sociale engendrées par la maladie :

« Le dernier que j'ai essayé d'orienter il a dit qu'au niveau des horaires, machins, enfin bon c'est toujours pareil (air désabusé) ... »

Elle était à la recherche de moyens permettant de favoriser la prise de conscience par les patients de leur TUA d'une part, et d'autre part pour les motiver à rentrer dans une démarche de soins addictologiques lorsqu'ils en avaient conscience :

« Et bien effectivement, comment orienter, comment aider vers cette orientation, mise à part leur dire que voilà ils vont pouvoir s'adresser à des personnes spécialisées, c'est ce que je leur explique, moi je ne suis pas très spécialisée dans cette prise en charge et que cela serait bien qu'ils s'adressent à des personnes un peu plus spécialisées. Mais comment les amener à faire la démarche, tout réside là, je pense qu'une fois que la démarche est enclenchée, à mon avis, cela doit être plus simple. Mais amener les gens à prendre conscience qu'ils ont d'une part un réel problème d'alcool et d'autre part lorsqu'ils le savent, car certains le savent, les entraîner dans une démarche de soin, ouais ce n'est pas simple, c'est surtout ça je pense »

- Difficultés liées à la prise de conscience par le patient de sa maladie / réflexivité sur le rôle du dépistage des TCLA dans la prise de conscience par le patient de sa maladie.

De même, M1 soulignait la difficulté à avancer dans les soins avec les patients tant qu'ils ne reconnaissaient pas leur TUA. Elle s'interrogeait sur les moyens permettant de favoriser cette reconnaissance :

« Ouais, je ne sais pas, je sais que c'est difficile de toute façon, déjà que les personnes prennent conscience de leur problématique, quand ils me disent qu'ils prennent un apéro à midi, un apéro le soir,

pour eux c'est normal. Je ne sais pas, il faudrait peut-être quelque chose de plus visuel qui montre que consommer deux verres d'alcool c'est déjà... ils n'en ont pas conscience. »

Elle n'envisageait pas de proposer le dépistage des TCLA chez ses patients tant qu'ils ne reconnaissaient pas dans un premier temps leur TUA. Elle finissait par se demander si le fait d'aborder ce dépistage pouvait aider à stimuler cette prise de conscience :

« Bah je dirai que tant que mes patients ils ne sont déjà pas à accepter un suivi et déjà limite à reconnaître qu'ils ont un problème d'alcool, donc leur faire en plus un dépistage des troubles cognitifs, je reconnais que je n'y ai même pas pensé (rire), tellement on n'est déjà pas dans la reconnaissance. Alors est-ce qu'on peut inverser ? »

« Mais je reconnais que faire adhérer déjà à un test de dépistage dit « je vais voir si votre mémoire, tout ça, commence déjà un petit peu à décliner », ouais il y a un petit frein chez moi ... j'ai du mal à aborder en premier cette problématique par « je vais voir si l'alcool commence à altérer votre cerveau » en gros ... mais peut-être qu'il faudrait ... Est-ce que tant que la personne n'a pas pris conscience qu'elle a un réel problème, j'ai tendance à ne pas lui faire le test ?! ... »

Changement de représentation :

- Il n'a pas été retrouvé d'élément suffisamment évocateur d'un changement de représentation pour M1. La sensibilisation sur les formes précoces de TCLA n'a pas été évoquée. Cependant, comme vu précédemment, elle faisait preuve d'une réflexivité importante sur les moyens favorisant la prise de conscience par les patients de leur TUA, et sur les moyens les motivant à rentrer dans une démarche de soins addictologiques lorsqu'ils en avaient conscience.

- Elle n'avait pas ressenti de changement au point de vue relationnel avec ses patients :

« Moi dans ma perception de ces patients, heu, pfff, non parce que je crois que je n'ai jamais été jugeante à n'importe quel moment par rapport à ça, non je crois être assez empathique par rapport à ces difficultés-là évidemment, j'essaye de les prévenir mais, heu, non la manière de l'aborder avec eux je ne pense pas que ça ait changé depuis »

Motivation :

- Intérêt pour le dépistage des TCLA / prise de conscience de la maladie et sevrage.

M1 évoquait un intérêt à ce dépistage pour travailler la prise de conscience de la maladie avec les patients dans le but de favoriser leur adhésion au sevrage :

« Je pense que ça peut être important pour faire prendre conscience qu'il y a réellement un problème déjà. Et qu'un sevrage pourrait aider ».

Une fois de plus, elle se montrait réflexive à ce sujet :

« J'ai l'impression, que je ne suis pas encore ... voilà, je sais qu'il y a ces outils, mais comment l'amener finement et comment amener quelqu'un à prendre conscience qu'il commence à avoir des troubles cognitifs, ou pas, moi je pense que j'aurai besoin d'une petite piquûre de rappel par rapport à ça. Parce que nous globalement c'est surtout de ça dont on a besoin, je veux dire pouvoir dépister des gens et leur dire vous voyez ça commence à devenir ennuyeux votre problème. Et je reconnais que je n'ai pas le réflexe tant qu'ils n'ont pas réellement pris conscience qu'ils ont un vrai problème d'alcool. Mais j'ai probablement tort. »

- Dépistage des TCLA en médecine de premier recours / aide à la prise en charge par le DIMA.

M1 n'avait pas réalisé de test MoCA d'elle-même :

« Non. J'en ai là dans mon classeur, mais non ! »

Cependant son intérêt était tout de même suscité puisqu'elle avait saisi l'opportunité d'orienter deux de ses patients atteints de TUA vers le DIMA par l'intermédiaire des consultations mise en place dans une ville semi-rurale à proximité :

« J'ai un ou deux patients qui ont une problématique d'alcool que j'ai essayé d'envoyer. »

« Parce qu'on est quand même en secteur rural, il y a quand même peu de structure autour et le fait qu'il y ait des consultations à [nom de ville semi-rurale à proximité], voilà, pour moi c'est un plus. »

Ainsi que pour un jeune patient ayant des troubles de l'usage d'une autre drogue :

« Elle n'est pas que pédiatrique, j'ai quand même des jeunes qui ont ces difficultés, le dernier en date c'étaient plutôt des troubles, je dirai, liés à la drogue, que j'avais voulu orienter. »

Cela dans un laps de temps relativement court de 3 mois post-formation.

SYNTHESE M1 :

En somme, la formation a permis à la participante M1 de **réactualiser ses connaissances** après des années de pédiatrie l'ayant tenue éloignée des problématiques addictologiques et des atteintes cognitives. Ce fut pour elle l'occasion de **découvrir l'existence du DIMA**, d'échanger de précieuses **connaissances sur le réseau de soin** et d'obtenir des **options de prise en charge** pour ses patients. Dans l'absolu, elle **s'est sentie confiante et prête à réaliser les tests MoCA, mais en pratique, elle n'en a pas réalisé d'elle-même**. Elle a pu faire bénéficier de l'**accès aux soins addictologiques pour plusieurs de ses patients en s'emparant des consultations IDE du DIMA** mises en place dans une MSP à proximité, limitant les difficultés de déplacement des patients.

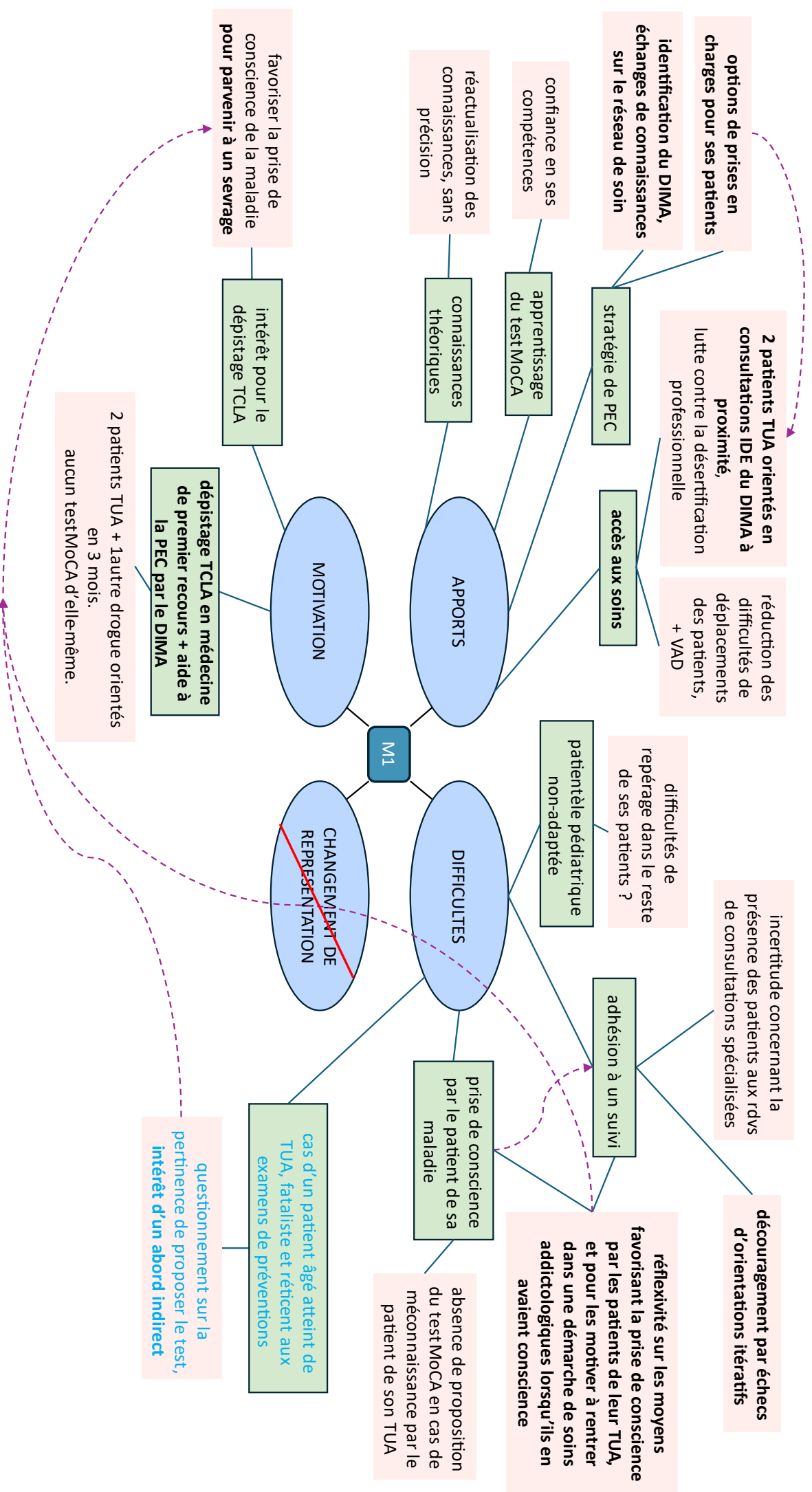
Elle n'a **pas ressenti de changement au point de vue relationnel** avec ses patients.

Il n'a **pas été retrouvé d'élément suffisamment évocateur d'un changement de représentation**. La sensibilisation sur les formes précoces de TCLA n'a pas été évoquée.

Elle a ressenti du **découragement face aux échecs d'orientations itératifs** et a eu tendance à ne pas proposer le dépistage des TCLA tant que les patients ne reconnaissent pas leur TUA au préalable. Pourtant, elle a fait preuve d'une **réflexivité importante, d'une part dans la recherche de moyens favorisant la prise de conscience par le patient de son TUA, et d'autre part lorsqu'ils avaient conscience de leur TUA, dans la recherche de moyens les motivant à entrer dans une démarche de soins addictologiques pour parvenir à un sevrage**.

En parallèle, en reprenant le cas d'un de ses patients âgés présentant un TUA, fataliste, réticent aux tests préventifs, elle a émis de l'**intérêt à aborder la consommation d'alcool de manière indirecte** (objectif second en bleu sur le schéma).

Figure 11. Articulation des thèmes de la participante M1.



3.3.7 Participant M5

Apports :

- Connaissances théoriques.

Il s'agissait d'une première formation dans le thème de l'addictologie pour M5. Il rapportait avoir appris de nouvelles connaissances de manière générale au sujet des TCLA, mais n'abordait pas spécifiquement les concepts dispensés pendant la formation. Il découvrait qu'un patient présentant des TUA était à risque de développer des TCLA :

« Voilà quoi, savoir un petit peu ce qu'il en était, qu'il peut y avoir effectivement des troubles cognitifs possibles avec l'alcool. »

Également, il semblait ne prendre en compte que les troubles cognitifs évolués, ce qui peut faire évoquer une difficulté de compréhension de la notion de gradation des TCLA et de l'intérêt à dépister précocement ceux-ci et/ou des difficultés de repérage des signes précoces de TCLA :

« Heuuu ... bah ... pas forcément énormément, à part y être un petit peu plus vigilant, je n'ai pas eu de situation qui me paraissait rentrer dans le cadre des troubles cognitifs importants depuis la formation. Donc, voilà, je n'ai pas mis encore énormément en pratique (rire) les connaissances. »

- Accès aux soins.

M5 découvrait l'existence du DIMA :

« Sur l'existence de la structure, déjà. »

Il racontait avoir orienté un de ses patients vers le DIMA dans un contexte de difficultés à trouver des structures capables de le prendre en charge :

« un patient à qui j'en ai parlé, mais je n'ai pas la suite, donc à voir. Il s'agit d'un patient jeune qui a des problèmes d'addiction importants à l'alcool, qui est sur [nom de ville] mais qui vient me voir moi, et on a eu des difficultés à trouver des structures pour la prise en charge, et puis il y a sûrement une réticence à la prise en charge aussi, voilà. C'était il y a 2-3 mois, en général il se calme et puis après il repart en ville et revient me voir. »

- M5 n'avait pas ressenti de changement sur le plan relationnel avec ses patients :

« Non pour le moment, non. »

Difficultés :

- Chronophagie.

M5 évoquait le caractère chronophage de la réalisation du dépistage des TCLA devant l'étendue des problématiques à résoudre en médecine générale :

« Heu, non, je n'ai pas pris le temps, j'ai déjà beaucoup de choses à faire, voilà. On est beaucoup coincé par le temps aussi. C'est difficile de penser à tout et de faire tout ce qu'il serait bien de faire. »

- Difficulté à changer ses habitudes.

M5 n'avait pas réalisé de test MoCA de lui-même. Il ne se sentait pas suffisamment maîtriser le sujet pour le faire :

« Rien de particulier, peut-être de ne pas avoir revu la formation et de l'avoir suffisamment approfondie. »

Et malgré son intérêt pour le sujet, il éprouvait des difficultés à changer ses habitudes et un manque de confiance :

« Heuu ... il faudrait que je commence pour ... ou peut-être que je n'avais pas suffisamment de confiance. Voilà, il faut s'y mettre. Et puis effectivement j'ai d'autres habitudes, je n'ai pas intégré dans ma manière de faire. »

- Perdu de vue

M5 avait proposé l'aide du DIMA à un de ses patients mais ne savait pas si la rencontre avait réellement eu lieu :

« Je ne sais pas s'il a vu le DIMA. »

Changement de représentation :

- Prise de conscience du phénomène des TCLA.

Le dépistage des TCLA ne serait pas venu à l'esprit de M5 avant la formation :

« Et puis c'est une chose sur laquelle je n'avais pas forcément ... où je n'étais pas forcément très attentif sur le dépistage des TCLA. »

Il se sentait plus vigilant :

« Heuuu ... bah ... pas forcément énormément, à part y être un petit peu plus vigilant, »

- Changement d'angle de vue par l'intermédiaire du dépistage des TCLA.

L'idée de ne pas se baser uniquement sur l'évaluation des consommations d'alcool avec un patient atteint de TUA et de chercher à explorer la situation sous un autre angle de vue par l'intermédiaire du dépistage des troubles cognitifs, dans le but de favoriser l'initiation aux suivis en addictologie, avait éveillé l'intérêt de M5. Par ailleurs, il exprimait de la culpabilité du fait de ne pas avoir réussi à saisir les opportunités de dépistage :

« Oui, c'est bien ! »

M5 « il faudrait que j'y pense, d'explorer les choses sous cet angle-là, cela me paraît être une idée intéressante. Tout à fait. Et j'aurais dû le faire ! »

AB « Hmm, il n'y a pas de ... voilà, ce n'est pas ... un devoir, c'est ... ce n'est pas une évaluation notée, en fait, il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. »

M5 « Non, non, mais je dis ça pour moi (rire). »

Il évoquait l'intérêt de cette approche sur la motivation qu'elle pourrait engendrer chez certains patients :

« Je pense comme je vous le disais tout à l'heure, c'est une approche qui peut être intéressante voir motivante pour certains patients, oui. »

Motivation :

- Projections au dépistage des TCLA.

Sa rencontre avec l'investigateur pendant l'entretien lui faisait ressentir l'envie de se saisir plus précisément des connaissances apportées par la formation :

« Hmm peut-être ! mais ... (rire) peut-être que c'est bien parce que ça va me faire dire qu'il faut que je revoie la formation et puis que je ... (rire) c'est difficile de penser à tout et de faire tout ce qu'il serait bien de faire. »

Il se sentait prêt à utiliser ce dépistage mais ne l'avait pas intégré dans sa pratique :

« Je pense que je suis prêt, il faut juste s'y mettre, voilà. »

« Et puis effectivement j'ai d'autres habitudes, je n'ai pas intégré dans ma manière de faire. »

A noter, qu'il n'avait pas délégué de test à une IDE en médecine de premiers recours.

SYNTHESE M5 :

Le participant M5 a **amélioré ses connaissances de manière générale** sur les TCLA, mais il n'a **pas semblé avoir intégré la notion de gradation des TCLA et l'intérêt du dépistage précoce**. Cependant, il a **pris conscience du risque de troubles cognitifs chez les patients atteints de TUA** et sa **vigilance a été légèrement accrue** concernant la recherche des TCLA dans sa patientèle.

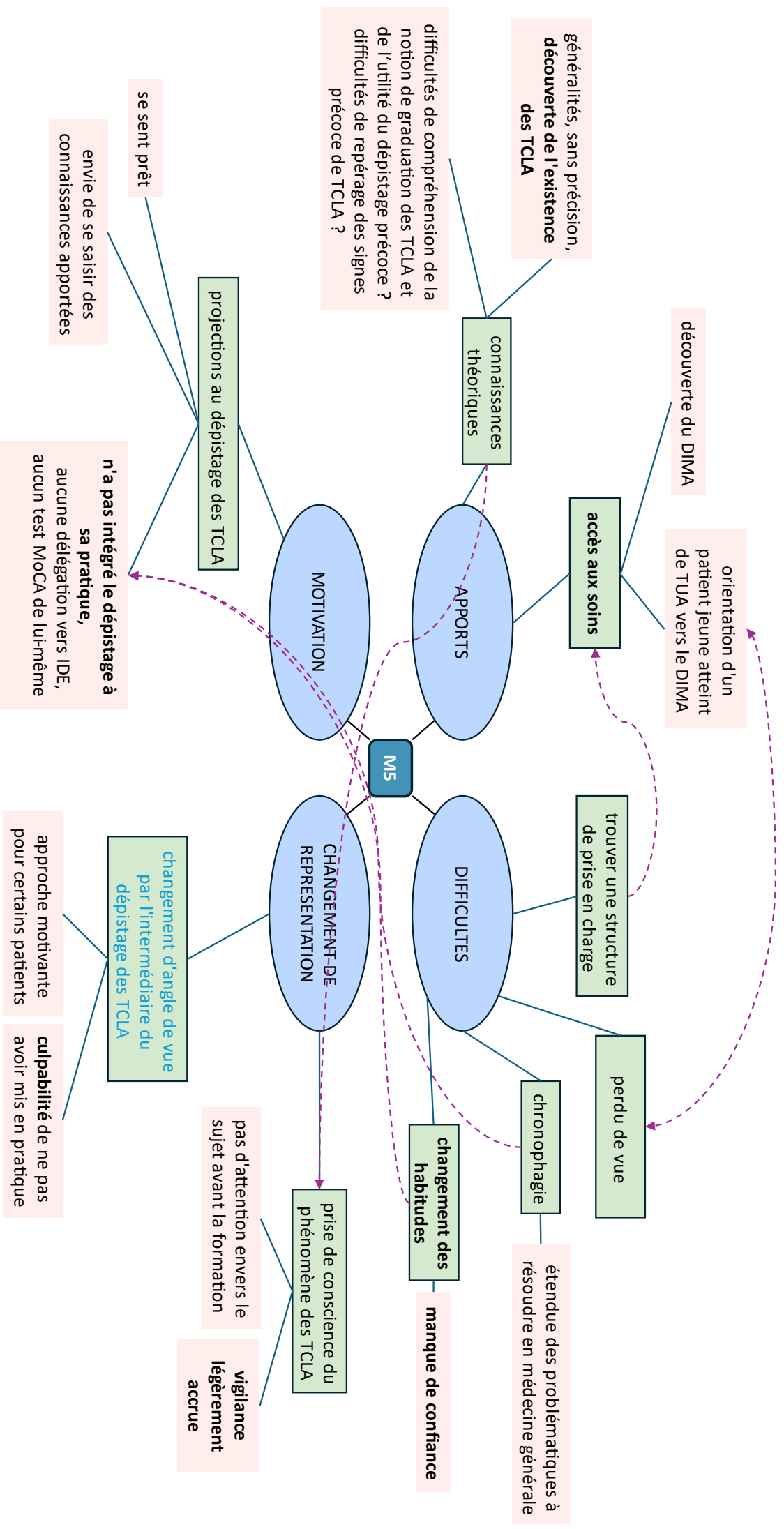
En découvrant l'existence du DIMA, il a pu **orienter un patient jeune atteint de TUA** dans un contexte de difficulté d'**accès à une structure de prise en charge spécialisée**. Aucune suite n'a pu être donnée car le patient a été **perdu de vue**.

Il n'a **pas relevé de changement dans sa relation avec les patients**.

Il n'a **pas intégré le dépistage des TCLA dans sa pratique**, il n'a pas réalisé de test MoCA de lui-même et il n'en a pas délégué à un soignant paramédical. Il a ressenti un **manque de confiance**, des **difficultés à changer ses habitudes** et s'est senti limité par le **manque de temps** étant donné l'étendue des problématiques en soins primaires posées aux médecins généralistes. Néanmoins, il s'est avéré **désireux d'infléchir ses pratiques** et a montré une **forme de culpabilité** de ne pas avoir profité des connaissances acquises.

En parallèle, il a trouvé un intérêt à adopter une nouvelle perspective en dépistant les TCLA chez les patients atteints de TUA dans le but de favoriser l'initiation des suivis en addictologie (objectif second en bleu sur le schéma).

Figure 12. Articulation des thèmes du participant M5.



3.3.8 Recherche de Patterns

La recherche d'éléments communs aux sept analyses individuelles a permis de mettre en évidence 5 patterns principaux : renforcement des connaissances sur les TCLA ; renforcement de la prise en charge des patients ; stimulation de la vigilance au repérage des TCLA ; lutte contre l'isolement professionnel ; amélioration de la relation médecin-patient ; motivation, intérêts et réflexivités.

1) Renforcement des connaissances sur les TCLA

Tous les participants ont manifesté un **gain de connaissances sur les TCLA**. M1, M3, M4, M5 de manière générale, sans grande précision. **M2 et M6 sur la notion de gradation des TCLA et l'intérêt de dépister les formes précoces, notamment dans la réversibilité des TCLA post-sevrage. M3 et M7 indirectement ont semblé avoir intégré ces notions.** En revanche, M1, M4, M5 indirectement n'ont pas semblé les avoir intégrées. Plus particulièrement, M7 a rapporté de nouvelles connaissances sur les mécanismes physiopathologiques des TCLA et les différences avec les pathologies dégénératives, M6 sur le profil neuropsychologique des patients, M2 sur certains signes de repérage concernant l'autonomie des patients au quotidien pouvant faire suspecter des TCLA.

2) Renforcement de la prise en charge des patients

M1, M3, M6, M7 ont acquis de nouvelles **connaissances sur le réseau de soin** et des **options de prise en charge** pour leurs patients. M7 a rapporté un gain de **fluidité dans sa prise en charge**. M3 et M6 ont exprimé **un élargissement de leur champ d'action** en soins primaires. M1, M2, M5 ont **découvert l'existence du DIMA**. M2, M6, M7 ont exprimé **leur reconnaissance envers l'équipe du DIMA**, que cela soit sur le fond ou la forme de la formation, sur l'organisation des rencontres adaptées aux disponibilités des médecins généralistes, ou encore sur les échanges de bonne relation **facilitant les liens premier recours-second recours**. M1, M6, M7 ont souligné l'importance de la **mobilité du dispositif avec la liaison entre les centres de soins et au domicile du patient**. M2 et M6 ont également trouvées de l'aide auprès du DIMA en cas de **difficultés liées aux diagnostics différentiels des pathologies psychiatriques concomitantes**, ou encore **découvrir un TUA chez des patients atteints de pathologies psychiatriques**.

3) Lutte contre l'isolement professionnel

Tous les participants ont bénéficié de l'**accès aux soins addictologiques** pour plusieurs de leurs patients, **épaulés par le DIMA dans leur prise en charge**, sauf M4 qui n'a pas fait

appel au DIMA. Chez M3 et M7 **ce soutien** a été crucial pour **lutter contre leur isolement face à ces situations complexes, décourageantes et épuisantes**. Au travers de ce **soulagement**, M7 a exprimé **un recentrage sur son propre rôle de médecin généraliste** et a vu de l'**espoir** tant pour sa pratique que pour les patients et leur entourage. Quant à M3, ce soutien lui a **permis d'ouvrir la discussion avec ses patients en consultation**.

4) Stimulation de la vigilance au repérage des TCLA

Les participantes M2, M3, M6 et M7 ont exprimé leur **sensibilisation au dépistage précoce**. Certains, comme M2 et M3, ont rapporté une **stimulation de leur vigilance au repérage des TCLA**. Pour M3 et M7, cela a engendré leur **prise conscience d'une sous-estimation des TUA/TCLA dans leurs patientèles**, ils ont pu ainsi découvrir de nouveaux éléments centrés patients, insidieux et non négligeables.

Quant aux participants M4 et M5, ils ont **pris conscience du risque de TCLA chez les patients atteints de TUA et ont découvert la possibilité de les dépister en soins primaires grâce au test MoCA**. En revanche, ils n'ont pas semblé avoir été sensibilisés au dépistage précoce. Cependant, leur **vigilance a été légèrement accrue**, notamment M4 concernant le repérage de TCLA chez des patients ayant un TUA et la recherche de TUA chez des patients âgés atteints de troubles cognitifs. Enfin pour M1, aucun élément à type de changement de représentation, de sensibilisation au dépistage précoce, de stimulation de la vigilance au repérage n'a été retrouvé.

5) Amélioration de la relation médecin-patient

L'amélioration de la relation médecin-patient a été le pattern-clé le plus important de l'étude. Ainsi, M7 a ressenti **un regain d'empathie et de confort médical**, d'une part en remettant en question ses représentations négatives et l'étiquetage des patients sur leur consommation d'alcool, et d'autre part en relativisant les échecs itératifs de prise en charge. De même, M6 a ressenti **une ouverture d'esprit l'ayant amené à relativiser les comportements problématiques de ces patients**, d'une part grâce aux connaissances apportées par la formation, qui lui ont permis de comprendre et renforcer ses impressions cliniques antérieurement vécues (i.e. cas d'un patient avec régression de TCLA post-sevrage), et d'autre part grâce à la remise en question de ses propres représentations négatives. Dans une approche similaire, M2 a ressenti une **tolérance plus importante envers ces patients et s'est positionnée dans une démarche de déstigmatisation des patients sur leur consommation d'alcool**, malgré les difficultés décrites à type d'échecs de prise en charge répétés, de mauvaise adhésion des patients aux suivis, de refus de soins de la part des patients bien souvent dans le

déni de leurs troubles. Quant à M3, elle a retrouvé un bénéfice au dépistage des TCLA sur le plan relationnel **en abordant la consommation d'alcool avec le patient de manière moins directe, sans jugement moral, au travers des résultats factuels apportés par le test MoCA sur ses atteintes cognitives.** L'ensemble de ces éléments **tendant à faire penser à une diminution des rejets des patients TUA/TCLA en soins primaires.** Cependant, les autres participants M1, M4, M5, n'ont pas ressenti de changement significatif dans la relation.

6) Motivations, intérêts, réflexivités

Les résultats pour les participants M2, M3, M4, M6 et M7 montrent qu'ils ont **intégré le dépistage des TCLA en médecine de premiers recours en déléguant la réalisation des tests MoCA à des soignants paramédicaux,** même s'ils n'ont pas réalisé eux-mêmes ces tests. Le participant M4 a également contribué au dépistage des TCLA de cette manière, mais seulement pour des patients âgés sans TUA connu. M3 et M4 ont principalement délégué aux IDE dans leur cabinet, tandis que M2 et M6 ont délégué vers les IDE du DIMA. Deux des participants, M1 et M5, n'ont pas intégrés ce dépistage à leur pratique, en revanche ils ont orienté quelques patients vers le DIMA pour les suites de prise en charge. A noter que le départ imminent de l'IDE ASALEE chez M3 allait rajouter de l'intérêt aux consultations IDE du DIMA à proximité.

Pourtant, **la majorité des participants se sont sentis confiant pour réaliser des tests MoCA** depuis l'apprentissage de celui-ci avec la formation, sauf M5 qui a relaté un manque de confiance. **Divers obstacles ont freiné leur mise en pratique :** l'aspect chronophage du test (M2, M3, M4, M5, M6) l'organisation de consultations dédiées dans un contexte de difficulté d'accès aux consultations médicales plus communes (M2, M4, M5, M6), la nécessité de pratique régulière des tests (M6), la tarification à l'acte (M4), l'absence de proposition de test de dépistage en cas de méconnaissance par le patient de son TUA (M1), une résistance au changement de ses habitudes (M5), la désertification de soignant paramédical (M3), le manque de confiance de l'IDE ASALEE à réaliser les tests malgré la formation (M2), ou encore le changement d'organisation au sein du cabinet (M4).

Certains participants, comme M7, **se sont projetées à effectuer ce dépistage de manière plus précoce.** De même, M6 a exprimé de l'intérêt **pour le dépistage précoce** au travers de la réversibilité des TCLA débutants post-sevrage. L'intérêt de M2 **pour le dépistage des TCLA en soins primaires** a été stimulé par la qualité de la formation, les échanges et contacts de bonne relation avec l'équipe du DIMA. D'autres, comme M4, gardait **espoir d'améliorer ce dépistage avec les soignants paramédicaux** lorsque le changement

d'organisation au sein de son cabinet vers une MSP serait en place. Quant à M5, il s'est avéré **désireux d'infléchir ses pratiques** et a montré une forme de culpabilité de ne pas avoir profité des connaissances acquises. Enfin, M3 s'est largement positionnée dans une démarche de **sensibilisation des patients et des médecins au dépistage précoce des TCLA**, ainsi qu'à la **désacralisation du sujet de l'alcool en consultation**, afin de surmonter les difficultés liées aux diverses représentations négatives, interdits, tabous et d'encourager une expression plus libre de chacun dans la relation. Elle a également évoqué un **intérêt au test MoCA dans la prise de conscience par le patient de sa maladie**. En outre, les participants M3, M4, M7 faisaient preuve d'une réflexivité importante concernant la **place du dépistage des TCLA à l'instar des autres examens digestifs dans le bilan des complications d'un TUA**. Quant à M1, elle faisait également preuve d'une réflexivité importante, d'une part **dans la recherche de moyens favorisant la prise de conscience par le patient de son TUA**, et d'autre part **lorsque les patients avaient conscience de leur TUA**, dans la recherche de moyens les motivant à entrer dans une démarche de soins addictologiques pour parvenir à un sevrage.

En parallèle, pour répondre à l'objectif second de cette étude, **dans le but de réduire les difficultés de communication avec les patients ne reconnaissant pas leur maladie (par déni, déni +/- anosognosie) et de favoriser les échanges en consultation** : la plupart des participants ont retrouvé de l'intérêt à aborder indirectement le TUA des patients par l'intermédiaire du dépistage des TCLA. Ainsi, M2, M3, M6 ont retrouvé **une utilité pour favoriser la prise de conscience par le patient de sa maladie**. De même, M2 et M7 **pour se déporter du problème de la stigmatisation des patients sur leur consommation d'alcool**. M1 a également émis de l'intérêt à **aborder la consommation d'alcool de manière indirecte**, par exemple pour parvenir à avancer dans le cas d'un de ses patients âgés présentant un TUA, fataliste, réticent aux examens préventifs. En outre, M3 et M5 ont évoqué un intérêt **pour favoriser l'initiation d'un suivi en addictologie**, notamment pour parvenir à un sevrage. En revanche, pour M4 cela lui a semblé rajouter un palier de complication supplémentaire dans la communication avec les patients.

4 DISCUSSION

4.1 Résultats principaux

La démarche de sensibilisation du DIMA a permis une remise en question des représentations négatives des médecins envers les patients TUA/TCLA, ainsi que la relativisation des échecs itératifs de prise en charge, mais également des changements de représentations positionnant certains participants dans une démarche déstigmatisante sur la consommation d'alcool des patients. Des éléments dans le discours de plus de la moitié des participants ont été rapportés tels que : un regain d'empathie, une tolérance relationnelle accrue, un confort de pratique médicale, un abord déstigmatisant de la consommation éthylique des patients par l'intermédiaire du dépistage des TCLA. L'ensemble de ces éléments traduisant une amélioration dans la relation médecin-patient et faisant évoquer une diminution des rejets des patients atteints de TUA/TCLA en soins primaires.

Le soutien des médecins généralistes installés dans le Loiret par une équipe multidisciplinaire spécialisée dans la prise en charge complexe des patients TUA/TCLA paraît nettement indispensable, leur permettant de retrouver leur propre rôle dans la coordination des soins, de lutter contre leur isolement et le découragement induit par ces situations. La plupart des participants ont rapporté diverses améliorations dans leur prise en charge et ont souligné l'accès aux soins par la mobilité du dispositif. Une des participantes a décrit une ouverture à la discussion avec les patients en consultation du fait de se savoir soutenue par une équipe spécialisée.

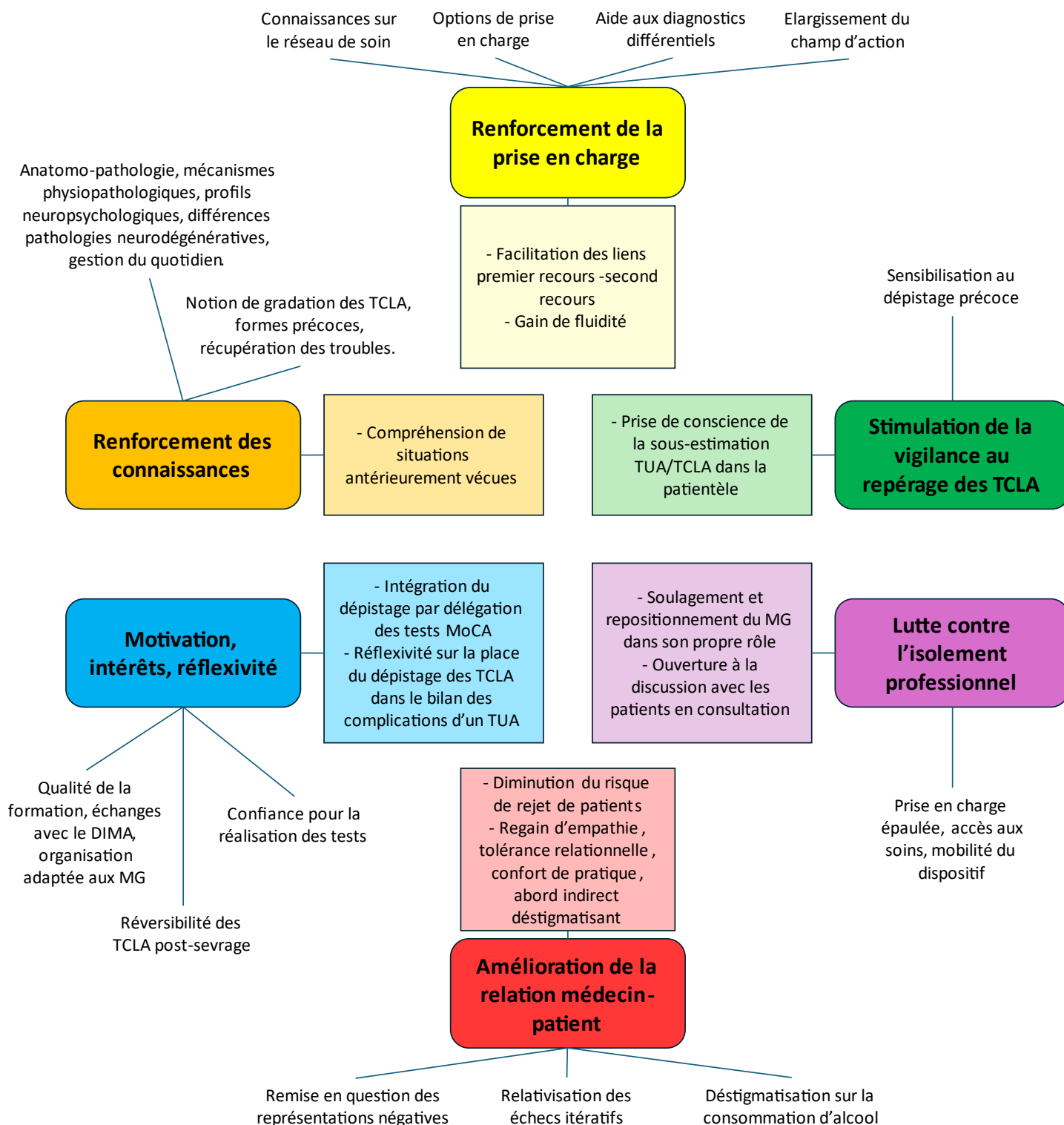
Bien que tous les participants aient manifesté un gain de connaissances sur les TCLA, la sémiologie des TCLA précoces reste peu spécifique, rendant le repérage d'autant plus difficile. Cependant, des améliorations dans la compréhension de la maladie ont été retrouvés chez les participants les plus répondeurs, notamment la notion de gradation des TCLA avec l'existence de formes précoces d'autant plus réversibles que dépistées tôt, mais également, les notions anatomo-pathologiques, les mécanismes physiopathologiques, les profils neuropsychologiques des patients, les différences d'atteintes entre les TCLA et les troubles cognitifs liés aux pathologies neurodégénératives, ainsi que les signes de difficultés dans la gestion du quotidien des patients. Ces éclaircissements ont permis à certains participants de concrétiser leur compréhension de situations auxquelles ils avaient été exposés antérieurement en pratique.

Plus de la moitié des participants ont exprimé leur sensibilisation au dépistage précoce des TCLA, ainsi qu'une stimulation de leur vigilance au repérage. Ce qui par ailleurs a pu engendrer chez certains la prise de conscience d'une sous-estimation des TUA/TCLA dans leur patientèle.

Quant à la motivation des médecins généraliste au dépistage des TCLA, bien qu'elle soit essentiellement individuelle (cf. synthèses individuelles), il n'en reste pas moins que la majorité des participants ont intégré ce dépistage à leur pratique. Les médecins se sont sentis confiants pour la réalisation du test MoCA depuis l'apprentissage de celui-ci. Néanmoins, aucun d'eux n'a réalisé ce test lui-même, le dépistage a été systématiquement délégué aux soignants paramédicaux. Divers obstacles ont freiné leur mise en pratique : l'aspect chronophage du test, l'organisation de consultations dédiées dans un contexte de difficulté d'accès aux consultations médicales plus communes, la nécessité de pratique régulière du test, la tarification à l'acte, des résistances aux changements des habitudes des médecins, l'absence de proposition de test de dépistage en cas de méconnaissance par le patient de son TUA, la désertification de soignants paramédicaux, ou bien encore des difficultés organisationnelles au sein du cabinet. La qualité de la formation, les échanges et contacts de bonne relation avec l'équipe du DIMA, l'organisation des séances adaptées aux médecins généralistes ont fait partie des facteurs motivant leurs intérêts. Certains participants se projetaient à effectuer ce dépistage plus fréquemment et plus précocement, notamment devant l'aspect réversible des TCLA post-sevrage. D'autres se positionnaient dans une démarche de désacralisation du sujet de l'alcool en consultation afin d'encourager une expression plus libre du patient et du médecin dans la relation. En outre, les médecins ont fait part d'une réflexivité accrue concernant l'importance du dépistage des TCLA à l'instar des autres examens à visée digestive dans le bilan des complications d'un TUA.

En parallèle, dans le but de réduire les difficultés de communication avec les patients ne reconnaissant pas leur maladie (par dénégaration, déni +/- anosognosie) et de favoriser les échanges en consultation, la plupart des participants ont retrouvé de l'intérêt à aborder indirectement le TUA des patients par l'intermédiaire du dépistage des TCLA. Certains participants ont retrouvé une utilité pour favoriser la prise de conscience par le patient de sa maladie, d'autres pour se déporter du problème de la stigmatisation des patients sur leur consommation d'alcool. Deux participants ont également évoqué un intérêt pour favoriser l'initiation d'un suivi en addictologie.

Figure 13. Modèle explicatif de la sensibilisation des MG aux TCLA par le DIMA.



4.2 Comparaison à la littérature

Les résultats de notre étude ont apporté des réponses concernant l'impact d'une formation aux TCLA auprès des médecins généralistes sur leur approche du patient présentant des TUA/TCLA qui étaient posées dans le travail de thèse de Camille BRIOTET au travers de ses deux revues de littérature en décembre 2021 [21]. Son étude a été retrouvée dans les bases de données DUMAS et CISMeF. De même, une étude ancienne datant de 1986 [48], retrouvée dans la revue de littérature de la thèse de Emilie Dumeige-Harbonnier sur les outils de dépistage des troubles cognitifs en addictologie en 2018 [49], a rapporté un changement de comportement des équipes soignantes auprès des patients après avoir identifié les troubles neurocognitifs. La connaissance de ces troubles permettait une meilleure compréhension des comportements et des processus de pensées pathologiques, conduisant à une attitude plus bienveillante et accompagnante des soignants.

En outre, les rôles de la formation et du soutien par une équipe spécialisée en addictologie sur les changements de représentations des médecins généralistes ont été également évoqués dans la littérature [22]. L'enquête qualitative de Charlotte SCHOLTES auprès de médecins généralistes dans son travail de thèse en décembre 2014 a mis en évidence que la répétition de réunions de synthèses multidisciplinaires en présence des patients (proposées par le Rézo Addictions 41 : addictologue, MG, IDE référente, assistante sociale + patient +/- autres spécialistes) permettait une amélioration des représentations sur les addictions chez leurs médecins participants [50]. Les résultats de notre étude ont également permis de retrouver de tels changements de représentations dans le discours de plus de la moitié des participants ayant tous bénéficiés du soutien du DIMA dans la prise en charge des patients et d'une séance unique de formation sur les TCLA (durée 2 heures). L'investigateur principal de notre étude ne s'attendait pas à retrouver autant d'éléments de ce type dans le discours des participants à distance de la formation, ce qui les a par ailleurs fait regrouper dans un thème superordonné nommé CHANGEMENT DE REPRESENTATIONS.

Une recherche a été effectuée dans les bases de données NCBI, PubMed, ScienceDirect, HAL, DUMAS, SUDOC, CISMeF en utilisant les équations de recherches suivantes :

((("alcohol-related cognitive impairment" OR "alcohol-related cognitive disorder" OR "alcohol-related brain damage" OR "alcohol induced neurocognitive disorder") AND ("screening") AND ("general practitioner" OR "general practitioners") AND ("awareness-raising" OR "awareness raising" OR "awareness"))

Ou en français,

((("troubles cognitifs liés à l'alcool") AND ("dépistage") AND ("médecins généralistes") AND ("sensibilisation"))

Aucun résultat comparable à notre étude n'a été retrouvé. Mais en gardant le premier terme MeSH (("alcohol-related cognitive impairment" OR "alcohol-related cognitive disorder" OR "alcohol-related brain damage" OR "alcohol induced neurocognitive disorder")), et en gardant le terme Mesh ("awareness-raising" OR "awareness raising" OR "awareness")), un seul article récent de 2023 a été relevé dans NCBI [51]. Les objectifs étaient d'évaluer l'efficacité d'un programme d'entraînement en ligne sur la sensibilisation et la compréhension des TCLA, l'identification de leurs signes et symptômes, la compréhension des traitements, la confiance des participants à soutenir les résidents, ainsi que leurs perceptions du programme. Il s'agissait d'une étude mixte quantitative et qualitative dans un échantillon de 883 membres du personnel d'une organisation non-lucrative d'hébergement au Pays de Galles avec, pour la partie qualitative, 27 participants lors de 18 entretiens semi-dirigés individuels et/ou en groupe (10 semaines après la fin de la formation).

Les résultats, proches des nôtres, montrent que la formation a sensibilisé et amélioré la compréhension des TCLA par les participants, ainsi que leur confiance à soutenir les résidents atteints de TCLA. Une grande majorité des participants souligne que leurs attitudes envers les résidents atteints de TCLA ont changé suite à la formation.

A la différence de notre enquête, leur investigation n'a pas été conduite auprès de médecins généralistes et s'est déroulée exclusivement en ligne (pandémie Covid 19).

Enfin, comme nous, les auteurs de cette étude n'ont pas trouvé d'équivalent dans la littérature.

4.3 Forces et limites

Forces

Il ne semble pas exister d'autre étude actuellement ayant cherché à explorer le vécu de médecins généralistes sensibilisés aux TCLA et soutenus par une équipe spécialisée mobile en addictologie, ce qui fait l'originalité de notre étude. De plus, notre échantillon est représentatif de la population des médecins généralistes, avec des personnes variées de différents sexes, âges, différents modes d'exercices, différentes activités et intérêts. Une des forces de notre étude réside également dans le fait qu'elle a été initiée il y a trois ans, au moment où le DIMA a lancé sa démarche de sensibilisation auprès des médecins généralistes. Malgré le nombre limité de médecins concernés, le taux de participation a été encourageant (7 participants sur 16 médecins formés, soit 44%).

Le nombre de participants peut paraître faible mais la richesse des entretiens a permis d'obtenir des résultats inattendus, notamment concernant le nombre d'éléments faisant évoquer des changements de représentations chez les participants. Également, la rencontre, la formation et la relation de qualité mises en place par l'équipe du DIMA a permis de faire ressortir des résultats positifs concernant la relation des médecins avec leurs patients TUA/TCLA.

L'investigateur principal a consacré un temps considérable à la construction cohérente de cette étude, l'organisation et la réalisation des entretiens avec les médecins généralistes, les retranscriptions des entretiens, les analyses individuelles, puis l'analyse intégrant l'ensemble des participants à la recherche de patterns communs. Bien que ce travail soit massif en termes d'écriture, un soin particulier a été appliqué à l'élaboration et la description des thèmes afin de mettre en lumière l'aspect interprétatif et subjectif de l'analyse.

Ce travail de thèse a été effectué dans les suites du dernier semestre en addictologie de l'investigateur principal, et en parallèle de son activité libérale en tant que médecin associé en médecine générale dans plusieurs cabinets dans le Loiret et le Loir-et-Cher, ainsi qu'une expérience enrichissante en milieu psychiatrique fermé à l'hôpital Vauclaire en Dordogne. Ceci a permis à l'investigateur principal de se rendre compte de l'intérêt à connaître et avoir des contacts dans le domaine de l'addictologie, devant les patients venus vers lui pour les aider à combattre leurs addictions. Cela lui a également permis de se rendre compte chez certains patients des comportements pouvant faire évoquer des TCLA débutants.

Limites

La robustesse de l'étude aurait pu être amplifiée par la réalisation d'un nombre d'entretiens plus important.

L'investigateur principal de l'étude était inexpérimenté en recherche qualitative, notamment concernant la réalisation des entretiens individuels et l'analyse empirico-inductive. Il s'est appuyé principalement sur les références suivantes pour son auto-apprentissage [44][45][46].

Les participants ne restituaient probablement pas l'intégralité des informations qui leur avaient été dispensées au travers de la démarche de sensibilisation, introduisant un biais cognitif.

Les participants pouvaient avoir tendance à répondre de manière socialement acceptable, introduisant un biais de désirabilité.

Inhérente à la recherche qualitative, la subjectivité de l'investigateur est au cœur de la démarche, certaines questions posées spontanément ont probablement limité la diversité des réponses des participants, introduisant un biais d'intervention.

La triangulation de l'analyse des données a été effectuée de manière partielle sur 10 séances de concertation avec les co-investigateurs (AMB et RS).

Le guide d'entretien a évolué au fur et à mesure de l'exploration, l'investigateur principal a regretté de n'avoir plus ouvert celui-ci qu'à partir du sixième entretien. Pour relativiser, les questions de relances semi-dirigées ont été tout de même nécessaires dans les deux derniers entretiens ouverts, soit pour aborder les points non évoqués, soit pour apporter plus de précisions.

Les refus de participation de 9 médecins n'ont pas été étudiés. L'investigateur principal a pris la décision de ne pas insister par respect, en raison de la charge de travail des médecins généralistes et devant le caractère sensible de l'étude.

4.4 Perspectives

Les résultats concernant la délégation systématique des tests MoCA par les MG vers les soignants paramédicaux ont permis au DIMA de réaxer la formation au test vers les IDE ASALEE du département. La création de doublons IDE DIMA/IDE ASALEE pourrait également être une piste. En outre, il pourrait être intéressant d'évaluer les facteurs favorisant et les freins à l'intégration de la pratique du dépistage des TCLA chez ces professionnels de santé.

Le travail de sensibilisation du DIMA s'est poursuivi et est toujours en cours en novembre 2024. Selon les dernières données recueillies par le DIMA au 30 mai 2024, il y avait 55 médecins formés sachant que dans notre échantillon, le taux de participation a été de 44% et que 57 % des participants (4/7 participants) ont manifesté des changements significatifs dans leur relation et leur prise en charge. Ceci représenterait 17 nouveaux participants supplémentaires, soit 10 médecins supplémentaires susceptibles de changements significatifs dans la relation et dans la prise en charge des patients.

Pour obtenir une perspective plus approfondie, il serait pertinent d'évaluer la stabilité des résultats à plus long terme, en particulier en ce qui concerne les changements sur les représentations négatives des MG envers les patients atteints de TCLA.

Dans une autre perspective, bon nombre de points soulignés par les participants pourraient être approfondis : l'importance du dépistage des TCLA à l'instar des autres examens à visée digestive, son rôle dans la prise de conscience par le patient de sa maladie, l'optique d'une approche intermédiaire destigmatisante. Par exemple avec une étude qualitative cherchant à explorer le vécu des patients TUA/TCLA ayant bénéficié d'une consultation de dépistage des TCLA, éventuellement couplée à une étude quantitative cherchant à mesurer le nombre de suivis addictologiques initiés. Ou bien encore par exemple, en réalisant une revue de littérature dans l'optique de travailler sur la place du dépistage des TCLA dans le bilan des complications d'un TUA comparée aux autres examens à visée digestive.

CONCLUSION

Cette enquête sur la démarche de sensibilisation aux TCLA auprès des médecins généralistes s'est nourrie de leurs expériences concrètes, de leur subjectivité, de leur motivation individuelle : l'exploration de ces témoignages a révélé le caractère foisonnant et passionnant de leur vécu. Les investigateurs ont élaboré, à partir de la mise en commun de leur propre subjectivité, un modèle explicatif visant à restituer les réalités empiriques et les difficultés du travail de terrain inséparables des problématiques hétérogènes et complexes des patients.

Les résultats de l'enquête sont encourageants, en termes de renforcement des connaissances, aide à la prise en charge des patients, stimulation de vigilance au repérage précoce des TCLA. En outre, le soutien par une équipe pluridisciplinaire mobile comme le DIMA lutte contre l'isolement ainsi que le découragement des MG et les aide à se repositionner dans leur rôle de coordonnateur de soins. Devant la délégation systématique des tests MoCA vers les soignants paramédicaux par les MG, la formation au test a été réaxée vers les IDE ASALEE du département, avec la possibilité de créer des doublons IDE DIMA-IDE ASALEE. Mais, enfin, c'est l'amélioration de la relation médecin-patient qui constitue le résultat principal de notre enquête, notamment avec la remise en question des représentations négatives des MG vis à vis des patients atteints de TCLA : en conséquence le risque de rejet de ces patients diminue.

En perspective, ces résultats s'ouvrent à la fois dans la direction du patient, qui gagnerait à prendre conscience de ses troubles par le biais du dépistage des TCLA, et dans la direction du praticien qui disposerait d'un levier supplémentaire et potentiellement plus adapté que les examens hépatiques pour la prise de conscience de la maladie, favorisant ainsi la motivation au changement des habitudes de consommation d'alcool du patient : de son cerveau ou de son foie, qui lui parlera ?

BIBLIOGRAPHIE

1. RICHARD Jean-Baptiste, ANDLER Raphaël, CORDOGAN Chloé, SPILKA Stanislas, NGUYEN-THANH Viêt, et le groupe Baromètre de Santé publique France 2017. La consommation d'alcool chez les adultes en France en 2017. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* [en ligne]. Février 2019, numéro 5-6, p.89-97. Disponible sur https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/5-6/2019_5-6_1.html
2. GUÉRIN Sylvie, LAPLANCHE Agnès, DUNANT Arianne, HILL Catherine. Alcohol-attributable mortality in France. *European Journal of Public Health* [en ligne]. Août 2013, volume 23, Issue 4, p. 588-93.
Disponible sur <https://academic.oup.com/eurpub/article/23/4/588/431734>
3. GBD 2016 Alcohol Collaborators. Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990–2016: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet* [en ligne]. Août 2018, volume 392, issue 10152, p. 1015-35. Disponible sur [https://www.thelancet.com/article/S0140-6736\(18\)31310-2/](https://www.thelancet.com/article/S0140-6736(18)31310-2/)
4. PAILLE François., REYNAUD Michel. L'alcool, une des toutes premières causes d'hospitalisation en France. *BEH - Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire* [en ligne]. Juillet 2015, n° 24-25, p. 440-449. Disponible sur https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2015/24-25/2015_24-25_1.html
5. ROQUES Bernard. *La Dangerosité des drogues* [texte imprimé]. Paris : Odile Jacob, 1999.
6. PALLE Christophe. Les évolutions récentes de la consommation d'alcool en France et de ses conséquences. Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies [en ligne]. Décembre 2020. Disponible sur https://www.ofdt.fr/sites/ofdt/files/2023-08/field_media_document-3514-doc_num--explnum_id-31366-.pdf
7. Fédération Française d'Addictologie. Emmanuel Macron persiste et signe dans les conflits d'intérêts. Communiqué de presse [en ligne]. Mars 2022. Disponible sur https://sfalcoologie.fr/wp-content/uploads/AddictionsFr-FFA-SFA-CP-Alcool_Conflits_Interets-2022_03_22.pdf
8. Association Addictions France. La pause d'alcool en janvier adoptée par les Français·e·s. [en ligne] Février 2024. Disponible sur <https://addictions-france.org/presse/la-pause-dalcool-en-janvier-adoptee-par-les-francais/>

9. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA). Alcohol and the Brain: An Overview [en ligne] 2022. Disponible sur <https://www.niaaa.nih.gov/publications/alcohol-and-brain-overview>
10. BERNARDIN F, MAHEUT-BOSSER A, Paille F. Troubles cognitifs du sujet alcoolodépendant. *La Revue du Praticien*, Avril 2014, Volume 64, p. 462-465.
11. WOBROCK Thomas, FALKAI Peter, SCHNEIDER-AXMANN Thomas, et al. Effects of abstinence on brain morphology in alcoholism: a MRI study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* [en ligne], Janvier 2009, volume 259, p. 43-150. Disponible sur <https://link.springer.com/article/10.1007/s00406-008-0846-3>
12. IHARA H, BERRIOS GE, LONDON M. Group and case study of the dysexecutive syndrome in alcoholism without amnesia. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry* [en ligne]. Juin 2000, volume 68, issue 6, p. 731-7. Disponible sur <https://jnnp.bmj.com/content/68/6/731>
13. CABÉ Nicolas, LANIEPCE Alice, BOUDEHENT Céline, et al. Repérage des troubles cognitifs liés à l'alcool : Identifier les patients à risque pour mieux comprendre leurs difficultés dans le suivi. *La Revue du Praticien*. Octobre 2019, volume 69(8), p. 904-8.
14. VABRET F, BOUDEHENT C, BLAIS-LEPELLEUX A.C, et al. Profil neuropsychologique des patients alcoolodépendants. *Alcoologie et Addictologie*. Septembre 2013, Tome 35, no 3, p. 215-23.
15. Groupe de travail du Collège Professionnel des Acteurs de l'Addictologie Hospitalière (COPAAH). Troubles de l'usage de l'alcool et troubles cognitifs. *Alcoologie et Addictologie*. Décembre 2014, tome 36, no 4, p. 335-373.
16. LE BERRE Anne-Pascale., VABRET François, CAUVIN Céline, et al. Cognitive barriers to readiness to change in alcohol-dependent patients. *Alcoholism : Clinical and Experimental Research*. Septembre 2012, volume 36, issue 9, p. 1542-9.
17. LEAUTE X., BARNABE G, VARTANIAN C, et al. Mise en œuvre d'actions de prévention primaire, secondaire et tertiaire des addictions au sein d'équipes pluriprofessionnelles de soins primaires : quelles motivations, quels freins ?. *Exercer*. Janvier 2017, numéro 129, p. 4-10.
18. CCAM. [En ligne] consulté le 01/06/22. <https://www.ameli.fr/accueil-de-la-ccam/trouver-un-acte/fiche-abregee.php?code=ALQP006>.

19. HUAS Dominique, RUEFF Bernard. *Alcool et médecine générale*. GMSanté : CNGE, 2010, vol 1, 194p.
20. BOUIX JC, GACHE P, RUEFF B, HUAS D. Parler d'alcool reste un sujet tabou. Connaissances, opinions, attitudes et pratiques de médecins généralistes français concernant l'alcool. *La Revue du Praticien. Médecine Générale*, 2002, 16, (588), 1488-1492.
21. BRIOTET C. Troubles cognitifs liés à l'alcool et représentations en médecine générale : une revue narrative [thèse de doctorat]. Université de Bordeaux ; décembre 2021.
22. VAN BOEKEL LC, BROUWERS EPM, VAN WEEGHEL J, GARRETSEN HFL. Healthcare professionals' regard towards working with patients with substance use disorders : Comparison of primary care, general psychiatry and specialist addiction services. *Drug and Alcohol Dependence*. Janvier 2014, volume 134, p. 92-8.
23. CHAUMIER J. Trouble d'usage d'alcool et auto-stigmatisation : enjeux spécifiques dans la population féminine. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine. Université de Bordeaux. Décembre 2023.
24. CORNELOUP M, MENECHIER P, MILLOT I. Troubles cognitifs liés à l'alcool : Pratiques et besoins des acteurs de l'addictologie en Bourgogne. *Alcoologie et Addictologie*. Juin 2017, volume 39, numéro 2, 101-10.
25. WHO. Communiqué de presse 21 septembre 2018. Disponible sur <https://www.who.int/fr/news/item/21-09-2018-harmful-use-of-alcohol-kills-more-than-3-million-people-each-year--most-of-them-men>.
26. WHO. Global status report on alcohol and health 2018. Geneva. Disponible sur <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639>.
27. BONALDI Christophe, HILL Catherine. La mortalité attribuable à l'alcool en France en 2015. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*. Février 2019, numéro 5-6, p. 97-108.
28. ANDLER Raphaël, QUATREMERE Guillemette, GAUTIER Arnaud, et al. Dépassement des repères de consommation d'alcool à moindre risque en 2020: résultats du Baromètre santé de Santé publique France. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*. Novembre 2021, numéro 17, p.304-12. Disponible sur http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2021/17/2021_17_1.html
29. ECKARD MJ, MARTIN PR. Clinical assessment of cognition in alcoholism. *Alcoholism : Clinical and Experimental Research*. Mars 1986, Volume 10, number 2, p. 1237-7. Disponible sur <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1530-0277.1986.tb05058.x>

30. DEMATTEIS M, PENNEL L, MALLARET M. Alcool et démence. In : BENYAMINA A, REYNAUD M, AUBIN HJ. *Alcool et troubles mentaux : de la compréhension à la prise en charge du double diagnostic*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson ; 2013. P. 164-79.
31. CABÉ N, LANIEPCE A., RITZ L, et al. Troubles cognitifs dans l'alcoolodépendance: intérêt du dépistage dans l'optimisation des prises en charge. *L'Encéphale*. Février 2016, volume 42, issue 1, p. 74-81. Disponible sur <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0013700615002286>
32. BLUME Arthur W, SCHALING Karen B, MARLATT G Allan. Memory, executive cognitive function, and readiness to change drinking behavior. *Addictive behaviors*. Février 2005, volume 30, issue 2, p. 301-314. Disponible sur <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0306460304001911>
33. WOBROCK Thomas., FALKAI Peter, SCHNEIDER-AXMANN Thomas, et al. Effects of abstinence on brain morphology in alcoholism : a MRI study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences*. Janvier 2009, volume 259, p. 143-150. Disponible sur <https://link.springer.com/article/10.1007/s00406-008-0846-3>
34. STAVRO, Katherine, PELLETIER Julie, POTVIN Stéphane. Widespread and sustained cognitive deficits in alcoholism: a meta-analysis. *Addiction biology*. Janvier 2013, volume 18, issue 2, p. 203-213. Disponible sur <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1369-1600.2011.00418.x>
35. WILSON Graeme B., LOCK Catherine A., HEATHER Nick., et al. Intervention against excessive alcohol consumption in primary health care :a survey of GP's attitudes and practices in England 10 years. *Alcohol and Alcoholism*. Septembre-Octobre 2011, volume 46 , issue 5, p. 570-577. Disponible sur <https://academic.oup.com/alcalc/article/46/5/570/129213>
36. ROURKE Sean B, GRANT Igor. The interactive effects of age and length of abstinence on the recovery of neuropsychological functioning in chronic male alcoholics : a 2-year follow-up study. *Journal of the International Neuropsychological Society*. Mars 1999, volume 5, issue 3, p. 234-46. Disponible sur <https://www.cambridge.org/core/journals/journal-of-the-international-neuropsychological-society/article/abs/interactive-effects-of-age-and-length-of-abstinence-on-the-recovery-of-neuropsychological-functioning-in-chronic-male-alcoholics-a-2year-followup-study/5A98A7AE55E1CB9EC9C4A45528DD817A>
37. McCRADY Barbara S, SMITH Delia E. Implications of cognitive impairment for the treatment of alcoholism. *Alcoholism : Clinical and Experimental Research*. Mars 1986, volume

10, issue 2, p. 145-9. Disponible sur <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1530-0277.1986.tb05061.x>

38. ZINN Sandra, STEIN Roy, SWARTZWELDER H. Scott. Executive functioning early in abstinence from alcohol. *Alcoholism : Clinical and Experimental Research*. Mai 2004, volume 28, issue 9, p. 1338-46. Disponible sur <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1097/01.ALC.0000139814.81811.62>

39. PITEL Anne Lise, RIVIER Julia, BEAUNIEUX Hélène, et al. Changes in the episodic memory and executive functions of abstinent and relapsed alcoholics over a 6-month period. *Alcoholism : Clinical and Experimental Research*. Février 2009, volume 33, issue 3, p. 490-8. Disponible sur <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1530-0277.2008.00859.x>

40. ARTS Nicolaas J, WALVOORT Serge Jw, KESSELS Roy P. Korsakoff's syndrome: a critical review. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. Novembre 2017, volume 13, p. 2875-90. Disponible sur <https://www.dovepress.com/korsakoffs-syndrome-a-critical-review-peer-reviewed-fulltext-article-NDT>

41. BRAND Matthias. Cognitive profile of patients with alcoholic Korsakoff's syndrome. *International Journal on Disability and Human Development*. Avril 2007, volume 6, issue 2.

42. KOPELMAN Michael D, THOMSON Allan D, GUERRINI Irene, MARSHALL E. Jane. The Korsakoff syndrome: clinical aspects, psychology and treatment. *Alcohol and Alcoholism*. Mars-avril 2009, volume 44, issue 2, p. 148-54.

43. VABRET François, LANNUZEL Coralie, CABE Nicolas, et al. Troubles cognitifs liés à l'alcool : nature, impact et dépistage. *La Presse Médicale*. Décembre 2016, volume 45, issue 12, partie 1, p. 1124-32. Disponible sur <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0755498216000610?via%3Dihub>.

44. LEBEAU JP, Groupe universitaire de recherche qualitative médicale francophone. *Initiation à la recherche qualitative en santé*. Global Media Santé-CNGE, 2021, 192 p.

45. FRAPPÉ Paul. Association française des jeunes chercheurs en médecine générale. *Initiation à la recherche*. Global Media Santé-CNGE, 2011, 214 p.

46. LEPCAM [internet] <https://lepcam.fr/index.php/les-etapes/quali/>

47. SCHOMERUS Georg, LEONHARD Anya, MANTHEY Jakob, et al. The stigma of alcohol-related liver disease and its impact on healthcare. *Journal of Hepatology*. Août 2022,

volume 77, issue 2, p. 516–524. Disponible sur [https://www.journal-of-hepatology.eu/article/S0168-8278\(22\)00262-8/fulltext](https://www.journal-of-hepatology.eu/article/S0168-8278(22)00262-8/fulltext)

48. MEEK Patricia S, CLARK H Wesley, SOLANA Virginia L. Neurocognitive impairment: the unrecognized component of dual diagnosis in substance abuse treatment. *Journal of Psychoactive Drugs*. Juin 1989, volume 21, issue 2, p.153-60.

49. DUMEIGE-HARBONNIER, E. Les outils de dépistage des troubles cognitifs en addictologie : revue systématique de la littérature. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine. Université de Lille. Octobre 2018.

50. SCHOLTES C. Réunion de synthèse dans le cadre du Rézo Addictions 41 : moteur du changement des représentations des médecins généralistes [thèse de doctorat]. Université de Tours ; décembre 2014.

51. WARD Rebecca, RODERIQUE-DAVIES Gareth, HUGHES Harriet, et al. Alcohol-related brain damage: A mixed-method evaluation of an online awareness-raising programme for frontline care and support practitioners. *Drug and Alcohol Review*. Septembre 2023, volume 42, issue 1, p.46–58. Disponible sur <https://doi.org/10.1111/dar.13545>

ANNEXES

1) Annexe 1 : Courriel de demande de participation aux médecins généralistes

Chères consœurs, chers confrères,

J'ai besoin de votre aide afin de réaliser un entretien dans le cadre de ma thèse. Je m'appelle Adrien Bouclé, je suis actuellement médecin remplaçant en médecine générale. J'ai fini mon internat fin octobre 2021 à la suite de mon dernier semestre en addictologie, où j'ai pu assister à la mise en place du Dispositif d'Intervention Mobile en Addictologie (DIMA) et rencontrer tous ses membres. Cette équipe a pour missions notamment de prendre en charge les patients ayant des troubles cognitifs liés à l'alcool (TCLA) précoces et tardifs sur le département du Loiret.

Je réalise une étude qualitative visant à découvrir ce qu'une démarche de sensibilisation et de formation aux TCLA apporte en pratique aux médecins généralistes du Loiret sur leurs approches des patients présentant des troubles de l'usage de l'alcool (représentations, dépistage/repérage des TCLA, orientation des patients, motivations).

Concernant l'entretien, j'aimerais pouvoir vous rencontrer individuellement en présentiel. Nous redéfinirons ensemble le lieu, jour et heure de celui-ci. Selon vos préférences ou si cela est trop difficile, il est possible de faire une visioconférence. L'entretien aura une durée moyenne de 30 minutes, il sera enregistré par audio. Il ne s'agira pas pour moi de vous noter ni de juger. Les données seront anonymisées et détruites après leur retranscription. Je recueillerai également votre consentement de participation.

Je vous remercie par avance d'avoir pris le temps de lire cette lettre. Il va sans dire que je ne pourrais pas effectuer ce travail sans vous car les conditions requises pour y participer ne me laisse pas une grande marge de manœuvre. Je comprends la difficulté de pouvoir vous libérer afin de participer.

Bien confraternellement,

Adrien Bouclé, médecin remplaçant

adrien.boucle@hotmail.fr, 06.32.16.11.81 _____

Directrice de thèse : Dr BRIEUDE Anne-Marie

Chef de filière addictologie : Dr SERREAU Raphaël

2) Annexe 2 : Guide d'entretien

Première question ouverte :

Racontez-moi ce que vous avez tiré de cette démarche de rencontre avec le DIMA, de la formation que vous avez reçue, ainsi que des consultations IDE du DIMA mises en place à proximité. Qu'est-ce que tout cela vous a apporté ? Racontez-moi.

Relances structurées :

Domaine connaissances :

- Cette formation vous a-t-elle apporté de nouvelles connaissances ? Si oui, lesquels ?
- Quelles applications ont eu ces nouvelles connaissances dans votre pratique ?
- Avez-vous des suggestions sur d'éventuelles améliorations à apporter à la formation qui vous a été proposée ? Si oui, lesquels ?

Domaine dépistage par test MoCA :

- Avez-vous réalisé des tests Moca depuis la formation ? Comment cela s'est-il passé ? Quelles difficultés avez-vous rencontré ? Quels bénéfices en avez-vous tiré ?

Domaines stratégies de prise en charge, parcours de soin :

- La rencontre avec le DIMA a-t-il changé vos stratégies de prise en charge des patients TUAL/TCLA ? Si oui, de quelle manière ? Si non, auriez-vous des suggestions pour améliorer cela ?

Domaine relationnel médecin-patient / représentations :

- Avez-vous ressenti un changement dans la manière de percevoir vos patients atteints de TUAL/TCLA ? pouvez-vous me décrire cela ?
- Avez-vous noté un changement dans la qualité relationnelle avec vos patients ? Si oui, lequel ?
- Que pensez-vous du fait d'aborder avec le patient un problème de santé « cognitive », « un trouble cérébral », plutôt que de lui parler de ses consommations d'alcool ? pensez-vous que cela puisse aider à le guider vers un suivi en addictologie ? Pensez-vous que cela puisse aider à lui faire prendre conscience de sa maladie ?

Domaine intérêts / confiance / dispositions au dépistage des TCLA :

- Quelle importance/intérêt accordez-vous au dépistage des TCLA ?
- Quelle confiance avez-vous en vos compétences pour réaliser ce dépistage ?
- A quel point êtes-vous prêt à utiliser ce dépistage ?

Question finale : Voyez-vous quelque chose à rajouter que nous n'avons pas évoqué ?

3) Annexe 3 : Questionnaire de caractéristiques démographiques

1) Sexe :

- ☐ Homme
- ☐ Femme

2) Quel âge avez-vous ?

3) Depuis combien d'année exercez-vous dans le Loiret ?

4) Comment décririez-vous votre milieu d'exercice :

- ☐ Rural
- ☐ Semi rural
- ☐ Urbain

5) Quel est votre mode d'exercice ?

- ☐ Cabinet seul
- ☐ Cabinet de groupe
- ☐ MSP

6) Avez-vous fait appel au DIMA pour vos patients ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

6bis) Si oui à quelle fréquence approximativement ?

- ☐ Plusieurs appels par mois
- ☐ 1 appel par mois
- ☐ 1 appel par trimestre
- ☐ 1 appel par an

7) Aviez-vous eu des formations en addictologie avant celle reçue par le DIMA ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

7bis) Si oui, lesquelles et dans quel cadre ?

4) Annexe 4 : Retranscription des entretiens

a. Participante M1

AB – Est-ce que vous êtes prête ?

M1 – Oui allez-y !

AB – Premier domaine concernant les connaissances, la formation que vous avez reçue sur les TCLA, la question est la suivante : cette formation vous a-t-elle apporté des nouvelles connaissances ?

M1 – Heu oui probablement, parce que je pense que mes connaissances étaient quand même un petit peu lointaines, voilà ça fait quand même pas mal d'années, et moi en plus j'ai fait beaucoup de pédiatrie pendant plus de dix ans, donc c'est un petit peu éloigné, donc ça m'a rafraîchi l'esprit, je dirai que ça fait presque des nouvelles connaissances, oui !

AB – D'accord, ok. Quelles applications ont eu ses nouvelles connaissances dans votre pratique ? Est-ce que vous avez pu en tirer un bénéfice ?

M1 – J'ai un ou deux patients qui ont une problématique d'alcool que j'ai essayé d'envoyer, bon c'est un petit peu compliqué, comme tous ces patients là, de les mettre dans un suivi régulier. Heu à ce jour je ne pense pas. Il y en a un en particulier que j'ai orienté, mais je ne pense pas qu'il y soit allé, parce qu'il n'est pas dans cette démarche. Donc ce n'est pas si simple, oui ! Mais ce n'est pas lié à la formation en soi, plutôt à la difficulté d'orienter ces patients là.

AB – D'accord. Est-ce que vous auriez des suggestions à apporter à cette formation que vous avez reçue ?

M1 – Et bien effectivement, comment orienter, comment aider vers cette orientation, mise à part leur dire que voilà ils vont pouvoir s'adresser à des personnes spécialisées, c'est ce que je leur explique, moi je ne suis pas très spécialisée dans cette prise en charge et que cela serait bien qu'ils s'adressent à des personnes un peu plus spécialisées. Mais comment les amener à faire la démarche, tout réside là, je pense qu'une fois que la démarche est enclenchée, à mon avis, cela doit être plus simple. Mais amener les gens à prendre conscience qu'ils ont d'une part un réel problème d'alcool et d'autre part lorsqu'ils le savent, car certains le savent, les entraîner dans une démarche de soin, ouais ce n'est pas simple, c'est surtout ça je pense, mais bon je pense que c'est quelque chose de récurrent et que c'est public.

AB – Heu oui, bah oui effectivement. Nous allons pouvoir passer au deuxième domaine concernant le dépistage des TCLA. Avez-vous réalisé des tests MoCA depuis la formation ?

M1 – Non. J'en ai là dans mon classeur, mais non !

AB – En avez fait réaliser par une IDE par exemple ?

M1 – Non, en fait moi j'ai quand même beaucoup une population de pédiatrie, voilà, plus de la moitié c'est de la pédiatrie et tout le reste c'est de la médecine générale plus habituelle, dans ce lot là j'ai quelques patients qui ont une problématique soit de toxique soit d'alcool, mais je n'en ai pas tant que ça, enfin en tout cas qui pourraient bénéficier de ce test.

AB – Ok. On va passer au troisième domaine concernant la stratégie de prise en charge, le parcours de soin. La rencontre avec le DIMA a-t-elle modifiée vos stratégies de prise en charge des patients TUAL/TCLA ?

M1 – Bon en tout cas je l'ai dans l'esprit, je sais que j'ai ces documents comme ressource et je pense que dès que ça se présentera, voilà, j'essaierai d'orienter. Le dernier que j'ai essayé d'orienter il a dit qu'au niveau des horaires, machins, enfin bon c'est toujours pareil (air désabusée) ...

AB – C'est sûr que c'est toujours difficile, en tout cas vous avez toujours contact avec l'équipe DIMA si besoin ?

M1 – Oui, oui ! tout à fait... ça ne fait pas si longtemps que ça.

AB – Peut être encore un peu trop tôt pour vous alors.

M1 – Quand est ce que l'on a eu cette réunion ? Juin peut-être...

AB – Alors je ne sais plus trop pour vous, mais je l'ai noté. C'était en juin il me semble (elle va chercher dans ses papiers). Sachant que comme vous me le disiez, votre population elle est plutôt pédiatrique...

M1 – Elle n'est pas que pédiatrique, j'ai quand même des jeunes qui ont ces difficultés, le dernier en date c'était plutôt des troubles, je dirai, liés à la drogue, que j'avais voulu orienter.

AB – D'accord, effectivement là on est plutôt sur l'alcool, mais après c'est ...

M1 – Mais moi c'était plus ça.

AB – Ouai.

M1 – Bon ben en fait je ne retrouve pas la date, mais bon c'est là !

AB – D'accord. Auriez-vous des suggestions pour améliorer ce lien avec le DIMA ?

M1 – Ouai, je ne sais pas, je sais que c'est difficile de toute façon, déjà que les personnes prennent conscience de leur problématique, quand ils me disent qu'ils prennent un apéro à midi, un apéro le soir, pour eux c'est normal. Je ne sais pas, il faudrait peut-être quelque chose de plus visuel qui montre que consommer deux verres d'alcool c'est déjà... ils n'en ont pas conscience.

AB – Donc là vous vos problèmes de prise en charge, comme vous me l'avez dit, c'est par rapport au fait que les patients vous leurs avez proposé de voir l'équipe DIMA ...

M1 – Oui.

AB – Et que pour l'instant ils n'ont pas encore répondu, ils n'ont pas encore pris la décision ...

M1 – Bah je dirai que tant que mes patients ils ne sont déjà pas à accepter un suivi et déjà limite à reconnaître qu'ils ont un problème d'alcool, donc leur faire en plus un dépistage des troubles cognitifs, je reconnais que je n'y ai même pas pensé (rire), tellement on n'est déjà pas dans la reconnaissance. Alors est-ce qu'on peut inverser ?

AB – Alors justement on va en parler ensuite. Nous passons maintenant dans le domaine de la relation médecin-patient, aussi, des représentations que l'on peut avoir par rapport à ces patients. Avez-vous ressenti un changement dans la manière de percevoir vos patients ?

M1 – Moi dans ma perception de ces patients, heu, pfff, non parce que je crois que je n'ai jamais été jugeante à n'importe quel moment par rapport à ça, non je crois être assez empathique par rapport à ces difficultés-là évidemment, j'essaye de les prévenir mais, heu, non la manière de l'aborder avec eux je ne pense pas que ça ait changé depuis.

AB – D'accord.

M1 – Sincèrement.

AB – Ok.

M1 – Pour moi c'est plutôt resté comme une porte vers laquelle je pourrais les orienter.

AB – Très bien.

M1 – Parce qu'on est quand même en secteur rural, il y a quand même peu de structure autour et le fait qu'il y ait des consultations à [nom de ville semi-rurale à proximité], voilà, pour moi c'est un plus. Parce qu'autrement on est obligé de les envoyer sur [nom de ville urbaine], et souvent « je n'ai pas de moyen de locomotion » enfin on entend tout ça.

AB – D'accord. Avez-vous noté un changement dans la qualité relationnelle avec vos patients ?

M1 – Non. Je ne peux pas dire ça.

AB – Ok. Et justement pour en revenir à ce que vous disiez tout à l'heure, j'ai mis cette question là : Que pensez-vous du fait d'aborder avec le patient un problème de santé cognitif, un « trouble cérébral », plutôt que la consommation d'alcool ?

M1 – Oui, alors, l'aborder plus sous cet aspect là ? ... c'est vrai qu'il faudrait peut-être que je leur propose de faire le test avant de leur parler qu'ils ont un problème d'alcool ... mouais pourquoi pas ... ce qu'il y a c'est que moi la plupart des patients que j'ai qui consomment de l'alcool, mis à part que j'ai quelques personnes plus âgées, mais se sont surtout des jeunes.

AB – Hm.

M1 – Et c'est compliqué de leur dire qu'ils ont déjà peut-être des troubles cognitifs liés à l'alcool. Parce que moi déjà je ne le perçois pas, donc je ne sais pas si je saurai l'aborder, franchement, surtout pour cette population là.

AB – Hm, hm.

M1 – Qui est plus m'a population à moi, mais bon j'ai quelques personnes âgées qui consomment de manière excessive, mais le dernier en date il consomme pas mal, il m'a dit que de toute façon il fallait bien mourir de quelque chose, et que bon comme il n'avait pas d'enfant il n'en avait rien à faire, que ce n'était pas grave, de toute façon il est du genre à faire aucun dépistage, même son dépistage du cancer colorectal il ne veut pas le faire, donc ouai c'est compliqué, mais bon faudrait peut-être que je lui propose quand même ... il faudrait presque pas que je dise que c'est un test de dépistage, peut-être il faudrait faire presque un genre de petit jeu pour voir où il en est de sa mémoire, je pense qu'il ne faut pas que je lui parle de test.

AB – Intéressant.

M1 – Non mais pourquoi pas, pourquoi pas, à réfléchir.

AB – Ok. Passons au dernier domaine concernant la motivation des médecins généralistes à dépister les TCLA. Quelle importance accordez-vous au dépistage des TCLA ?

M1 – Je pense que ça peut être important pour faire prendre conscience qu'il y a réellement un problème déjà. Et qu'un sevrage pourrait aider.

AB – Quelle confiance avez-vous en vos compétences pour réaliser ce dépistage ?

M1 – Bah normalement j'ai les outils là, ça devrait aller.

AB – A quel point êtes-vous prêtes à utiliser ce dépistage ?

M1 – Oui je suis prête, y a pas de souci. Mais je reconnais que faire adhérer déjà à un test de dépistage dit « je vais voir si votre mémoire, tout ça, commence déjà un petit peu à décliner », ouai il y a un petit frein chez moi ... j'ai du mal à aborder en premier cette problématique par « je vais voir si l'alcool commence à altérer votre cerveau » en gros ... mais peut-être qu'il faudrait ... Est-ce que tant que la personne n'a pas pris conscience qu'elle a un réel problème, j'ai tendance à ne pas lui faire le test ?! peut être que je devrais inverser la machine ... maintenant que vous m'en reparlez.

AB – Enfin, voyez-vous quelque chose à rajouter que nous n'aurions pas évoqué ?

M1 – Non... de mémoire dans la formation que l'on a reçue, le test de dépistage comment l'utiliser finement, bah globalement on peut dire que je ne sais pas vraiment quoi.

AB – Oui.

M1 – J'ai l'impression, que je ne suis pas encore ... voilà, je sais qu'il y a ces outils, mais comment l'amener finement et comment amener quelqu'un à prendre conscience qu'il commence à avoir des troubles cognitifs, ou pas, moi je pense que j'aurai besoin d'une petite pique de rappel par rapport à ça. Parce que nous globalement c'est surtout de ça dont on a besoin, je veux dire pouvoir dépister des gens et leur dire vous voyez ça commence à devenir ennuyeux votre problème. Et je reconnais que je n'ai pas le réflexe tant qu'ils n'ont pas réellement pris conscience qu'ils ont un vrai problème d'alcool. Mais j'ai probablement tort. Alors vous si vous voulez quand vous êtes au DIMA, c'est déjà des gens qui ont fait la moitié du chemin, puisqu'ils sont venus vers vous, même les trois quarts du chemin on peut dire puisqu'ils ont déjà pris conscience qu'ils ont un problème, accepté de faire la démarche d'aller dans une dynamique de soins pour envisager un sevrage. Donc c'est déjà beaucoup plus facile, nous on est là avec des outils que vous vous utiliser aussi, mais sans que les gens est fait ce parcours là.

AB – Exact.

M1 – Donc c'est cela mes difficultés.

AB – Merci beaucoup.

b. Participante M2

AB – Alors c'est parti, dans le premier domaine des connaissances reçues pendant la formation aux troubles cognitifs : cette formation vous a-t-elle apportée de nouvelles connaissances ?

M2 – Bah des nouvelles connaissances ... je ne dirai pas en termes de troubles cognitifs de manière générale, parce que finalement les symptômes j'ai le souvenir qu'ils étaient similaires aux troubles cognitifs de la personne âgée, plutôt une sensibilisation que ça arrive chez la personne alcoolique plus tôt qu'on pourrait le croire, bien avant la notion du Korsakoff ou ce genre de choses quoi. Donc le côté y penser plus tôt dans un contexte d'alcoolisation chronique, avec parfois l'altérations des fonctions, de la gestion chez soi, ce genre de choses, et aussi de ne pas tout mettre du côté « bah c'est parce qu'il est alcoolisé » c'est peut-être qu'il y a déjà des altérations sous-jacentes.

AB – D'accord. Quelles applications ont eu ces nouvelles connaissances dans votre pratique ?

M2 – Hmmm ...

AB – Est-ce que vous avez pu en tirer bénéfices ?

M2 – Je pense plus à un éveil de mon état d'alerte. Mais ... alors je suis d'installation récente donc je n'ai pas non plus un exercice pour faire un avant-après de grande comparaison, et comme je construis ma patientèle je n'ai pas beaucoup de patients dont j'ai la connaissance d'une alcoolisation chronique, mais de ce que je connais du coup je suis un peu plus vigilante, notamment la gestion du quotidien, ce genre de choses, et je dirai plus que ça n'a pas changé ma façon de repérer les choses mais plutôt ma façon de les percevoir dans le sens où voilà comme je le disais je ne mets pas ça que sur le compte de l'alcool, je me dis qu'il y a peut-être déjà des lésions avec un côté irréversible ou qu'il y a déjà du mal de fait quoi, je l'ai plus perçu comme ça. Je ne dirai pas un grand changement mais plutôt un changement de perceptions.

AB – Ok. Avez-vous d'éventuelles suggestions par rapport à cette formation dans le but de l'améliorer ? des choses que vous auriez aimé plus aborder durant celle-ci ?

M2 – En fait ce que j'ai bien aimé c'est surtout simplement d'avoir rencontré l'équipe, d'avoir pu mettre des visages, des noms, sur des ressources potentielles, souvent on sait ça existe mais c'est plus sympa pour faire du lien ville-hôpital, du lien premier recours-second recours, de rencontrer les gens ça peut aider concrètement. Donc par exemple voilà moi je ne connaissais pas le DIMA, et tout simplement maintenant j'ai connu le DIMA. Et après quand on a fait le détail du MoCA, c'était intéressant, mais en pratique je n'ai jamais fait de MoCA et je crois que pour être honnête je n'en ferai pas parce que en termes de temps et d'organisation je ne vois pas comment l'intégrer à ma pratique, par contre dans notre maison de santé on travaille avec notre infirmière ASALEE qui quand on se pose la question des troubles cognitifs chez la personne âgée c'est plus vers elle qu'on oriente, et limite avec elle nous en avons parlé il n'y a pas longtemps justement, elle disais « bah c'est pas que je ne veux pas le faire mais j'aimerais pratiquer un peu plus en doublon » du moins elle ne se sentait pas prête à faire des MoCA en solo juste avec cette formation. Voilà, donc moi je ne pense pas que ça va me changer, cependant peut-être que du fait de l'organisation de notre maison de santé, c'est plus limite notre infirmière ASALEE que ça a questionné sur sa pratique.

AB – Ok. Rien d'autre par rapport à la formation ?

M2 – Hmmm non sinon j’avais trouvé clair. C’était intéressant, il y avait des chiffres assez marquants sur l’importance du phénomène. Mais sinon en soi, le format de toute façon pour atteindre les professionnels, c’est vrai que souvent le soir ou entre midi et deux (rire) pour réussir à mobiliser les professionnels de santé. La durée il ne faut pas que ce soit trop long sinon les professionnels ne trouvent pas le temps. Sinon sur l’aspect powerpoint et échanges, c’est pas mal.

AB – D’accord, donc le format vous convenait bien.

M2 – Oui ça va, ouai ouai !

AB – Ok, passons au deuxième domaine, celui du dépistage. Alors vous en avez déjà parler un petit peu, nous allons reprendre cela en posant la question suivante : Avez-vous réalisé des tests MoCA depuis la formation ? Alors je reprends ce que vous m’avez dit que vous n’en aviez pas réalisé vous-même, mais que vous aviez demandé à votre infirmière ASALEE, n’empêche que voilà vous aviez fait la demande.

M2 – Oui ! oui ! par contre oui, c’est sûr que j’y ai pensé de dire « tiens ! peut-être pas un MMS mais un dépistage des troubles cognitifs du fait d’un contexte d’alcoolisation », mais du coup c’est là que nous en avons parlé et que l’infirmière ASALEE me disait « je ne me sent pas de le faire maintenant » donc plutôt une orientation directe auprès du DIMA.

AB – Une orientation directe, Ok. Quel bénéfice en avez-vous tiré ?

M2 – C’est-à-dire que je n’en ai pas eu l’occasion en fait, c’est plutôt une histoire d’occasion, je n’ai pas eu de patient, comme je disais j’ai une installation récente avec beaucoup de prises de contacts, alors soit ce sont des alcooliques que je ne sais pas, que je vais découvrir, soit je n’en ai pas encore beaucoup.

AB – Hm, hm.

M2 – Mais du coup je n’ai pas eu l’occasion, par contre je sais que ça existe, et j’ai des collègues qui m’ont dit que « bah tiens je vais le mettre dans ma liste de personnes ressources », en fait cette formation a plus permis une identification de la structure je dirai, plutôt finalement que le MoCA en lui-même.

AB – Oui, oui, bah c’est important. D’accord. Passons au domaine suivant, c’est pareil déjà pas mal d’éléments ici aussi que nous allons reprendre : la rencontre avec le DIMA a-t-elle changé vos stratégies de prise en charge des patients TUAL voir TCLA ?

M2 – Et bien peut-être je dirai que j’oriente plus tôt, je dirai dans ce sens-là, et plutôt dans une démarche de dépistage, j’avoue que je ne saisis pas à faire moi-même, mais plus tôt à repérer, et alors peut-être je suis en train de me redire, je n’ai pas saisi le DIMA direct mais par contre oui j’ai orienté vers l’infirmière de liaison, donc en fait c’est peut-être l’extension du DIMA, vers Mme *** qui était notre infirmière addicto.

AB – D’accord oui Valérie.

M2 – Oui voilà !

AB – Est-ce que vous avez eu un retour par rapport à ce patient-là ?

M2 – Et bien j’ai eu le retour que c’était un peu long, et que malheureusement pour des raisons propres au patient, en plus, il n’y ait pas allé derrière (raclement de gorge embarrassé) ... donc pas des retours concrets malheureusement.

AB – Oui c’est souvent le cas.

M2 – C’est ça ! problèmes d’addictions, je pense que je ne vous apprends rien.

AB – Ok. Quatrième domaine concernant la relation médecin-patient, les représentations que le médecin peut avoir par rapport à ce type de patient. Avez-vous ressenti un changement dans la manière de percevoir vos patients ? Avez-vous noté un changement dans la qualité relationnelle avec vos patients ?

M2 – Et bien oui en effet, le côté que les difficultés de gestion à la maison, administratives ou de son quotidien, des choses comme ça, je ne l’incrimine plus à « c’est parce qu’il est alcoolisé » mais peut-être qu’en fait il y a déjà des dégâts faits par cet alcool au point de vue cognitif, et donc peut-être de nuancer, d’être moins « sévère », même si je ne pense pas être comme cela mais ça nuance d’autant plus la façon de percevoir les choses en disant « bon bah il n’y a peut-être pas que l’alcoolisation sur le moment » et que le sevrage n’apportera pas un retour à l’état antérieur finalement aussi bien qu’on pourrait l’espérer à cause des lésions cognitives.

AB – D’accord, très intéressant, ok. Voyez-vous autre chose à rajouter ?

M2 – Hmmm par rapport aux troubles cognitifs non parce que, enfin si là j’ai un patient je suis en plein dans le dur ... si ça se trouve c’est du cognitif... j’ai pas pensé à ça vous voyez, j’en est un là qui est en plein dans le dur, une famille dépassée, il ne mange pas il se laisse aller, on a réussi à le faire hospitalisé dans une clinique, il en est ressortit il n’y a pas longtemps, alors est ce que c’est à sa demande ou contre avis médical ou est-ce que l’équipe a dit que c’était bon ... mais derrière j’ai le fils qui me rappelle en me disant « bah pfff ça n’a rien changé... » il ne se lave toujours pas et ne mange toujours pas, il y a pleins de cadavres de bières partout, (prend une grande inspiration) et je me demande « Qu’est-ce qu’on peut faire ?! Qu’est-ce qu’on peut faire ?! » ... et c’est vrai que je n’ai pas pensé ... est ce qu’il y a des troubles cognitifs derrière ? c’est possible mais ce n’est pas évident parce qu’il y a aussi une dépression aussi, donc j’ai ce patient-là qui me vient en tête.

AB – Il n’a pas un suivi particulier ?

M2 – Non parce qu’il est dans le refus ... il ne s’engage dans rien, une passivité des plus complète, avec un poids sur la famille ... je dérive un peu du coup alors je ne vais pas trop continuer, et je ne sais pas si cette formation si je voulais me projeter ... cette formation là en elle-même si elle va me faire changer ma façon de chercher des solutions pour ce patient ... parce qu’en fait le problème ce n’est pas une histoire d’adresser mais de refus du patient ... enfin je sais que vous existez mais avec ce patient je ne suis même pas sûr que ça m’aide. C’est le problème dans les addictions, le déni ou la volonté du patient et on ne peut pas faire contre son gré, en plus cette volonté peut être fluctuante, des fois ils veulent bien et puis des fois ils ne veulent plus, qui est propre à l’addiction ... c’est pas évident.

AB – Et alors j’ai une question aussi : Que pensez-vous du fait d’aborder avec les patients, un « problème de santé cognitive », un « trouble cérébral », plutôt que leurs consommations d’alcools ? pour au final essayer de le guider vers un suivi en addictologie ?

M2 – Je n’y ai pas pensé, oui de lui faire réaliser des difficultés et de lui faire comprendre que c’est peut-être des dégâts cognitifs déjà causés par l’alcool ... je n’y ai pas pensé, je ne trouve pas ça bête, ça dépend de forcément comment et le patient derrière mais ... peut-être qu’en effet si ... de toute façon dans les addictions il y a un côté de quel est le bénéfice qu’il a à continuer versus arrêter, et que de présenter la potentielle perte d’autonomie par atteinte cognitive et non pas seulement par conséquence sociale de son addiction et des comportements qu’il prend ... pourquoi pas ! ouai la réponse ce serait pourquoi pas. Bien sûr à adapter en fonction de comment on connaît son patient, mais pourquoi pas. Je n’y ai pas pensé et en effet cette question est intéressante.

AB – C’est pour ça que je l’ai mise, et oui ! (rire)

M2 – (petit rire)

AB – Ok. Enfin dernier domaine, par rapport à la motivation du médecin à dépister. Trois questions, la première est la suivante : Quelle importance, dans le sens quel intérêt, accordez-vous au dépistage des TCLA ?

M2 – Je dirai qu’avant, je vais être honnête je pense qu’elle était nulle de par mes connaissances, et je dirai que maintenant, je ne mets pas ça en première volonté de mes consultations mais si je vois un patient c’est au moins dans un coin de ma tête, donc je suis passé de *”zéro”* à *”je le sais”*.»

AB – Quelle confiance avez-vous en vos compétences pour réaliser ce dépistage ?

M2 – Je pense que je me sens compétente pour poser des questions comme ça, faire un MoCA je ne pense pas que ça soit un manque de compétence, c’est plutôt une notion de temporalité, d’organisation.

AB – oui ça rejoint ce que vous m’aviez expliqué au début. A quel point êtes-vous prêtes à utiliser ce dépistage ?

M2 – Pas à titre personnel, mais pourquoi pas si par exemple notre infirmière ASALEE souhaite saisir le sujet, l’accompagner pour créer un chaînon local, moi je repère le truc, j’oriente, et après je suis bien sûr.

c. Participant M3

AB – On commence ?

M3 – Oui, allons-y.

AB – Ok, donc première question dans le domaine des connaissances sur les TCLA, reçues pendant la formation ou autres, c’est un questionnaire assez ouvert de toute façon alors il ne faut pas hésiter : cette formation que vous avez reçue vous a-t-elle apportée de nouvelles connaissances ?

M3 – La formation du DIMA ?

AB – oui !

M3 – Ah oui ! oui, oui. Bah, justement la découverte du MoCA. C’est vrai que de l’avoir expliqué, la façon de faire, les petites astuces pour le faire, moi je l’avais vu sur papier le MoCA, je connaissais de nom mais je n’avais jamais pratiqué avant, et donc ça oui, cela m’a ouvert là-dessus. Et j’ai une infirmière ASALEE qui travaille avec moi, et on essaye de guider les patients pour le faire. Hm, ouai ouai.

AB – D’accord, autre chose ?

M3 – Bah après c'est vrai que les troubles cognitifs en addictologie, spécialement en alcoologie, c'est des choses qu'on nous dit, on sait, après est-ce qu'on ne le réalise pas vraiment ou est-ce qu'on tarde un peu aussi à le dépister ? et ça je pense que cette formation-là, je pense que ça m'a vraiment ouvert sur le fait qu'il faut quand même le dépister assez tôt ! aussi pour que le patient s'en rende compte, et ça je pense que tant que le médecin ne s'en rend pas compte (rire) alors il ne le propose pas au patient, et parfois on le fait dans une phase déjà assez tardive. C'est que les gens quand ils arrivent on le dépiste déjà à l'œil, mais le fait de le faire plus tôt dans l'histoire de la maladie, bah ça oui cette formation ça m'a révélé de dépister plus tôt, plus facilement et plus souvent aussi.

AB – D'accord ! Est-ce qu'il y a eu des applications par rapport à ces nouvelles connaissances dans votre pratique ? est-ce que vous avez pu en tirer un bénéfice ?

M3 – Pour l'instant je ne l'ai pas encore vraiment ... comme vous savez j'ai la chance d'avoir une infirmière ASALEE, donc je l'ai un peu plus sensibilisé là-dessus et je sensibilise un peu plus les patients pour aller la voir et le faire. Alors c'est vrai que moi je ne l'ai pas encore fait en consultation. Oui.

AB – D'accord. Est-ce que vous avez des suggestions par rapport à d'éventuelles améliorations ou des points que vous auriez aimé aborder lors de la formation ?

M3 – Bah la formation j'ai trouvé ça déjà très riche, sur pleins de connaissances, de nouvelles connaissances aussi parce que c'est des choses parfois qu'on sait mais qu'on ne sait pas comment en parler et comment essayer par des méthodes scientifiques sans trop heurter le patient, et ça je trouvais que c'était déjà assez riche là-dessus. Aussi, des connaissances sur le réseau, c'est vrai qu'ici dans le Loiret il y a un désert médical et le fait de savoir que des gens travaillent là-dessus, d'avoir des numéros à appeler, des mails à envoyer à des gens avec lesquels on pourrait travailler, avoir des avis pour des patients avec lesquels on est en difficulté, et bien ça, ça aide ! de se sentir moins seule là-dessus. Oui.

AB – Ok. On va passer au deuxième domaine, c'est vraiment le dépistage des TCLA, alors vous avez déjà un peu répondu mais je vais vous poser la question : avez-vous réalisé des tests MoCA depuis la formation ? comment ça s'est passé ? est-ce que vous avez eu des difficultés ? quels bénéfices en avez-vous tiré ?

M3 – Hm, hm, bah du coup je n'en ai pas réalisé encore, mais mon infirmière ASALEE en a fait une à un patient, mais pareil je pense que c'est une formation qui m'a vraiment mis une puce à l'oreille qu'il faut le faire plus tôt ! et c'est vrai que les patients quand ils ont déjà un foie ... des ASAT ALAT ... une cytolysse ... faire un MoCA je pense que c'est déjà ... bon ça lui fait réaliser ! mais surtout ce qui est pertinent c'est de le faire vraiment tôt dans la prise en charge, pour que vraiment le patient ne passe pas à cette étape-là, de cytolysse hépatique et tout ça. Le patient avec qui l'infirmière a fait le test, est déjà évolué dans la pathologie. Voilà, pas forcément que le but du sevrage mais le but de faire réaliser au patient que leur consommation joue déjà sur leur cognition. Parce que je trouve que le MoCA, il est déjà assez riche ! oui, oui.

AB – D'accord. Passons au troisième domaine sur les stratégies de prise en charge, le parcours de soin des patients : la rencontre avec le DIMA a-t-elle changé vos stratégies de prise en charge des patients TUAL/TCLA ?

M3 – Oui, je pense que j'essaie d'interroger les gens un peu plus ... bah par exemple, c'est tout bête ... les crises de goutte, à l'occasion des symptômes aigus, cela me permet de parler de leur consommation d'alcool, de faire déjà des scores avec les repères qu'on a, le DETA, les questionnaires un peu comme ça, pas le gros questionnaire AUDIT, mais les petites questions un peu pertinentes. Et bien ça permet de déjà dépister et après ça permettra de

voir s'ils ont en plus des troubles cognitifs là-dessus. Mais déjà le repérage sur certaines pathologies, peut-être qu'ils viennent pour autre chose, un traumatisme « comment ça s'est passé ? bah c'était à une soirée » voilà ça enchaîne là-dessus. Et puis surtout le fait d'avoir cette formation ça sensibilise. Aussi, parfois on ouvre une porte mais en médecine générale parfois on n'a pas envie d'ouvrir, on se dit « si j'ouvre cette porte, je vais découvrir ça ... c'est tellement gros ! qu'est-ce que j'en fait ?! » et le fait de savoir que le DIMA existe, ça me permet de me dire « ok ! ce patient là peut-être qu'il a envie de se prendre en charge et je sais qu'il y a mes confrères et consœurs qui sont là » où je pourrais, pas forcément le renvoyer, mais avoir un réseau et leur poser la question « comment vous auriez fait ? qu'est-ce que j'ai comme possibilités ? vers qui je peux l'orienter ? comment je peux l'aider d'avantage ? » et c'est surtout ça aussi je pense.

AB – Oui. Est-ce que vous voyez quelque chose à rajouter ?

M3 – Non.

AB – Très bien. Quatrième domaine en rapport avec la relation médecin-patient : Avez-vous ressenti un changement dans la manière de percevoir vos patients ? Avez-vous ressenti un changement dans la qualité relationnelle avec vos patients ?

M3 – hmm, bah là c'est vrai qu'avec le Covid, le confinement, les gens sont beaucoup dans les problèmes de dépression et tout ça ... je pose un peu plus la question sur la consommation d'alcool. Oui je trouve que j'arrive mieux à leur parler de l'alcool, leur consommation, et essayer de retrouver s'ils me disent « ah bah tiens en fait, oui c'est vrai que je consomme beaucoup ». Parce que parfois les patients ils rentrent de leur boulot, ils ont envie de prendre un verre, je recherche si ça devient quotidien, si ça devient une nécessité et j'ai remarqué qu'avec les circonstances sanitaires dans lesquelles on vit, les gens consomment un peu plus... que je n'avais pas remarqué avant, mais c'est vrai que si je ne posais pas la question et que moi-même je n'avais pas eu cette formation, je ne serais peut-être pas sensibilisé, je n'aurais peut-être pas posé la question et en posant plus les questions aux patients, je découvre qu'il y en a quand même beaucoup qui ont une consommation d'alcool excessive sans s'en rendre compte. Sans bien sûr que ça leur cause des troubles cognitifs ou des problèmes dans leur vie actuelle, mais il y en a pas mal qui disent « ah oui c'est vrai que c'est devenu tellement une habitude » qu'ils ont le besoin de prendre une pause et de boire, la bière, un verre de vin, un deuxième verre de vin, et voilà ... je pense que c'est ça qui m'a changé pour l'instant, c'est vrai que j'ai fait la formation il y a quelques mois, et ça m'a changé ça pour l'instant.

AB – D'accord. Que pensez-vous du fait d'aborder avec le patient, « un problème de santé cognitive » ou de « trouble cérébral », plutôt que la consommation d'alcool en soi, pour essayer justement de les orienter vers un suivi addicto ?

M3 – heuu, ça veut dire quoi ? je n'ai pas compris.

AB – C'est-à-dire, heuu ... c'est-à-dire, heuu, plutôt que ... Est-ce que quelque part le fait de dépister un TCLA et de faire comprendre ça au patient, est ce que ça ne serait pas quelque part une aide pour essayer de le faire entrer dans un suivi addicto parce que souvent ce n'est pas forcément évident quand on leur parle de leur consommation d'alcool ??

M3 – Ah bah oui ! oui, oui ! C'est clair parce que je pense que le test ça permet de mettre des chiffres aussi, de quantifier, de leur faire réaliser « ah bah oui en fait je n'arrive pas à faire ça ! ». C'est plus de leur faire réaliser et

après une fois qu'ils arrivent à se rendre compte que leur consommation devient vraiment pathologique et qu'ils ont des troubles, des conséquences là-dessus... oui ça sera plus facile de les diriger vers un addictologue, clairement ! Parce que leur dire « oui il faudrait que vous y alliez » « bah non ... ça va, moi tout va bien dans ma vie ». Et c'est vrai que ces troubles-là si on ne les pointe pas du doigt, ils se cachent derrière ça et d'aller chez l'addicto derrière, non ça ne serait pas possible. Si d'eux même ils ne voient pas de problème en soi, ils n'iront jamais. Voire même, dans les centres ... parce qu'en plus il faut que ça soit de la volonté des patients, ce n'est pas le médecin ... même si on rédige une lettre ou quoi que ce soit, le patient s'il ne veut pas, il ne veut pas.

AB – Tout à fait.

M3 – Donc ouai c'est de leur faire réaliser. Parce que même l'entourage peut leur dire quoi que ce soit, si d'eux même ... ils vont dire « bah non c'est moi, laisses moi tranquille » alors que s'ils se disent « ah bah mince j'ai vraiment des troubles cognitifs, si je continue dans ce sens je ne pourrais plus travailler » donc voilà ça les stimulent un peu plus. Hm !

AB – On va passer au dernier domaine, celui de la motivation des médecins généralistes à dépister les TCLA. Alors il y a trois questions, la première c'est la suivante : Quelle importance, quel intérêt, accordez-vous au dépistage des TCLA ?

M3 – Important, oui. Très important parce que l'alcool c'est un produit parfois à la vue de certains même bon pour la santé, certains me disent « c'est qu'un verre de vin c'est bon pour la santé » parfois c'est quelque chose d'assez festif, « si je vais à une fête je bois de l'alcool, si je bois pas il y en a qui pourrait mal le voir » « allez vas-y prend un verre ! vas-y ! » et puis parfois l'alcool n'est pas vu comme quelque chose de dangereux ... c'est ça aussi. Et jusqu'à quand il peut devenir dangereux ? chez certains patients ... et même par rapport au médecin ... ce seuil là est assez trouble, alors même s'il y a des scores en disant « voilà au-delà de tant de verres d'alcool c'est dangereux » mais tant que les gens ils tolèrent bien l'alcool, pour eux ça ne l'est pas. Si on ne sensibilise pas, si on ne dépiste pas, pour les patients ils peuvent continuer comme ça. Donc oui c'est très important ! c'est important de leur dire, même si c'est en soirée, même si c'est pour la fête, même si le vin c'est bon ... et bien non arrive à un moment où ça peut être mauvais. Donc oui c'est important de le faire. Après c'est aussi le temps qu'il faut avoir pour pouvoir le faire (rire), on a tellement de choses à se préoccuper que faire de la prévention maintenant ça devient un peu en second rang en médecine générale... mais non ! il faut essayer de retrouver ça, reprendre les reines sur la prévention et le dépistage et informer les patients, parce qu'après si on ne le fait pas, le temps passe et les gens vont dirent « ah bah on ne m'a jamais informé, on ne me l'a jamais dit, moi je me sens bien » et puis jusqu'au jour où ça ne se passe pas bien quoi. Donc c'est aussi ça, le manque de temps, c'est important de le faire et je pense que tous les médecins généralistes diront cela, on le sait, enfin moi je le sais que c'est important mais ... est ce que je le fais beaucoup ? assez ? Je ne me rends pas compte. Et puis parfois en consultation on se dit « bon allez ça m'a rattrapé mon retard ! je ne vais pas aller lui parler de l'alcool ! » vous voyez ? (rire)

AB – Oui je vois tout à fait ! (rire)

M3 – Typiquement, souvent, c'est les crises de goutte... ça rejoint souvent l'alcoologie pourtant mais parfois je leur fais juste le Colchimax et « basta » ça m'a rattrapé mon retard. Je ne parle pas d'alcool, je me dis « bon allez la prochaine fois » et c'est vrai que la prochaine fois on parle d'autres choses et au final ce n'est jamais abordé. Et je pense aussi qu'avec l'alcool il faut connaître le patient ... en jeune carrière, aller dire aux gens ... leur faire la morale ... chez les gens qui ont le double de notre âge, ce n'est pas évident aussi. Donc c'est pour ça que je trouve

que les tests, d'avoir des scores, « vous voyez il y a ça, vous dépassez, attention » ça permet d'introduire... et même si ça lance juste une perche, s'ils là saisissent, tant mieux, et s'ils ne la saisissent pas alors on a le temps de les revoir après pour en discuter. Donc voilà ! Désolé je déborde un peu la question.

AB – Ah non, non, c'est bien, au contraire. Je vais vous poser la deuxième question : Quelle confiance avez-vous en vos compétences pour réaliser ce dépistage ?

M3 – Alors je pense qu'il faut le faire, à force de le faire ça va rentrer dans une routine. Les compétences, j'essaie de le faire le plus souvent et à force de le faire je tournerais un peu mieux les phrases, le faire machinalement, on essaiera de voir aussi les capacités du patient, à force de le faire ... comme ça, ça rentre, dans une routine, parce que c'est comme de demander « vous fumez ? vous ne fumez pas ? nombre de paquet-années » c'est devenu une routine, c'est devenu facile je dirai ... alors que l'alcool, pas encore ! parce que l'alcool ça touche, ça heurte aussi un peu parfois ... donc je pense qu'il faut désacraliser ça et de poser la question « combien vous buvez ? » « ah comme tout le monde, pas grand-chose » « bah non combien ? dans la journée, dans la semaine » « bah je bois tant de verre » et puis on calcule avec eux « ah bah ouais tiens ça dépasse » « comment vous pouvez, quel verre vous pouvez éviter ? » des petites choses comme ça, voilà surtout désacraliser ça et avoir moins peur d'en parler. Parce que parfois on n'a pas envie d'en parler parce qu'on a trop la vision d'entre guillemets l'alcoolique. Alors qu'en fait non, l'alcool ça rentre dans la vie, c'est quelque chose qui aussi est festif, donc voilà il faut en parler librement comme quand on parle du tabac. Je pense que dans l'avenir à force de sensibiliser les gens et puis les jeunes médecins ... je ne sais pas si les « anciens » parlent plus, je n'en sais rien dans votre questionnaire là ? ...

AB – bah ... les « anciens » je les attends encore un peu là ... (rire)

M3 – Ah d'accord ! (rire) Moi je trouve que les jeunes médecins quand j'en parle avec d'autres, c'est plus libre ! je trouve ... je ne sais pas ...

AB – bah après c'est aussi par rapport aux formations, etc... on va en reparler après.

M3 – On n'est peut-être un peu plus sensibilisé dans nos études.

AB – hmmm , en l'occurrence vous oui je pense... Alors je ne débats pas trop parce que je ne dois pas induire les réponses ...

M3 – oui d'accord.

AB – Est-ce que vous aviez autre chose à rajouter en rapport avec la confiance en vos compétences pour réaliser ce dépistage ?

M3 – Non, voilà, je pense qu'il faut le faire plus souvent, moins avoir peur de le faire, moins avoir peur d'ouvrir une porte parce que même si le patient ne le dit pas tout de suite ou il se le cache un peu ... bah au moins quand il sait que le médecin peut parler ouvertement, alors peut-être que la prochaine fois il en parlera plus ouvertement. Je me dis ça.

AB – Ok. A quel point êtes-vous prête à utiliser ce dépistage ?

M3 – Ah oui je pense que je le ferais plus souvent. (rire) Parce qu'en plus là mon infirmière ASALEE elle m'a annoncée qu'elle va s'en aller dans un mois donc j'ai dit « ohla ! le truc que j'ai mis en place il va falloir que je le fasse ! » donc oui je vais le faire. Mais après pareil en le voyant faire dans la formation j'ai trouvé ça facile, mais

bon l'experte forcément elle est experte là-dessus donc ... mais voilà c'est aussi se dégager du temps de le faire. C'est ça le gros problème maintenant ! après ça ne m'a pas l'air non plus si compliqué, donc oui il faut le faire.

AB – Au moins il y a une cotation dessus déjà, mais effectivement le temps, bien sûr ! ...

M3 – Bah oui ...

AB – Une dernière question avant de passer aux caractéristiques démographiques : Voyez-vous quelque chose que nous n'aurions pas évoqué dont vous auriez envie de me parler ?

M3 – Hmm non, enfin si pleins de choses, enfin c'est que j'ai fait ma thèse en alcoologie aussi. C'est un sujet sur lequel j'ai travaillé pendant deux ans donc forcément je m'y suis beaucoup intéressé, j'avais aussi interrogé des médecins, j'avais eu leur retour d'expérience, ça m'a permis de confectionner mon expérience à moi pour quand je serai installée, donc maintenant je suis installée depuis presque cinq ans ... c'est un sujet qui je pense, malgré qu'en plus j'ai fait ma thèse dessus, je trouve que je ne suis pas encore tout à fait au point parce que il y a des fois où je me dis « pfff bon allez je leur en parlerai plus tard » et je n'en fais pas trop parce que je me rend compte aussi que c'est un sujet vraiment très compliqué à gérer, pour les patients parce que ça touche leur vie, ça touche leur passé, l'alcool quand ça devient un problème ou une pathologie, ça joue aussi sur toute leur vie en fait, parce qu'il y a des troubles psychiatriques aussi ailleurs, une gestion du passé qui n'est pas encore vraiment là, ça joue sur les problèmes de travail, de couple, de violence, d'autres addictions ... et du coup en fait, même si je suis assez sensible sur ce sujet, je suis heurtée à tous ces problèmes là que je n'arrive pas à gérer pour ce patient. Alors j'essaye, il y en a plusieurs que je suis et qui ont aussi un suivi en addictologie, qui vont dans les centres d'addictologie, voit aussi des psychiatres, et tout ça ... et que malgré ça ! ils ne sont pas sevrés, ils continuent ... c'est vrai que c'est un suivi de longue haleine, des patients qui nous mettent toujours en échec... et parfois on peut se fâcher contre eux ! en se disant « c'est bon il avait tout maintenant pour être heureux » ... j'ai un patient là, j'ai même suivi son fils qui a maintenant 5 ans, maintenant il est divorcé, son ex-femme est partie dans le sud loin de lui parce qu'il était très violent, alors qu'il avait tout pour être heureux, il avait un boulot, une maison, une famille, enfin voilà ... et je connaissais sa femme elle était toute gentille comme tout et elle a dû partir, et je me dis « mais ! pourquoi il en est arrivé jusque-là ?! » parfois on a envie de le secouer, on a envie de le rejeter même ! et on est heurté tout le temps à des échecs. J'en ai un chez qui ça se passe très bien il a tout un suivi d'addictologie, de psychiatrie, il est sevré depuis 2 ans, il a réussi à sauver son boulot, en plus il est manager, voilà il y a aussi des cas où ça se passe bien ... c'est rare ! Après il faut se dire « bon ben au moins on est encore là pour eux » pour leur soutien, on essaye qu'il ne sombre pas, il y en a chez qui ça finit par un cancer du poumon, voilà ... mais bon il faut se dire au moins si on arrive à améliorer la vie d'un ou deux dans une carrière, c'est déjà peut-être bien ! (rire), j'en suis déjà à cinq ans de carrière et j'en ai un ! c'est déjà pas mal je pense. Mais voilà c'est ça qui est compliqué, toujours en échec. Parfois on se dit qu'on n'a plus envie de le voir « pourquoi il vient nous voir ? pfff ... ce patient là je ne l'ai pas vu, il revient avec fractures de côtes parce qu'il est tombé dans les escaliers car il a trop bu » mais voilà il faut continuer. (rire) S'il nous a pas ... il a personne, et si on ne continue pas d'essayer, de modeler un petit suivi pour eux et d'éviter la catastrophe ... voilà, je pense que c'est ça qui est important au-delà d'un sevrage ou quoi ... je pense quand on n'arrive plus à aller vers un sevrage, bah au moins essayer de sauver les meubles je dirai ...

AB – De soutenir oui.

M3 – De les soutenir oui.

AB – Hm, Hm !

M3 – Hm !

AB – Ok. Autre chose ?

M3 – Non. (rire)

AB – Très bien (rire). Merci beaucoup.

d. Participant M4

AB – Est-ce que vous êtes prêt ?

M4 – Ouais.

AB – Donc, premier axe sur les connaissances en rapport avec les TCLA, de manière assez ouverte, et celles que vous avez reçues pendant la formation. La première question est la suivante : cette formation vous a-t-elle apporté de nouvelles connaissances ?

M4 – Oui ! vu que je n'en avais pas.

AB – Alors, lesquelles ?

M4 – Non, je n'avais pas conscience forcément de la nécessité de rechercher les TCLA.

AB – Hm, Hm, Oui.

M4 – Et de l'utilisation de la grille MoCA, où j'avoue que j'étais plus resté sur le MMS classique.

AB – Oui, donc quelque chose de plus spécifique par rapport au TCLA.

M4 – Mais que je n'avais pas forcément l'habitude de rechercher chez des patients alcooliques.

AB – D'accord. Est-ce qu'il y a eu des nouvelles applications pour vous avec ces nouvelles connaissances dans votre pratique ?

M4 – Pour l'instant je n'ai pas eu l'occasion, enfin je n'ai pas revu de patient qui rentrait dans le cadre mais si c'est à venir, effectivement j'essaierai quand même de leur passer le test pour voir déjà ce qu'il en est et de voir en fonction ce qu'il faut faire.

AB – D'accord. Est-ce que vous avez autre chose à rajouter par rapport à cela ?

M4 – Heu, non non ... j'avais trouvé cela bien. Instructif en tout cas.

AB – Est-ce que vous avez des suggestions par rapport à cette formation ? des choses que vous auriez aimé plus aborder ?

M4 – Non, non non ... c'était clair. Concis, pratique, donc ça allait.

AB – Ok. On va passer au deuxième domaine, celui du dépistage des TCLA : avez-vous réalisé des tests MoCA depuis la formation ?

M4 – Non.

AB – Je ne sais pas si vous avez une infirmière ASALEE peut-être ?

M4 – Alors si, on a un infirmier de pratique avancée, en fait. Et qui, lui, en fait pas mal. Enfin qui en faisait pour tous les troubles cognitifs quels qu’ils soient, liés ou pas liés à l’alcool. Et même chez les patients âgés, en fait, il fait plus des tests MoCA que des MMS.

AB – Il travaille avec vous cet infirmier ?

M4 – Oui, oui.

AB – heu, donc voilà « avez-vous réalisé des tests MoCA depuis la formation ? » ...

M4 – Moi, non.

AB – Vous non, mais lui il en fait ... à votre demande ?

M4 – Oui, il les fait à ma demande.

AB – D’accord !

M4 – Ben c’est-à-dire que là maintenant on est en train de mettre en place une organisation, parce que nous montons une MSP, en fait, ici. Où justement on sera trois médecins généralistes, un IPA, une infirmière ASALEE, et deux infirmières libérales. Et donc tous les troubles cognitifs j’ai plutôt tendance à lui envoyer, parce qu’il a plus de temps pour faire passer les tests.

AB – Donc depuis la formation vous lui en avez envoyé quand même ...

M4 – Bah heu oui oui, après moi je lui envoie des patients mais c’est vrai que c’est jusqu’à présent des patients âgés quoi en fait, pas forcément beaucoup de patients avec des problèmes à type d’alcool ou en tout cas pas forcément connus au départ... Après les patients alcooliques qu’on voit nous ils sont souvent plus jeunes, donc ils n’ont pas forcément encore atteint le stade de troubles cognitifs.

AB – (étonné)

M4 – (sourit et semble attendre une réponse)

AB – heuuu, alors ... c’est-à-dire que je ne veux pas induire de réponse aujourd’hui, mais on pourra en rediscuter après.

M4 – Mais peut-être que si on le cherchait plus chez des jeunes, on en trouverait plus déjà...

AB – Ok ... on va continuer. Par rapport aux stratégies de prise en charge, le parcours de soin des patients : la rencontre avec le DIMA a-t-elle changé vos stratégies de prise en charge des patients TUAL/TCLA ?

M4 – Bah. Comme je vous disais, pour l’instant j’ai un peu de mal à faire le ... le rapport... ou du moins la recherche des TCLAs chez les patients alcooliques jeunes, en fait. Ça je ne l’ai pas fait jusqu’à présent, mais au vu de ce que vous me dites là, peut-être qu’il faut que je le fasse plus ...

AB – Alors, moi je n’ai rien dit ! (rire embarrassé)

M4 – Ou peut-être que ... Ouais, après on va voir aussi ... parce que justement, après « on ne le fait pas, pourquoi ? » c’est parce que c’est une question de temps. C’est que si on veut faire des tests cognitifs il faut caler deux

consultations au lieu d'une, et que déjà on a du mal à caser les consultations simples alors les consultations complexes c'est encore plus difficile. Et peut-être que là les choses vont changer dans le sens où les patients qui ont des problèmes d'alcool et qui acceptent de nous rencontrer, ils vont pouvoir rencontrer soit notre IPA, soit notre infirmière ASALEE, qui je pense eux sont plus formés aussi, et feront peut-être plus de tests MoCA que nous jusqu'à présent.

AB – Bien. Ok. Donc la maison de santé, c'est en cours de ...

M4 – c'est dans quelques mois parce qu'on est depuis longtemps sur le projet. C'est l'immobilier qui coince. En fait, pour l'instant. Mais là on est déjà en maison de santé, déstructurée on va dire, elle existe déjà sur le papier, sauf que les infirmiers ils sont encore dans leurs anciens locaux.

AB – D'accord ... donc par rapport à votre prise en charge, est ce que cette formation a changé quelque chose à votre pratique ?

M4 – Ben je me pose plus de questions quand même.

AB – Oui. Ok. On va passer au quatrième domaine en rapport avec la relation médecin-patient, aussi les représentations que l'on peut avoir envers ce type de patients : Avez-vous ressenti un changement dans la manière de percevoir vos patients TUAL/TCLA ? Avez-vous ressenti un changement dans la qualité relationnelle avec vos patients ?

M4 – pfff ... dans la qualité relationnelle ... je ne suis pas sûr que cela ait changé énormément de choses, après c'est plus à se poser nous des questions, plus à se demander si effectivement leurs consommations d'alcool pourraient avoir une répercussion somatique autre, comme on a plus tendance à les rechercher... regarder le foie, les varices œsophagiennes ... Donc oui ça change quand même la vision des choses de ce côté-là.

AB – D'accord. Alors, que pensez-vous du fait d'aborder avec un patient, « un problème de santé cognitif », un « trouble cérébral », plutôt que la consommation d'alcool en soi, pour guider plus indirectement un patient vers un suivi en addictologie ?

M4 – heuu, alors il y a plusieurs réponses ... alors déjà, arriver à discuter avec les patients qui en général le nient en grande partie, le problème d'alcool, ce n'est déjà pas simple ... et en plus rajouter par là- dessus le fait de parler avec eux que ça peut entraîner des soucis cognitifs, que c'est une chose qu'il faudrait explorer en plus pour bien les prendre en charge ... c'est pareil c'est un deuxième palier de complication pour moi. Et c'est vrai que c'est comme tout, le problème c'est que ça prend du temps, déjà quand on a un patient qui ne veut pas trop parler des problèmes d'alcool, déjà d'arriver à l'amener sur ce terrain-là, et arriver à essayer de comprendre pourquoi il est comme ça, ce qu'on peut essayer de faire pour l'aider, et sachant que le problème des consultations que l'on a en libéral c'est le temps, rajouter le problème cognitif en plus ça recomplique les consultations en plus quoi. Après peut-être plutôt à évoquer au fur et à mesure des consultations. Mais c'est vrai que ça ne vient pas au premier abord tout de suite, je dirai. Mais voilà peut-être qu'avec le fait de notre nouvelle organisation, peut-être que ça va aider de le prendre en charge plus tôt que ce qu'on aurait pu le faire nous tout seul, je pense, parce qu'eux ils sont moins limités dans le temps puisqu'ils sont payés au forfait, ce n'est pas les mêmes types de paiements, en fait, donc ils ont des consultations plus longues avec les patients.

AB – Tout à fait. Les infirmiers ils peuvent prendre plus de temps, oui. Autre chose à dire par rapport à cela ?

M4 – Bah non.

AB – D'accord. Alors enfin dernier domaine au niveau de la motivation du médecin généraliste à dépister les TCLA. Donc il y a trois questions, et en fait la première c'est la suivante : Quelle importance, quel intérêt, accordez-vous au dépistage des TCLA ?

M4 – Bah jusqu'à présent je n'en accordais pas vraiment d'importance, et justement depuis la formation j'essaie plus d'y penser, soit pour des patients où il y a des problèmes d'alcool et chez qui je suspectais des problèmes cognitifs, soit chez des patients plus âgés qui ont des problèmes cognitifs où je suspectais un peu des problèmes d'alcool, où je me dis peut-être que tout est lié finalement.

AB – Ok. Quelle confiance avez-vous en vos compétences pour réaliser ce dépistage, ou de le faire réaliser ?

M4 – Mes compétences dans ce domaine sont assez limitées, mais heuu ... mais ce n'est pas pour ça que je ne suis pas prêt à le faire, en tout cas il n'y a pas de souci. Et si je ne me sens pas trop de le faire, et bien du coup je sais que maintenant je peux déléguer, pour que ce soit fait par d'autres qui sont un peu plus au fait, un peu plus habitués à utiliser l'échelle, et qui ont plus de temps pour le faire.

AB – Donc c'était un peu ma question suivante : A quel point êtes-vous prêt à utiliser ce dépistage ?

M4 – Bah heu si si ! moi je suis prêt à le faire. Mais je pense que dans notre nouvelle organisation ça va plus être de déléguer pour que ce soit fait par ceux qui peuvent le faire. En fait avec cette future organisation, je pense que nous en tant que médecin généraliste nous ferons de moins en moins de dépistage, de prévention, et de plus en plus d'aigu et d'interventionnel sur des pathologies aiguës. Ce qui est la demande générale pour pouvoir prendre en charge plus de patients puisque quand on sait le nombre de patients qui sont sans médecin traitant, va falloir qu'on trouve des solutions où on va avoir des morts sur les trottoirs.

AB – Dernière question : Voyez-vous quelque chose à rajouter que nous n'aurions pas évoqué durant cet entretien dont vous auriez envie de me parler ?

M4 – Non, pas particulièrement.

AB – D'accord ! Je vous remercie déjà.

M4 – Je ne sais pas si j'ai bien répondu mais bon ...

AB – Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse de toute manière, il s'agit d'explorer le sujet, essayer d'avancer, également d'aider l'équipe DIMA que je connais bien ... et puis aussi de faire ma thèse ! c'est le principal en fait ! (rire)

M4 – (sourire) Bien, oui c'est deux bonnes raisons !

e. Participant M5

AB – Est-ce que vous êtes prêt ?

M5 – Oui.

AB – Ok, alors première question dans ce domaine des connaissances sur les TCLA, par rapport à cette formation que vous avez reçu : cette formation vous a-t-elle apportée de nouvelles connaissances ?

M5 – Heu, oui.

AB – Alors oui, lesquelles ?

M5 – Alors ... je n'ai pas révisé (rire).

AB – il n'y avait pas besoin de réviser spécialement.

M5 – Sur l'existence de la structure, déjà.

AB – Oui.

M5 – Et puis c'est une chose sur laquelle je n'avais pas forcément ... où je n'étais pas forcément très attentif sur le dépistage des TCLA. Donc déjà sur ces 2 choses-là. Voilà quoi, savoir un petit peu ce qu'il en était, qu'il peut y avoir effectivement des troubles cognitifs possibles avec l'alcool.

AB – D'accord. Quelles applications ont eu ces nouvelles connaissances dans votre pratique ?

M5 – Heuuu ... bah ... pas forcément énormément, à part y être un petit peu plus vigilant, je n'ai pas eu de situation qui me paraissait rentrer dans le cadre des troubles cognitifs importants depuis la formation. Donc, voilà, je n'ai pas mis encore énormément en pratique (rire) les connaissances.

AB – D'accord. Ok. Est-ce que vous avez des éventuelles suggestions sur des choses que vous auriez voulu aborder plus particulièrement pendant cette formation ou des futures formations ?

M5 – Non, non, pas spécialement.

AB – Non, ok. D'accord, on va passer au domaine du dépistage des TCLA : avez-vous réaliser des tests MoCA depuis la formation ?

M5 – Non, non.

AB – Est-ce que vous en avait fait réaliser, éventuellement ?

M5 – Non plus.

AB – D'accord. Eh bien ce n'est pas grave... heuuuu... Qu'est-ce qui vous a posé problème par rapport à ce dépistage pour pouvoir réaliser les test MoCA ?

M5 – Rien de particulier, peut-être de ne pas avoir revu la formation et de l'avoir suffisamment approfondie.

// Il raconte par la suite lors du questionnaire sur les caractéristiques démographiques :

M5 - un patient à qui j'en ai parlé, mais je n'ai pas la suite, donc à voir. Il s'agit d'un patient jeune qui a des problèmes d'addiction importants à l'alcool, qui est sur [nom de ville] mais qui vient me voir moi, et on a eu des difficultés à trouver des structures pour la prise en charge, et puis il y a sûrement une réticence à la prise en charge aussi, voilà. C'était il y a 2-3 mois, en général il se calme et puis après il repart en ville et revient me voir. Je ne sais pas s'il a vu le DIMA.

AB – Ok, d'accord. Passons au troisième domaine concernant les stratégies de prise en charge des patients TUAL/TCLA, la question est la suivante : la rencontre avec le DIMA a-t-elle changé vos stratégies de prise en charge de ces patients ?

M5 – Pour le moment non, je sais qu'il y a des possibilités mais je n'ai pas eu l'occasion comme je le disais, de les mettre en œuvre...

AB – Ok, oui, peut-être que pour le coup j'arrive un peu tôt aujourd'hui ?!

M5 – Hmm peut-être ! mais ... (rire) peut-être que c'est bien parce que ça va me faire dire qu'il faut que je revoie la formation et puis que je (rire).

AB – Vous verrez comme vous pourrez ... mais ok d'accord... alors, donc vous ... alors, normalement on en parle après mais là on va en parler maintenant.

M5 – Oui.

AB – Non parce que, avez-vous des patients qui ont des troubles addictifs ?

M5 – Ah oui ça oui !

AB – et donc pour le moment ... vous n'avez pas jugé utile que c'était le moment de faire un dépistage alors ?

M5 – Heu, non, je n'ai pas pris le temps, j'ai déjà beaucoup de choses à faire, voilà. On est beaucoup coincé par le temps aussi.

AB – oui, bien sûr, oui.

M5 – C'est difficile de penser à tout et de faire tout ce qu'il serait bien de faire.

AB – Tout à fait. Donc pour l'instant pas de test MoCA, mais vous avez quand même des patients qui ... on en reparlera à la fin en fait.

M5 – hm, hm.

AB – On va passer au quatrième domaine, relation médecin-patient... cela risque d'être un peu pareil mais je vais vous poser les questions quand même : Avez-vous ressenti un changement dans la manière de percevoir vos patients TUAL/TCLA ?

M5 – heuuu, non.

AB – Dans ceux que vous avez revu, vu que vous en avez quand même des patients ... donc ça pour vous au niveau de la relation médecin-patient, cela n'a rien changé de particulier ?

M5 – Non pour le moment, non.

AB – D'accord. Alors je vais vous poser une question en plus : Que pensez-vous du fait d'aborder avec le patient, « un problème cérébral, un problème de santé cognitive », plutôt que d'aborder la consommation d'alcool, pour essayer au final de le guider vers un suivi en addictologie ?

M5 – Oui, c'est bien !

AB – Avez-vous autre chose à rajouter ?

M5 – Heu, non, il faudrait que j’y pense, d’explorer les choses sous cet angle-là, cela me paraît être une idée intéressante. Tout à fait.

AB – D’accord.

M5 – Et j’aurais dû le faire !

AB – Hmm, il n’y a pas de ... voilà, ce n’est pas ... un devoir, c’est ... ce n’est pas une évaluation notée, en fait, il n’y a pas de bonne ou de mauvaise réponse.

M5 – Non, non, mais je dis ça pour moi (rire).

AB – Ok, et bien justement nous allons arriver là-dessus, dans le dernier domaine, celui de la motivation du médecin généraliste à dépister. Donc, trois questions, et voilà ! première question : Quelle importance, quel intérêt, accordez-vous au dépistage des TCLA ?

M5 – Je pense comme je vous le disais tout à l’heure, c’est une approche qui peut être intéressante voir motivante pour certains patients, oui.

AB – Oui ! Quelle confiance avez-vous en vos compétences pour réaliser ce dépistage ?

M5 – Heuu ... il faudrait que je commence pour ... ou peut-être que je n’avais pas suffisamment de confiance. Voilà, il faut s’y mettre. Et puis effectivement j’ai d’autres habitudes, je n’ai pas intégré dans ma manière de faire.

AB – A quel point êtes-vous prêt à utiliser ce dépistage ?

M5 – Je pense que je suis prêt, il faut juste s’y mettre, voilà.

AB – D’accord. Dernière question, très ouverte : Voyez-vous quelque chose que nous n’aurions pas évoqué dont vous auriez envie de me parler ?

M5 – non ... non, rien de plus que ce qu’on a déjà dit.

AB – D’accord. Eh bah super. Je vous remercie déjà.

M5 – (rire) je ne sais pas si j’ai été très informatif ...

AB – Merci beaucoup. Si, si ça va l’être, bien entendu.

f. Participant M6

// La participante commence à décrire des éléments intéressants lors du questionnaire sur les caractéristiques démographiques, elle raconte :

M6 – Formation hyper importante, très intéressante qui m’a ouvert les yeux, et c’est pour ça que j’ai eu envie de répondre et de vous le dire. Car je n’avais pas ces connaissances sur les troubles cognitifs, je ne connaissais que les gros tableaux types encéphalopathies, j’avais tout de même une conscience clinique qu’il existait des troubles cognitifs avant ça, mais je n’avais pas identifié que c’était quelque chose de connu, que c’était à rechercher, et puis surtout un truc à prendre en compte quoi. Parce que ça explique plein de dysfonctionnements, je me rappelle hein la sous-estimation du problème, la surestimation des capacités à faire face, enfin tout ça ! Non, non, ça m’a

vraiment ouvert les yeux sur un truc que je percevais vaguement mais que je n'analysais pas aussi bien, bien entendu, en tout cas je me rappelle précisément de cela quoi. Bon après il y a peut-être des tas d'autres informations dont je ne me rappelle plus, évidemment mais ...voilà.

// Ensuite l'entretien à proprement parler débute :

AB – Racontez moi ce que vous avez tiré de tout ça ... après avoir rencontré le DIMA, la formation que vous avez reçue ... quelles étaient vos intérêts à faire cela ? Avez-vous pu vous servir des consultations mises en place à proximité par les IDE d'addictologie du DIMA ? Qu'est-ce que tout cela vous apporté ? avez-vous retrouvé des applications en pratique ? Racontez-moi.

M6 – Hm, Hm ! et bien je vais un peu redire ce que j'ai dit tout à l'heure, c'est-à-dire que pour moi cela a été effectivement un moment ... que ça a été une formation qui m'a énormément intéressée, en particulier parce que ça m'a fait mettre un nom et analyser des situations que j'observais mais que je ne savais pas vraiment interpréter quoi. Voilà. En plus de ça, cela m'a permis de comprendre que dans certaines situations de patients il ne fallait pas ... comme par exemple des rendez-vous loupés ou des machins comme ça, il fallait surtout comprendre que c'était sans doute en lien avec leur pathologie cognitive et qu'il ne fallait pas s'agacer en se disant « oui c'est un gars qui est incapable d'aller à ses rendez-vous ! » enfin etc...quoi, voilà. Alors déjà ça et après ... hm, hm, hm ...

AB – Par rapport aux consultations aussi peut-être ?

M6 – Alors les consultations ... bah à la maison de santé on avait déjà la consultation d'addictologie une fois par semaine de Mme ***, qui elle fait partie de l'équipe DIMA. Après cela m'a intéressé de rencontrer le médecin qui était là ... je ne sais plus son nom à cette dame médecin, une ancienne généraliste qui a fait psychiatrie-addictologie ensuite ... Dr. B. ... heu, oui c'est ça. Ça m'a super intéressée parce que (joviale) elle était vraiment assez franche et assez cash, donc ça parlait vraiment droit au cœur. Et la psychologue alors aussi c'était vraiment très très intéressant, après on a essayé d'utiliser un peu ... enfin ce ne sont pas les médecins chez nous qui réalisons les tests cognitifs, c'est plutôt l'infirmière ASALEE et l'infirmière IPA, et du coup elles ont commencé à utiliser le test MoCA qu'elle nous avait présenté. Voilà, qu'est-ce que ... après, bah oui j'ai eu des contacts un peu avec la psychologue ... dont je ne me rappelle plus le nom ...

AB – Madame G.

M6 – D'accord. Et puis un peu avec Mme ***, l'IDE du DIMA. Enfin voilà quoi ça n'a pas été ... mais disons que nous dans notre fonctionnement ... on fait un peu ... je ne sais pas si je fais beaucoup le dépistage précoce là, le repérage systématique ... mais ... je compte un peu sur les affichages que l'on a au cabinet, et j'ai remarqué que parfois il y a des patients qui ont commencé des suivis avec Mme *** sans me le demander, ils ont vu le truc et ils ont commencé. Voilà, après ...

AB – D'accord, et vous de cela vous en pensez quoi ?

M6 – Ah bah moi je pense que c'est très bien hein ! C'est très bien qu'il y ait différentes voies d'accès à quelque chose, parce que si on voulait que ça soit uniquement fléché généraliste, et bien se serait forcément pénalisé par les oublis, le manque de temps, etc. quoi, bon après on peut se dire aussi à l'inverse que si c'est affiché je vais moins penser à en parler, c'est possible, mais heu... C'est bien que les gens aient une autonomie de décision, ça reflète la motivation aussi. Mais bon donc voilà moi c'est surtout ça, le grand intérêt c'était de mettre des noms sur des situations que j'observais et que je ne savais pas ... par exemple je me souviens d'un patient qui avait une

consommation d'alcool régulière importante et qui s'est trouvé dans une situation de pathologie grave cardiovasculaire, d'artérite très avancée, oblitérante, qui lui a fait un électrochoc et il a arrêté le tabac et l'alcool. Et avant ça, avant qu'il arrête je trouvais qu'il avait vraiment complètement un cerveau visqueux quoi, on disait un truc mais ce n'était pas imprimé, il était toujours en train de dire « tout va bien » enfin bon un peu ce profil... et puis assez rapidement après l'arrêt de l'alcool, il est devenu complètement vif, présent dans les échanges, adapté. Wooah j'étais absolument stupéfaite ! Et après quand j'ai eu la formation j'ai compris que c'était ça, qu'il avait certainement des troubles cognitifs débutants mais qui avaient régressé avec l'arrêt de l'alcool. Donc voilà c'est vraiment ça qui m'a intéressé la dedans, bon après également de savoir qu'il y a une équipe, de pouvoir faire appel à eux... mais franchement ça m'a plus intéressé pour ma pratique (rire)... je trouve que je ne suis pas très bonne dans le suivi, dans les propositions de soins aux personnes qui ont un problème avec l'alcool... je pense que je n'étais pas... je pense que ... c'était ma dernière année aussi... je pense que ça fait longtemps que je suis un peu découragée aussi et un petit peu désabusée de mon activité, mais bon pas toujours, de temps en temps il y a quelque chose, une situation, une relation où je vais un peu plus me motiver mais des fois heuuu j'me motive pas quoi. Et ce n'est pas la formation qui m'a considérablement changé. Mais bon voilà ça m'a fait avoir une meilleure relation avec beaucoup de patients.

AB – Oui justement c'est ce que je voulais vous demandez par rapport à la relation, les représentations que vous aviez, donc vous m'en avez parlé un peu mais dites-moi ...

M6 – Non, non, mais ça m'a vraiment amélioré ma relation avec les patients.

AB – D'accord.

M6 – Parce que ça m'a permis de comprendre qu'entre guillemets ce n'était pas quelqu'un qui ne voulait pas comprendre, qui ne voulait pas écouter, ou qui s'en foutait des rendez-vous, ou qui en avait rien à cirer de rien. Heuuu, non ! c'est quelqu'un de malade ... et je sais que le problème de l'alcool c'est une maladie, ça je l'ai intégré il y a un moment. Maiiiiis voilà ce truc là précisément, j'avais certainement une représentation complètement faussée... un peu... un petit peu genre « c'est un emmerdeur », la spécialité du gars qui loupe toujours un rendez-vous faut dire que c'est un peu ... ça fait une certaine violence quoi dans les cabinets. Mais bon, ce n'est pas le seul problème que l'on a avec les patients alcooliques qui ont un trouble cognitif... Enfin bon voilà, ça m'a fait avoir une meilleure relation.

AB – D'accord, et bien c'est super et je vous comprends. Effectivement c'était un domaine que je voulais aborder avec vous. Il y avait ça et ... est ce que vous voulez me dire autre chose par rapport à cela ?

M6 – Heu non je ne crois pas.

AB – Ok. Je vais juste revenir un petit peu sur... donc vous par rapport au dépistage, vous aviez eu la formation pour faire le test MoCA ... et en gros ma question c'est : est-ce que vous aviez confiance en vos compétences ? est-ce que vous étiez prêtes à utiliser ce dépistage ? si jamais vous n'aviez pas délégué.

M6 – Oui, oui, c'est un test que j'avais déjà repéré, parce qu'à un moment où je me suis plus intéressée aux troubles cognitifs, où j'étais devenu médecin coordonnateur dans un centre d'accueil de jour pour des patients avec des maladies cognitives, du coup j'avais un peu potassé ces trucs là et j'avais vu le test MoCA canadien qui m'intéressait plus que le MMS. Mais heu ... finalement la problématique de faire un ... ouais la problématique c'est de décider de dégager du temps quoi ... pour faire une consultation dédiée.

AB – Oui.

M6 – Voila. Mais heu oui sinon « est-ce que j'ai confiance en mes compétences ? » Bah je pense que c'est toujours pareil, au début quand on le fait ce n'est pas top et puis quand on l'a fait cinq fois, on commence à être au point quoi. Ce n'est sûrement pas trop sorcier non plus. En même temps je ne pourrais pas le faire demain là, il faudrait que je reprenne tous les papiers et tout ça.

AB – Je comprends, je comprends. C'est en le faisant effectivement que ça vient avec l'habitude aussi et que ça ancre un petit peu dans la pratique finalement.

M6 – hm, hm.

AB – Hmmm Ok ! Heuuu (tscht, tscht, tscht ! réfléchit) Alors c'est vrai qu'on a dit pas mal de choses déjà... Est-ce qu'il y avait des ... (hem, hem ! raclement de gorge) ... Par où je reprends là ?... Concernant le domaine des connaissances, vous m'en avez déjà parlé de toute façon... Cette formation vous a-t-elle apporté de nouvelles connaissances ? Quelles applications avez-vous pu en tirer ? Avez-vous autre chose à me dire par rapport à cela ?

M6 – J'ai trouvé aussi vachement bien le fait d'être ... alors je ne sais plus comment ça s'est passé pour que la formation soit organisé ... enfin ce que je trouvais bien c'était d'avoir une équipe qui vienne nous voir, qui se présente. Je ne sais plus combien on étaient, si on étaient très représentatifs de la maison de santé, mais ... je trouvais que cela était vachement bien, qu'elles viennent nous voir, enfin je veux dire il y a plein de trucs, c'est-à-dire qu'elles viennent au moment où nous on est disponibles, c'est-à-dire toujours le soir quoi, parce que à midi c'est possible aussi mais il y a moins de temps, c'est moins détendu, et puis heuuu... « à domicile » quoi, ça c'est prodigieux pour des gens qui ont un emploi du temps assez tendu, c'est vachement bien.

AB – Ok.

M6 – La forme je veux dire, pas seulement le fond mais la forme aussi.

AB – D'accord. Et donc pour le dépistage, vous-même n'avez pas réalisé de test MoCA vous m'avez dit, mais vous en avez fait réaliser ? vous avez demandé ...

M6 – Mouiii, oui mais alors là par contre je ne m'en rappelle pas hein !

AB – D'accord ... vous m'avez parlé de 4-5 patients ...

M6 – Oui peut-être ça ouais, je ne me souviens pas trop trop ...

AB – Vous aviez demandé à l'infirmière ASALEE, vous m'avez parlé, l'infirmière IPA ...

M6 – Ouais ...

AB – Ou vous aviez demandé directement au DIMA aussi ?

M6 – Alors je sais que j'ai des patients qui ont été suivis et qui ont été pris en charge par le DIMA. En particulier je me rappelle de deux ... mais je crois qu'ils y en a eu quelques-uns qui ont fait ces tests là à la maison de santé.

AB – Pouvez-vous me raconter un peu pour ces patients là ? ... Vous rappelez vous pour ces patients ce qui vous a amené à demander un avis spécialisé ?

M6 – heuuu, alors ! ... il y avait une dame bipolaire qui se plaignait de troubles de mémoire, je l'avais envoyé au CMP pour faire un ... alors comment ça s'est passé déjà... non elle avait déjà fait un bilan standard à la maison de santé, ensuite le CMP qui la suivait l'a adressé au DIMA et en fait c'est là que je me suis rendu compte qu'il y avait un problème d'alcool, moi je ne m'en étais pas rendu compte, elle ne m'en avait pas parlé... oui c'est ça, vu que les tests à la maison de santé n'étaient pas très faciles à interpréter, on s'est dit qu'il faudrait mieux qu'elle refasse un bilan avec la neuropsychologue. Après j'avais une autre patiente également bipolaire, mais elle avec une consommation d'alcool régulière, assez difficile de savoir si ça posait problème ou pas mais en tout cas qui avait posé problème à une certaine période, et ... et elle était tout à fait d'accord pour aller direct sur le DIMA. Après ça a été hyper compliqué pour ... je ne sais même pas d'ailleurs si ça a été réussi... parce qu'elle loupait tous les rendez-vous avec eux quoi. Elle en loupait déjà pas mal avec moi, mais avec eux elle les loupait tous. Alors après je ne sais pas où ça en est parce que ça c'est des nouvelles que j'avais eues en janvier et tout ... donc peut-être que ça s'est modifié ... heuu... je n'ai pas d'autre histoire précise en tête ...

AB – Hm, Hm.

M6 – Je cherche un peu ...

AB – Oui et donc vous n'avez pas eu de retours de ces patients, savoir ce qu'ils ont pu en tirer de tout cela ? et vous ce que ça a pu vous apporter aussi ?

M6 – Alors la dame qui loupait les rdvs, elle je n'ai pas de retour. L'autre patiente je pense que c'était assez positif pour elle, mais moi je n'ai pas pu en reparler avec elle parce qu'en fait ça s'est passé l'an dernier et après toutes les fois où elle est venue, donc c'est une dame qui était suivie par le psychiatre du CMP et ensuite par le DIMA, mais en tout cas après ça quand elle est revenue à la maison de santé pour des problèmes physiques ponctuels, elle avait surtout vu les internes... je ne l'ai pas beaucoup revu ensuite, je ne peux pas en dire beaucoup plus. Autant je peux dire des trucs sur d'autres de mes patients qui sont suivis par Mme ***, où là par contre on en parle régulièrement, que je connais bien, mais qui ne sont pas passés par la case neuropsychologue et tout ça quoi ... ces gens qui sont allés voir Mme *** à la maison de santé, soit par moi, soit par d'autres manières. Ça ! Si quand même ça ! au moins c'est un truc que j'ai fait, j'ai souvent donné ses coordonnées, en parlant d'addiction quoi, que ce soit l'alcool ou d'autres types d'addictions.

AB – Oui et puis Mme *** elle travaille au DIMA.

M6 – Oui donc c'est ça, c'est ... mais pour moi ce n'était pas la... je l'ai connu avant que le DIMA soit créé donc ...

AB – Oui, oui, Ok. Après concernant les stratégies de prise en charge, heu oui ... donc voilà : Est-ce que la rencontre avec le DIMA a changé vos stratégies de prise en charge ?

M6 – Oui, oui, je pense que oui...

AB – Et au niveau de là ...oui vous vous étiez déjà en relation avec Mme *** avant, et après il y a eu le DIMA qui s'est créé ...vous vous travailliez déjà avec le DIMA en quelque sorte ... même avant que ce soit créé ! (Rire un peu embarrassé).

M6 – Mouais... Mouais !

AB – Concernant la relation vous m’en avez déjà bien parlé, je vais simplement vous poser une question en plus : Que pensez-vous d’aborder avec le patient un problème de « santé cognitive », « un trouble cérébral », plutôt que la consommation d’alcool en soi pour essayer de le guider vers un suivi en addictologie ?

M6 – oui, oui, je comprends. Mais je ne sais pas si c’est ... ben en fait ... je trouve que ... enfin ... en général les patients... souvent, pas tout le temps, mais souvent quand même, il y a un déni de la situation et même donc un déni du problème cognitif. Je pense là à un patient, je ne sais pas si il a arrêté de boire lui aussi ... un patient pas vieux, avec une consommation importante et... pffff ! c’était impossible quoi ! impossible de parler... et lui il a un peu de trouble cognitif aussi que je n’ai pas réussi à lui faire évaluer... après il a fait un AVC, il a été sauvé enfin il a été thrombolysé juste à temps... et je me demande si après ça il n’aurait pas eu un petit « électrochoc » aussi et qu’il a arrêté sa consommation ... après il a dû l’arrêter à l’hôpital, mais il y a vraiment un déni tellement important que je trouve que c’est ... j’sais pas ouai ... non j’ai pas pensé à utiliser cette stratégie, peut-être que ça pourrait marcher mais ... pas pensé !

AB – D’accord. Est-ce que le fait de faire le dépistage des TCLA peut aider à faire prendre conscience au patient sa maladie ? Qu’en pensez-vous ?

M6 – Pourquoi-pas ! de toute façon tous les trucs auxquels on pense on peut essayer. Ce n’est pas méchant. C’est vraiment essayer de trouver une petite porte d’entrée, pour parler au patient, pour parler à son cerveau... ouais, heu, non, non, ouais, pourquoi pas... de dire « oui en fait moi j’ai l’impression, vous ne vous en rendez peut-être pas compte, mais j’ai vraiment l’impression que votre cerveau il ne marche pas aussi bien qu’il le pourrait » on pourrait essayer de faire un bilan là-dessus et puis après amener l’alcool comme facteur toxique. Oui ça serait intéressant !

AB – Oui, parce que justement j’ai des médecins aussi qui m’ont parlé de ça, ils avaient des difficultés à aborder le sujet de dépister les troubles cognitifs « comment on fait pour amener ce sujet au patient dans la conversation ? » c’était un peu le problème aussi. Et vous vous en pensez quoi de cela ? Est-ce que c’est difficile pour vous d’aborder ce sujet là avec le patient ? comment vous pouvez aborder cela avec le patient ?

M6 – (silence)

AB – (rire) Bon après effectivement vous m’avez dit, vous m’en avez parlé un peu, mais je veux savoir s’il y a un peu plus ou pas ...

M6 – hmmm ... Alors moi je trouve toujours ça assez délicat d’aborder la question des troubles cognitifs avec les patients. Mais je trouve que la particularité souvent du trouble cognitif c’est l’anosognosie, c’est-à-dire le patient il ne s’en rend pas compte, en général, surtout quand c’est un peu avancé quoi, c’est-à-dire au tout début il repère des oublis, des trucs comme ça, mais après dès que ça avance un tout petit peu plus il ne voit plus le problème. Et donc ouais c’est ... je ne trouve pas ça compliqué mais je trouve que ça ... mais je ne sais jamais si je m’y prends suffisamment bien ou si je suis assez progressive et assez ... si je me rends compte de ce que je suis en train de leur infliger ... je ne sais pas très bien ... oui j’ai toujours l’impression que c’est un peu difficile mais en même temps à un moment où je le pense alors je vais finir par le dire quoi parce que ... je pense que c’est important de faire un diagnostic et aussi que le patient ait une chance de se saisir du diagnostic, même si ça sert pas forcément à grand-chose mais bon ... voilà, ça peut servir à sa famille, ça peut changer l’attitude de son entourage ... enfin il peut se passer tout un tas de chose quoi.

AB – Ok.

M6 – Parce que là c'est tous troubles cognitifs confondus. Il y a beaucoup de troubles cognitifs pour lesquels il n'y a pas de traitement. Parce que sinon on pourrait se demander à quoi ça sert de faire le diagnostic.

AB – Bah heu oui, de toute façon quand ils sont trop avancés c'est sûr que ... c'est aussi un peu ça l'objet du dépistage ... c'est que justement de dépister le plus tôt possible pour avoir le plus de chance de réussir un sevrage. Et je me demande également si le fait de proposer ce dépistage à un patient qui n'a pas encore un trouble cognitif trop évolué, est-ce que quelque part ça ne l'aide pas déjà à réaliser l'importance de sa consommation d'alcool ? c'est-à-dire l'aider à se rendre compte de sa maladie.

M6 – Oui, oui, oui ...oui ! ... oui, oui, il faut vraiment être assez en amont, mais en même temps on a plus de chance d'arriver à un résultat avec le sevrage d'alcool quand il y a un problème comme ça, que chez un patient qui a une démence débutante.

AB – Oui tout à fait.

M6 – Là on arrivera à quelque chose, c'est ça qui est vachement encourageant d'ailleurs. Il peut vraiment y avoir une régression des troubles.

AB – Ok ! Dernière question : Est-ce que vous voyez quelque chose à rajouter que nous n'aurions pas évoqué et dont voulez me parler ?

M6 – (rire) heuuuu Non.

AB – (rire) ahah d'accord ! c'est possible aussi.

M6 – Non, je ne crois pas.

AB – Très bien, je vous remercie beaucoup Dr M6.

g. Participante M7

// La participante commence à raconter pendant le questionnaire sur les caractéristiques démographiques, en parlant de sa patientèle :

M7 – Je trouve que c'est difficile à chiffrer comme ça parce qu'on a beaucoup de consommations insidieuses qui sont plus difficiles à repérer. Je pense que probablement il y en a beaucoup plus. Mais des gens avec des situations complexes, un parcours de soin compliqué, des situations précaires à la maison, je pense que j'en ai une petite dizaine quand même, ouais !

// Puis lors de la question sur la fréquence de recours au DIMA depuis la rencontre :

M7 – Depuis la formation je pense que j'ai adressé un patient vraiment, il s'agit d'un patient de 72 ans, un ancien cadre, qui est éthylique chronique depuis des années, je le connais depuis à peu près 5 ans car déjà pendant mes remplacements avant je le voyais, enfin voilà avec une situation très compliquée à domicile, il a des enfants mais il est très isolé en fait, il n'a aucun contact avec sa famille, c'est un monsieur qui avait perdu son boulot, donc il y a eu aussi des difficultés financières, il a vécu dans sa voiture pendant 10 ans. Et donc moi je l'ai récupéré tard le CPTS qui a mis ... heu ... voilà, enfin, qui a mis en alerte avec la situation qui était compliquée, donc il a été placé dans un foyer intergénérationnel. On a essayé de mettre en place ... enfin déjà de renouer avec le soin, ça a été les

premières étapes au départ avec des consultations un peu compliquées, longues, parce qu'il y avait plein de choses, avec un monsieur qui était en rupture ... enfin voilà qui ne s'est jamais occupé de lui depuis des années. Et qui là, depuis ... il a fait un syndrome dépressif compliqué qui alimentait ses consommations d'alcool et en plus la grosse problématique qu'il y avait là c'est qu'il était tombé en fait, il s'est fait une fracture vertébrale donc avec une perte d'autonomie totale, et du coup ça a été très compliqué parce qu'en fait moi le suivi est très ponctuel, il loupe des rdv, il ne veut pas que je vienne à la maison, enfin voilà ça a été ... ouais c'est une situation un peu compliquée, avec des périodes où il est en totale incurie. C'est un maintien à domicile difficile, il refuse globalement les infirmières, et donc là (rire) ouais, j'ai fait appel à l'équipe ! il a 72 ans et je suspectais qu'il y avait en plus des troubles cognitifs. Donc là, on a réussi à mettre en place des choses, déjà il a une infirmière à domicile ... enfin voilà ça a un peu débloqué quand même certaines choses, psychologiquement aussi ... les passages je pense que ça l'aide, il doit avoir un bilan neuropsychologique ... (rire) donc je ne sais pas ... exactement là ... je n'ai pas en tête mais bon... Donc voilà ! ça aide un petit peu quand même et puis moi ça m'a permis de sortir aussi de mon isolement parce que même si je suis en maison de santé... globalement on parle des situations compliquées avec l'équipe ... ça permet quand même de ne pas être totalement isolé mais face aux problématiques d'alcool on est vite démuni. Donc ça fait avancer les choses quand même.

// Ensuite l'entretien à proprement parler débute :

AB – Est-ce que vous pouvez me raconter ce que vous avez pu tirer de toute cette situation là, de cette démarche de sensibilisation aux TCLA, de la rencontre avec le DIMA ? Racontez-moi.

M7 – Oui, moi je pense que c'est très bien parce que ... en fait, voilà, les TCLA je pense qu'on les ... en pratique, on s'en doute et en même temps on se retrouve vite face à un impasse parce que c'est ... voilà, déjà les troubles cognitifs tout seul c'est compliqué ... les addictions c'est compliqué aussi ... donc les deux ensemble ce n'est pas simple, il faut savoir s'entourer et avoir des réseaux qui fonctionnent pour pouvoir accompagner les gens, parce qu'il y a des problématiques sociales derrière, et au-delà, des problématiques médicales en plus. Pour moi l'apport vraiment de cette sensibilisation, déjà ça a été de se dire qu'on peut ne pas être tout seul et ne pas être en souffrance face à un patient qu'on sent en difficulté et pour lequel ... bah, en pratique au quotidien c'est compliqué parce qu'il n'ouvre pas la porte même quand on va en visite, parce qu'il loupe les rendez-vous, parce que on prescrit des examens mais ce n'est pas fait ... enfin voilà je trouve que ce sont des patients qui nécessitent un accompagnement important, et on peut vite s'épuiser en fait. Donc déjà juste le fait de se dire qu'il y a des équipes qui sont spécialisées dans ça, cela permet de se dire que l'on n'est pas tout seul, et d'avoir un relai pour le patient, pour l'entourage et pour les équipes de professionnels... je ne sais pas si j'ai répondu à la question ?

AB – Si, si, c'était simplement de me raconter effectivement, « simplement » entre guillemets bien entendu... donc voilà : Est-ce que cette formation vous a apporté de nouvelles connaissances ? lesquelles, si jamais il y en a ? Quelles applications ont eu ces nouvelles connaissances pour vous ?

M7 – Mouii ! Alors moi ça m'a permis quand même d'éclaircir la physiopathologie ... parce que voilà dans la formation ... enfin je trouve que la formation était très bien faite, ça permet de comprendre un peu plus les mécanismes, d'avoir aussi des notions sur les spécificités des TCLA qui ne sont pas forcément les mêmes que ceux sur une pathologie dégénérative, et puis ça m'a permis aussi en pratique d'avoir des clés pour les prises en charges, en fait, surtout. Voilà, moi c'est surtout ça que je retiens, c'est qu'il y a des équipes, c'est qu'on peut quand même faire nous en libéral des petites choses, sur la prévention du sevrage ... voilà, des choses à dire au patient et aussi

à l'entourage ... dans notre posture pour pouvoir les accompagner au mieux. Moi ça m'a permis de mettre quand même à jour ces choses là.

AB – Avez-vous réalisé des tests MoCA vous-même depuis la formation ?

M7 – Alors, moi-même, non ! parce qu'en fait c'est notre infirmière ASALEE qui les fait. Donc voilà en fait du coup, on l'a formé à faire le test MoCA parce qu'elle ne le faisait pas du tout, on était encore avec le MMS (rire)... donc qui n'était pas forcément adapté. Voilà c'est avec notre infirmière ASALEE.

AB – Est-ce que vous l'avez fait réaliser par les infirmiers d'addictologie avec les consultations mises en place à proximité ?

M7 – Alors nous là non, parce qu'en fait depuis le début de l'année nous n'avons plus l'infirmière d'addictologie ici au sein de la maison de santé. Elle a arrêté parce qu'elle est sur un autre centre maintenant, je crois qu'elle est à [nom de ville à proximité]. Donc ici, heu, non, on adresse plus à notre infirmière ASALEE.

AB – Oui d'accord, et à [nom de ville à proximité] ?

M7 – heuu ... c'est surtout que pour les patients c'est compliqué de se déplacer (rire) sur [nom de ville à proximité].

AB – Oui. Les patients ça fait un peu trop loin pour eux ... malgré que ça ne semble pas si loin que ça.

M7 – Bah oui on est bien d'accord, ça ne fait pas si loin mais c'est compliqué de prendre la voiture, tout ça ...

AB – Très bien. Et donc après ... alors ça vous m'en avez déjà un peu parlé, sur les stratégies de prise en charge : Est-ce que ça a changé vos stratégies ? Quels bénéfices en avez-vous tiré ?

M7 – On se sent moins isolé dans les prises en charges. Cela permet de connaître un peu mieux le réseau, de connaître un peu plus ce qui se fait. C'est déjà plus fluide pour nous en tant que professionnel. Et puis ça a permis d'avoir les idées un peu plus claires sur les manières de procéder, de faire les choses dans le bon ordre, quoi, d'accord... parce que des fois je trouve que ce sont des situations complexes où on part dans tous les sens où l'on se dit « ah bah il faudrait faire ça, ça, ça ! » c'est très chronophage, il y a plein de choses à faire ... voilà, sur le plan somatique, sur le plan psychologique ... enfin ... et en fait souvent on peut se sentir submergé par la charge de boulot, en me disant « par quoi je commence ? ». C'est en cela que ça m'a permis d'être plus sereine, de me dire que « je ne suis plus toute seule », on n'est plus obligé de porter tout seul ces situations et que finalement on peut avoir des relais et je trouve que quand même ce dispositif il est super parce qu'ils peuvent se déplacer éventuellement à la maison. Ce sont des choses qui sont hyper importantes pour les patients comme ça en difficultés.

AB – Au début vous me parliez d'un patient, avec lequel vous aviez eu des retours plutôt positifs. Est-ce que vous voyez d'autres situations que vous voulez me raconter ?

M7 – D'autres situations, heu, oui ! J'en ai un là que je n'ai pas vu depuis très longtemps, et je vais le voir la semaine prochaine. Parce que ma remplaçante l'a vu en catastrophe parce qu'il était tombé, pareil, enfin voilà ... et lui je pense qu'il y a de vrais troubles cognitifs, sauf que ça fait longtemps je lui avais déjà fait faire des MMS et compagnie ... en fait il est en rupture de soins, là ça fait je pense un an ... mais en plus je suis parti en congé maternité, tout ça, donc bah heu les mois ils passent... et ce patient là, bon a priori là il est perdu, je vais le revoir la semaine prochaine mais ... (rire) je pense que cette situation là je vais peut-être avoir besoin ! parce que c'est

pareil c'est un monsieur qui est très isolé, là c'est sa voisine qui a alerté parce qu'elle trouvait que ça commençait à se compliquer. Il consomme de l'alcool, j'ai vu qu'il avait un bilan hépatique complètement perturbé, et a priori il commence à avoir des troubles de la marche donc je vais le réévaluer ... la semaine prochaine. Donc voilà le premier qui me vient en tête c'est lui. Après j'en ai un autre, en fait j'en ai quand même pas mal ! C'est pareil lui ... finalement ce sont des patients qu'on voit que très ponctuellement où vraiment quand ça ne va pas, ils ne consultent pas régulièrement, donc c'est compliqué aussi parce que ... moi déjà la première étape j'essaye d'établir une relation de confiance et d'essayer de ne pas les perdre de vue, mais ça va assez vite et il suffit qu'il y est un truc pour que finalement il ne revienne plus... et en fait ce patient là je le vois que très ponctuellement, parce qu'il fait des sevrages secs ! en fait à chaque fois, il vient, il est comme ça (mime un tremblement), parce que depuis 10 jours il a voulu tout arrêter tout seul. D'accord ?! et en fait ce patient là j'ai essayé de le mettre dans le circuit, qu'il soit suivi pour un sevrage, etc..., et ça a été ...enfin à chaque fois c'est compliqué parce qu'il dit « oui, oui, oui, oui, oui ! », on refait des rendez-vous de réévaluation et puis il ne vient pas ... c'est pareil c'est un patient isolé, etc... donc ouais il y a lui que je dois revoir aussi normalement, j'espère qu'il va revenir.

AB – D'accord, merci !

M7 – ouais j'en ai quelques-uns en fait !

AB – Et bah oui je vois ça. Ok ! Et alors j'aurais aimé savoir aussi, par rapport à la relation médecin-patient, les représentations aussi que l'on a par rapport à ce type de patients difficiles ... la question c'est justement : Est-ce que la rencontre avec le DIMA, la formation que vous avez reçue, ont changé quelque chose pour vous au niveau de la relation avec vos patients ?

M7 – Alors moi le ressenti que j'ai eu pendant la formation, c'est qu'il y avait beaucoup de bienveillance vis-à-vis de ces patients, et je trouve que des fois nous de manière isolée, parce qu'on se fait submerger par ces situations là, on n'est plus trop bienveillant ... enfin voilà je trouve qu'on peut, au bout d'un moment, avoir du mal à être empathique parce que c'est des patients qui posent des lapins... je pense presque ... qu'il faudrait faire un contrat de soin quoi avec ces patients, de dire « bon ben on fait comme ça mais en contrepartie vous venez à ce rdv ... ». Enfin voilà, je trouve que souvent on tombe dans ce truc de la négociation, on perd un peu l'empathie, et du coup c'est compliqué de se dire aussi ... déjà que c'est des situations qui demandent un investissement important de temps médical, en plus quand derrière ça ne suit pas ... je trouve que ça nous met en échec donc ça peut être assez désagréable en tant que médecin, et puis on a l'impression de ne pas s'en sortir parce que souvent c'est des situations où il y a des rechutes, on fait un pas en avant trois pas en arrière. Donc voilà je trouve que ça met beaucoup en échec les médecins. C'est ça qui est compliqué à vivre aussi... donc des fois on peut un peu en perdre son empathie, à la fin on voit le nom sur le planning et on se dit « annnh pfff... bon ... qu'est ce qui m'attend ?! j'espère que cette fois ci ça va aller ». J'ai trouvé vraiment qu'à cette formation ça m'a permis de détourner un peu mon regard de ce genre de profil de patient ... parce qu'en fait on ne les comprend ... enfin ... ça m'a permis de comprendre leur fonctionnement peut-être ... ou je ne sais pas, ça permet d'avoir un autre regard sur ces patients-là et comprendre pourquoi ce sont des patients difficiles, pourquoi ils ne consultent que très ponctuellement ... ça permet de voir que c'est une population qui n'a pas les mêmes besoins, pas probablement non plus les mêmes attentes. Et juste en ça, cela m'a permis d'être plus empathique avec ces patients-là et de moins le prendre comme des échecs quand ça ne va pas. Et ça c'est énorme en fait ! juste pour le confort médical (rire) ... enfin notre confort à nous dans notre pratique. Et du coup, indirectement je pense que ça va améliorer aussi la relation parce que ... ben ils le sentent quand le médecin il est pressé, il est un peu agacé parce que « bah la dernière fois vous n'êtes

pas venu » ... heu, tout de suite dans l'entretien derrière et dans la consultation les choses se passent différemment quand même. Donc voilà c'est surtout ça que ça m'a apporté. Et aussi parce qu'on n'a pas besoin d'être tout seul dans cette situation, en fait, il y a du réseau derrière, et qu'on peut mettre en place des choses même si c'est compliqué et que tout ne sera pas parfait ... donc ... ouais, en ça j'ai trouvé que c'était super.

AB – Et bien « super », c'est exactement le mot. Je vais rajouter une petite question : Que pensez-vous du fait d'aborder un problème de « santé cognitive », « un trouble cérébral », plutôt que de parler des consommations d'alcool, pensez-vous que cela puisse aider à guider le patient vers un suivi ? Pensez-vous que cela puisse aider le patient à prendre conscience de sa maladie ?

M7 – Oui. Moi je pense que justement ça permet d'aborder les choses différemment et de se détacher parce qu'en fait on met rapidement des étiquettes sur les patients. Je trouve qu'on se focalise beaucoup sur « ben voilà au niveau de l'alcool vous en êtes où ? combien vous consommez ? » sachant que ceux sont des consommations « déclarées », que la plupart du temps les patients ont de la culpabilité, une honte ou alors ils sont dans le contrôle. Et finalement ce n'est pas super productif ... mais je pense qu'on le fait quand même naturellement ... enfin voilà je ne sais pas pourquoi, enfin moi en tout cas dans ma pratique, j'avais ... tendance ... plutôt à me pencher sur ce problème d'alcool, plutôt que de me pencher sur les troubles cognitifs en me disant « bahh, de toute façon c'est lié donc faut prendre en charge l'alcool, etc... » et en fait à force d'être toujours très focalisé ... enfin sur un des problèmes ... alors que ce n'est pas forcément que ça quoi, bien évidemment que l'alcool c'est un problème mais en même temps ce qui met en péril les gens aussi, et ce qui fait que c'est très compliqué, et que les situations se dégradent c'est que ... bah, cognitivement ça ne suis plus ... enfin voilà, qu'il y a des vraies pathologies derrière quoi. Et je trouve que se déporter du problème ça permet aussi d'améliorer finalement la prise en charge alors que des fois on est très focalisé sur « combien de verres vous en êtes ? », et je trouve que dans la relation avec le patient ça permet aussi d'être plus en sérénité, de moins l'aborder tout de suite quoi. Alors que finalement ... moi c'était quasi systématique en fait, je pense que dans les consultations ... alors ce n'est pas la première chose que je leur demandé mais ça venait assez rapidement quoi. Alors que finalement ça permet d'aborder les choses différemment, de se dire que c'est une vraie maladie, comme d'autres pathologies, et que ce n'est pas que de l'alcool quoi ! Enfin je ne sais pas comment dire ... je ne sais pas comment expliquer les choses pour que ce soit le mieux interprété, mais ... ouais.

AB – Chez un patient chez qui on suspecte des TCLA, qu'il y en ait ou pas, pensez-vous que le fait de proposer un dépistage puisse l'aider à se rendre compte de sa maladie ?

M7 – Avant cette formation, je pense que je n'y pensais pas forcément, alors que se dire que ... en fait on le sait que c'est une des complications liées à l'alcool et en même temps il y a comme une fatalité, on se dit qu'il va avoir les neurones complètement cramés à cause de l'alcool et qu'on ne peut rien faire. Alors qu'en fait, les patients qui ont une consommation régulière, on fait des bilans hépatiques ... on prend en charge d'autres pathologies somatiques en préventif mais pas forcément sur les troubles cognitifs. Et je trouve qu'en fait dépister les TCLA ... enfin proposer en tout cas, comme on ferait « ah bah tiens ça fait 2 ans qu'on n'a pas fait de bilan hépatique, on va faire une prise de sang pour voir où vous en êtes » une écho abdo ou autre ... bah je trouve qu'en fait ça devrait faire partie des choses à proposer. Et moi avant cette formation je n'y pensais jamais en fait ... que quand vraiment « ohlala c'est compliqué j'ai l'impression que ça n'imprime plus » mais trop tard finalement. Sinon pour le patient je ne sais pas si ça peut l'aider à prendre conscience des choses mais en tout cas ça fait partie au même titre que ... enfin voilà, des patients qui consomment de l'alcool je n'en ai pas énormément... bon, j'en ai

probablement plus que ce que je pense mais ... souvent tout le monde pense au foie, il y en a qui demande des dosages de CDT pour le permis de conduire... voilà des choses comme cela et en même temps il n'y a pas que ça... et en fait on n'y pense jamais. Alors qu'on devrait ... bon ... moi je pense que cette formation ça permet quand même aussi d'avoir une piqûre de rappel, de se dire que ça vaut peut-être le coup même quand ce n'est pas encore avéré et que les situations ne sont pas encore très dégradées, ça vaut le coup quand même d'en parler parce que ça peut permettre aussi au patient ... peut-être, je ne sais pas, j'imagine ... peut-être d'anticiper sur certaine dégradation ... enfin j'espère en tout cas. Mais je pense que oui, on devrait peut-être... enfin moi en tout cas dans ma pratique il faudrait qu'on essaye de le faire plus précocement en tout cas.

AB – D'accord ! et bien je vais vous posez une dernière question : Est-ce que vous voyez quelque chose à rajouter que nous n'aurions pas évoqué et dont vous voulez me parler ?

M7 – Ouais ... heu ... je réfléchis... Ah c'est toujours la dernière question la plus difficile ! (rire). Non, après je vais radoter mais je trouve que c'est très bien dans le système de santé actuel où on sait que c'est compliqué en fait d'avoir des trucs qui fonctionnent quand même. On en parlait de toute façon avec les collègues de la maison de santé, en tant que libéral même si on est en maison de santé on se sent toujours un peu isolé parce qu'il y a la démographie médicale, parce qu'il y a la difficulté d'accéder aux spécialistes, on a l'impression de ne toujours pas faire comme il faut ... bah moi je trouve que c'est super, que c'est positif et que ça redonne un peu d'espoir aussi d'avoir des structures comme ça qui se mettent en place et qui puissent épauler les professionnels et les patients en premier surtout. Donc merci!

AB – Et bien c'est moi qui vous remercie... c'est ...

M7 – Il faut le dire !

AB – C'est très riche, réfléchit, et vraiment je vous remercie, on sent que ça vous aide, que ça vous soulage quelque part d'avoir le soutien du DIMA, que vous les ayez rencontrés, que ça fonctionne bien, et comme vous le dites, que ça n'a pas de prix en 2023.

M7 – Ouais c'est ça, dans le contexte actuel c'est quand même du pain béni quoi, donc on en profite, surtout devant des problématiques où l'on peut vite tomber dans la maltraitance des patients parce que ... on a tous fait des stages aux urgences où le mec qui picole, qui arrive bourré à 3h du mat, ça fait suer tout le monde ! Bon voilà en tout cas, je trouve que très rapidement on peut leur mettre des étiquettes. En fait il y a des choses dans notre pratique que l'on excuse parce que c'est la maladie qui parle, par exemple quand on a un dépressif que c'est compliqué de se lever le matin et qu'il ne peut pas venir au rdv avant midi, mais on a beaucoup plus de mal à le transposer sur l'alcool parce qu'il y a ces représentations négatives et que chez ces patients là il y a tout une présentation qui fait qu'on a l'impression qu'ils se foutent de nous quoi, alors que pas du tout en fait, ils sont juste malades.

AB – Tout à fait, tout à fait.

M7 – J'espère que vous aurez suffisamment d'éléments.

AB – Ah oui je pense ! Vous n'avez rien d'autres à rajouter ?

M7 – Non.

AB – Merci Beaucoup !

6) Annexe 6 : Formation aux TCLA par le DIMA



Formation brève : « Troubles
cognitifs liés à l'alcool : prévention
et dépistage »



Intervenants :

- Docteur Anne-Marie BRIEUDE, médecin addictologue, responsable du DIMA et du CMP Saint Marc
- Amélie GRAND, psychologue spécialisée en neuropsychologie, intervenante sur le DIMA, le CMP Saint Marc et le Centre Paul Cézanne

Public concerné :

- Médecins et internes en médecine ;
- Infirmiers ;
- Psychologues ;
- Personnel socio-éducatif ;
- Psychomotriciens ;
- Orthophonistes.

Durée : 2 heures, en 1 session.

Capacité : 12 personnes par session.

Objectifs :

- Comprendre les principes généraux de l'efficience cognitive ;
- Sensibilisation aux troubles cognitifs et aux pathologies cérébrales liés à l'alcool ;
- Mieux comprendre les conséquences des troubles cognitifs dans la prise en charge des addictions ;
- Administrer, coter et orienter le patient grâce au test MoCA.

Vu, le Directeur de Thèse

le 21 octobre 2024

A handwritten signature in black ink, consisting of several vertical strokes and a horizontal line crossing them.

Vu, le Doyen
De la Faculté de Médecine de Tours
Tours, le

Bouclé Adrien

149 pages – 3 tableaux – 13 figures – 1 graphique

Résumé :

Introduction : La consommation chronique excessive d'alcool peut entraîner un continuum de troubles cognitifs liés à l'alcool (TCLA) de sévérités variables. Dans le cadre du soutien des médecins généralistes, le Dispositif d'Intervention Mobile en Addictologie (DIMA), créé en septembre 2021 dans le Loiret, s'est inscrit dans une véritable démarche de sensibilisation aux TCLA. Le dépistage précoce des TCLA en soins primaires par le test MoCA permettrait de favoriser la prise en charge précoce des patients. Les objectifs de cette étude ont été d'explorer la motivation des médecins généralistes sensibilisés par le DIMA à dépister les TCLA, ainsi que leurs changements d'approches dans la relation et dans la prise en charge des patients atteints de TCLA.

Méthode : Étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés avec sept médecins généralistes du Loiret ayant bénéficié de la démarche de sensibilisation du DIMA. Le vécu des participants a été analysé selon une approche empirico-inductive inspirée de la phénoménologie interprétative.

Résultats : Plusieurs participants ont exprimé une stimulation de leur vigilance au repérage des TCLA. La remise en question des représentations négatives des MG vis à vis des patients atteints de TCLA a permis une amélioration dans la relation : en conséquence le risque de rejet de ces patients diminue. Le soutien du DIMA a permis de lutter contre l'isolement et le découragement des médecins dans la prise en charge multidisciplinaire complexe de ces patients.

Conclusion : Cette étude montre que la démarche de sensibilisation et de soutien du DIMA a eu un impact significatif sur les connaissances, la pratique clinique et la relation des médecins avec les patients.

Mots clés : troubles cognitifs liés à l'alcool – dépistage – sensibilisation – médecins généralistes – test MoCA – relation médecin-patient – étude qualitative.

Jury :

Président du Jury :	Professeur Nicolas BALLON
Directeur de thèse :	Docteur Anne-Marie BRIEUDE
Membres du Jury :	Professeur Annick TOUTAIN
	Docteur Raphaël SERREAU
	Docteur Marie-Laurence NGUYEN-DINH

Date de soutenance : 21 novembre 2024