



BU bibliothèque Lyon 1

<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -  
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD LYON 1  
FACULTÉ DE MÉDECINE LYON EST

Année 2015 N° 140/2015

**MÉDECINS GÉNÉRALISTES ET PATIENTS ALCOOLODÉPENDANTS  
SORTANT D'UNE CURE DE SEVRAGE EN ALCOOL :  
« A L'ÉCOUTE DES MAUX »**

THESE

Présentée

A l'Université Claude Bernard Lyon 1  
et soutenue publiquement le 7 juillet 2015  
pour obtenir le grade de docteur en médecine

Par

HÉBERT-PONCET Anne-laure

Née le 9 juillet 1986 à Gleizé

# UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1

---

. Président de l'Université	François-Noël GILLY
. Président du Comité de Coordination des Etudes Médicales	François-Noël GILLY
. Secrétaire Général	Alain HELLEU

## **SECTEUR SANTE**

UFR DE MEDECINE LYON EST	Doyen : Jérôme ETIENNE
UFR DE MEDECINE LYON SUD – CHARLES MERIEUX	Doyen : Carole BURILLON
INSTITUT DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES ET BIOLOGIQUES (ISPB)	Directrice: Christine VINCIGUERRA
UFR D'ODONTOLOGIE	Directeur : Denis BOURGEOIS
INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE READAPTATION	Directeur : Yves MATILLON
DEPARTEMENT DE FORMATION ET CENTRE DE RECHERCHE EN BIOLOGIE HUMAINE	Directeur : Pierre FARGE

## **SECTEUR SCIENCES ET TECHNOLOGIES**

UFR DE SCIENCES ET TECHNOLOGIES	Directeur : Fabien de MARCHI
UFR DE SCIENCES ET TECHNIQUES DES ACTIVITES PHYSIQUES ET SPORTIVES (STAPS)	Directeur : Claude COLLIGNON
POLYTECH LYON	Directeur : Pascal FOURNIER
I.U.T.	Directeur : Christian COULET
INSTITUT DES SCIENCES FINANCIERES ET ASSURANCES (ISFA)	Directeur : Véronique MAUME-DESCHAMPS
I.U.F.M.	Directeur : Régis BERNARD
CPE	Directeur : Gérard PIGNAULT

## Faculté de Médecine Lyon Est Liste des enseignants 2014/2015

### Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe exceptionnelle Echelon 2

Cochat	Pierre	Pédiatrie
Cordier	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Etienne	Jérôme	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Gouillat	Christian	Chirurgie digestive
Guérin	Jean-François	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Mauguière	François	Neurologie
Ninet	Jacques	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillessement ; médecine générale ; addictologie
Peyramond	Dominique	Maladie infectieuses ; maladies tropicales
Philip	Thierry	Cancérologie ; radiothérapie
Raudrant	Daniel	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Rudigoz	René-Charles	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

### Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe exceptionnelle Echelon 1

Baverel	Gabriel	Physiologie
Blay	Jean-Yves	Cancérologie ; radiothérapie
Borson-Chazot	Françoise	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Denis	Philippe	Ophthalmologie
Finet	Gérard	Cardiologie
Guérin	Claude	Réanimation ; médecine d'urgence
Lehot	Jean-Jacques	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Lermusiaux	Patrick	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Martin	Xavier	Urologie
Mellier	Georges	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Michallet	Mauricette	Hématologie ; transfusion
Miossec	Pierre	Immunologie
Morel	Yves	Biochimie et biologie moléculaire
Mornex	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Neyret	Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Ninet	Jean	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Ovize	Michel	Physiologie
Ponchon	Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Pugeat	Michel	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Revel	Didier	Radiologie et imagerie médicale
Rivoire	Michel	Cancérologie ; radiothérapie
Thivolet-Bejui	Françoise	Anatomie et cytologie pathologiques
Vandenesch	François	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Zoulim	Fabien	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

## Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

### Première classe

André-Fouet	Xavier	Cardiologie
Barth	Xavier	Chirurgie générale
Berthezene	Yves	Radiologie et imagerie médicale
Bertrand	Yves	Pédiatrie
Beziat	Jean-Luc	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Boillot	Olivier	Chirurgie digestive
Braye	Fabienne	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
Breton	Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Chassard	Dominique	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Chevalier	Philippe	Cardiologie
Claris	Olivier	Pédiatrie
Colin	Cyrille	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Colombel	Marc	Urologie
Cottin	Vincent	Pneumologie ; addictologie
D'Amato	Thierry	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Delahaye	François	Cardiologie
Di Fillipo	Sylvie	Cardiologie
Disant	François	Oto-rhino-laryngologie
Douek	Philippe	Radiologie et imagerie médicale
Ducerf	Christian	Chirurgie digestive
Dumontet	Charles	Hématologie ; transfusion
Durieu	Isabelle	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Edery	Charles Patrick	Génétique
Fauvel	Jean-Pierre	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
Gaucherand	Pascal	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Guenot	Marc	Neurochirurgie
Gueyffier	François	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
Guibaud	Laurent	Radiologie et imagerie médicale
Herzberg	Guillaume	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Honorat	Jérôme	Neurologie
Lachaux	Alain	Pédiatrie
Lina	Bruno	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Lina	Gérard	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Mabrut	Jean-Yves	Chirurgie générale
Mertens	Patrick	Anatomie
Mion	François	Physiologie
Morelon	Emmanuel	Néphrologie
Moulin	Philippe	Nutrition
Négrier	Claude	Hématologie ; transfusion
Négrier	Marie-Sylvie	Cancérologie ; radiothérapie
Nicolino	Marc	Pédiatrie
Nighoghossian	Norbert	Neurologie
Obadia	Jean-François	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Picot	Stéphane	Parasitologie et mycologie
Rode	Gilles	Médecine physique et de réadaptation
Rousson	Robert-Marc	Biochimie et biologie moléculaire
Roy	Pascal	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Ruffion	Alain	Urologie
Ryvlín	Philippe	Neurologie
Scheiber	Christian	Biophysique et médecine nucléaire

Schott-Pethelaz	Anne-Marie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Terra	Jean-Louis	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Tilikete	Caroline	Physiologie
Touraine	Jean-Louis	Néphrologie
Truy	Eric	Oto-rhino-laryngologie
Turjman	Francis	Radiologie et imagerie médicale
Vallée	Bernard	Anatomie
Vanhems	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention

## Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Seconde Classe

Allaouchiche	Bernard	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Argaud	Laurent	Réanimation ; médecine d'urgence
Aubrun	Frédéric	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Badet	Lionel	Urologie
Bessereau	Jean-Louis	Biologie cellulaire
Boussel	Loïc	Radiologie et imagerie médicale
Calender	Alain	Génétique
Charbotel	Barbara	Médecine et santé au travail
Chapurlat	Roland	Rhumatologie
Cotton	François	Radiologie et imagerie médicale
Dalle	Stéphane	Dermato-vénéréologie
Dargaud	Yesim	Hématologie ; transfusion
Devouassoux	Mojgan	Anatomie et cytologie pathologiques Gynécologie-
Dubernard	Gil	obstétrique ; gynécologie médicale
Dumortier	Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Fanton	Laurent	Médecine légale
Faure	Michel	Dermato-vénéréologie
Fellahi	Jean-Luc	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Ferry	Tristan	Maladie infectieuses ; maladies tropicales
Fourneret	Pierre	Pédopsychiatrie ; addictologie
Gillet	Yves	Pédiatrie
Girard	Nicolas	Pneumologie
Gleizal	Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Guyen	Olivier	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Henaine	Roland	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Hot	Arnaud	Médecine interne
Huissoud	Cyril	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Jacquin-Courtois	Sophie	Médecine physique et de réadaptation
Janier	Marc	Biophysique et médecine nucléaire
Javouhey	Etienne	Pédiatrie
Juillard	Laurent	Néphrologie
Jullien	Denis	Dermato-vénéréologie
Kodjikian	Laurent	Ophtalmologie
Krolak Salmon	Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du
Lejeune	Hervé	vieillessement ; médecine générale ; addictologie
Merle	Philippe	Biologie et médecine du développement et de la
Michel	Philippe	reproduction ; gynécologie médicale
Monneuse	Olivier	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Mure	Pierre-Yves	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Nataf	Serge	Chirurgie générale
Pignat	Jean-Christian	Chirurgie infantile
Poncet	Gilles	Cytologie et histologie
		Oto-rhino-laryngologie
		Chirurgie générale

Raverot	Gérald	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Ray-Coquard	Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
Richard	Jean-Christophe	Réanimation ; médecine d'urgence
Rossetti	Yves	Physiologie
Rouvière	Olivier	Radiologie et imagerie médicale
Saoud	Mohamed	Psychiatrie d'adultes
Schaeffer	Laurent	Biologie cellulaire
Souquet	Jean-Christophe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Vukusic	Sandra	Neurologie
Wattel	Eric	Hématologie ; transfusion

### **Professeur des Universités - Médecine Générale**

Letrilliart	Laurent
Moreau	Alain

### **Professeurs associés de Médecine Générale**

Flori	Marie
Lainé	Xavier
Zerbib	Yves

### **Professeurs émérites**

Chatelain	Pierre	Pédiatrie
Bérard	Jérôme	Chirurgie infantile
Boulangier	Pierre	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Bozio	André	Cardiologie
Chayvialle	Jean-Alain	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Daligand	Liliane	Médecine légale et droit de la santé
Descotes	Jacques	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie
Droz	Jean-Pierre	Cancérologie ; radiothérapie
Floret	Daniel	Pédiatrie
Gharib	Claude	Physiologie
Itti	Roland	Biophysique et médecine nucléaire
Kopp	Nicolas	Anatomie et cytologie pathologiques
Neidhardt	Jean-Pierre	Anatomie
Petit	Paul	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Rousset	Bernard	Biologie cellulaire
Sindou	Marc	Neurochirurgie
Trepo	Christian	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Trouillas	Paul	Neurologie
Trouillas	Jacqueline	Cytologie et histologie
Viale	Jean-Paul	Réanimation ; médecine d'urgence

### **Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers Hors classe**

Benchaib	Mehdi	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
----------	-------	--

Bringuier	Pierre-Paul	Cytologie et histologie
Davezies	Philippe	Médecine et santé au travail
Germain	Michèle	Physiologie
Jarraud	Sophie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Jouvet	Anne	Anatomie et cytologie pathologiques
Le Bars	Didier	Biophysique et médecine nucléaire
Normand	Jean-Claude	Médecine et santé au travail
Persat	Florence	Parasitologie et mycologie
Pharaboz-Joly	Marie-Odile	Biochimie et biologie moléculaire
Piaton	Eric	Cytologie et histologie
Rigal	Dominique	Hématologie ; transfusion
Sappey-Marinier	Dominique	Biophysique et médecine nucléaire
Streichenberger	Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
Timour-Chah	Quadiri	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
Voiglio	Eric	Anatomie
Wallon	Martine	Parasitologie et mycologie

### **Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers**

#### **Première classe**

Ader	Florence	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
Barnoud	Raphaëlle	Anatomie et cytologie pathologiques
Bontemps	Laurence	Biophysique et médecine nucléaire
Chalabreysse	Lara	Anatomie et cytologie pathologiques
Charrière	Sybil	Nutrition
Collardeau Frachon	Sophie	Anatomie et cytologie pathologiques
Cozon	Grégoire	Immunologie
Dubourg	Laurence	Physiologie
Escuret	Vanessa	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Hervieu	Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
Kolopp-Sarda	Marie Nathalie	Immunologie
Laurent	Frédéric	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Lesca	Gaëtan	Génétique
Maucort Boulch	Delphine	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Meyronet	David	Anatomie et cytologie pathologiques
Peretti	Noel	Nutrition
Pina-Jomir	Géraldine	Biophysique et médecine nucléaire
Plotton	Ingrid	Biochimie et biologie moléculaire
Rabilloud	Muriel	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Ritter	Jacques	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Roman	Sabine	Physiologie
Tardy Guidollet	Véronique	Biochimie et biologie moléculaire
Tristan	Anne	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Vlaeminck-Guillem	Virginie	Biochimie et biologie moléculaire

### **Maîtres de Conférences – Praticiens Hospitaliers**

#### **Seconde classe**

Casalegno	Jean-Sébastien	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
-----------	----------------	--

Chêne	Gautier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Duclos	Antoine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Phan	Alice	Dermato-vénérologie
Rheims	Sylvain	Neurologie
Rimmele	Thomas	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Schluth-Bolard	Caroline	Génétique
Simonet	Thomas	Biologie cellulaire
Thibault	Hélène	Physiologie
Vasiljevic	Alexandre	Anatomie et cytologie pathologiques
Venet	Fabienne	Immunologie

### **Maîtres de Conférences associés de Médecine Générale**

Chanelière	Marc
Farge	Thierry
Figon	Sophie

## Serment 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 respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances.

Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne provoquerai délibérément la mort.

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences.

Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

## Remerciements

### **A l'ensemble des membres du jury,**

A monsieur le Professeur Jean- Louis TERRA, merci d'avoir accepté la Présidence de ce jury de thèse. Votre éclairage de psychiatre sur un sujet comme celui-ci nous est particulièrement précieux et nous sommes très honorés de bénéficier de votre expertise dans cette pathologie qui réunit plusieurs mondes.

A monsieur le Professeur Fabien ZOULIM, merci de nous offrir vos compétences d'hépatogastroentérologue dans cette pathologie marquée également par les complications somatiques. Votre position au sein du Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie de l'Hôpital de la Croix Rousse vous apporte une vision globale et très enrichissante sur cette maladie particulière et son réseau de soins.

A monsieur le Professeur Christian TREPO, merci d'avoir accepté de rejoindre ce jury. Votre parcours et votre expérience dans les différents domaines que regroupe ce travail, nous offrent l'opportunité de votre appréciation globale et expérimentée.

A madame le Professeur Marie FLORI, merci de représenter ce qui a nourri le cœur même de cette thèse : la médecine générale ! Vos travaux éthiques et vos enseignements à la faculté donnent à votre regard ce caractère précieux et indispensable à l'évaluation de ce travail.

A mon directeur de thèse, le Docteur Eric BERNABEU, pour ton soutien, ton accompagnement et ton regard si précieux tout au long de ce travail. S'il n'est plus suffisant de te remercier avec mesure et sincérité.., alors simplement te dire la source d'inspiration que tu es dans ton travail au quotidien. Si l'addictologie est, entre autre, l'art de remettre du mouvement, les conclusions de cette thèse nous ouvrent des horizons pour poursuivre l'aventure et bâtir des projets d'indépendance.

### **Aux médecins qui ont permis ce travail,**

Dont l'anonymat des verbatim ne cache en rien l'investissement et les formidables compétences. Vous écouter a été pour moi une source incroyable d'enrichissement. Vos témoignages sincères et authentiques ont été des trésors d'apprentissage pour guider mon travail de futur addictologue. Un très grand merci pour votre confiance, votre disponibilité et le partage de vos expériences qui ont permis la construction de ce travail.

### **A mes collègues,**

A l'équipe du service 5B, pour votre accueil qui m'a séduit, votre professionnalisme qui m'a impressionné, votre diversité et vos multiples compétences qui m'ont fait rester... Je suis chaque jour plus épanouie en travaillant à vos côtés !

A mes confrères et consoeurs hépato-gastroentérologues et dermatologue pour avoir accueilli avec tant de gentillesse le « bébé docteur » que je suis et me permettre de bénéficier au quotidien de cette belle unité de service et surtout d'humains.

Aux Drs MOULIN et GERMAIN qui rendent visible, par leur présence régulière, ce magnifique lien d'échange et de partage autour de ce belle spécialité qu'est l'addictologie.

A toute l'équipe du CSAPA de l'Ain, pour leur professionnalisme sur lequel il est si bon de s'appuyer. Les échanges autour des patients contribuent énormément à ce lien indispensable dans cette pathologie clivante et m'aident souvent à penser les situations plus justement.

A mes anciens co-internes, et à la chère Dr MELO devenue collègue.

Aux internes du service qui chaque semestre m'enseignent d'avantage et me font progresser.

### **A mes maîtres d'internat,**

Le Dr BLOND et le Dr ONAL pour cette magnifique découverte qu'a été la psychiatrie. Vos précieux enseignements m'accompagnent encore chaque jour, de même que cette belle amitié que vous m'avez offerte et qui ont renforcés, lors de ce premier semestre, mon admiration pour l'esprit humain.

Le Dr AVILLAC et Dr KANDARA dont l'enseignement de la pédiatrie a été précieux, sur le plan somatique et relationnel.

Le Dr GUYON et le Dr FAYE-PASTOR, pour leurs approches de la médecine générale et leurs enseignements indispensables à la pratique de cette magnifique spécialité.

L'équipe des urgences de Fleury, pour votre savoir, votre savoir-faire et surtout l'espace incroyable que vous m'avez offert. Votre cohésion et votre engagement sont la base de ce confort de travail que vous permettez à vos côtés, et je suis heureuse que l'hôpital bénéficie de vos compétences et de ce bel esprit que vous cultivez.

### **A ma famille,**

A mes parents, pour votre amour et vos apprentissages,

A mes très grands petits frères, qui me rendent si fière d'être leur grande sœur !!

A ma grand-mère pour ton réconfort culinaire et spirituel de chaque instant,

A mes grands-parents dont l'amour nous lie plus que le sang...

A mes beaux-parents pour votre soutien, votre générosité et votre accueil,

A mes beaux-frères et belles-sœurs pour vos précieux encouragements,

A tous ceux qui ont pris de la hauteur et qui continuent de vivre autrement...

### **A mes amis,**

Nombreux et si chers à mon cœur, dont les échanges, les partages, les joies, les rires, les pleurs me rendent chaque fois un peu meilleure.

Vous êtes tous singuliers et tellement importants !

Ce magnifique cadeau que vous me faites m'offre une mosaïque d'émotions et de couleurs, qui parfume ma vie de la plus belle des saveurs.

### **A mes apporte-bonheurs,**

A toi Mathieu, pour ton amour qui me nourrit chaque jour, pour ton soutien inépuisable tout au long de ces années d'étude, pour ce que tu permets et réalises dans notre bonheur quotidiennement, pour le merveilleux père que tu es avec notre enfant...

A toi Esteban, mon petit bonhomme et déjà tellement savant...

Si ta lecture du monde n'est encore que partielle, je sais que tes yeux vont déjà à l'essentiel.

Puissent-ils être ceux du bonheur, qui le voient partout où il se cache et le cherche avec ardeur

Et ton cœur être grand, pour accueillir l'autre dans toute sa différence.

# SOMMAIRE

<b>I. Introduction</b> .....	<b>16</b>
<b>A. L'alcool, un produit vieux comme le monde</b> .....	<b>16</b>
<b>B. L'Alcoolodépendance : une addiction</b> .....	<b>19</b>
1. Les usages et mésusages de l'alcool .....	19
2. L'alcool = un produit « addictif ».....	21
3. Les mécanismes neurobiologiques de la dépendance.....	22
4. Les traitements pharmacologiques.....	23
5. Les multiples conséquences.....	25
<b>C. Les enjeux d'une maladie de santé publique</b> .....	<b>29</b>
<b>D. La place de la médecine générale</b> .....	<b>31</b>
<b>E. Les structures locales de prise en charge dans l'Ain</b> .....	<b>35</b>
1. Ambulatoire .....	35
2. Hospitalier .....	37
<b>F. Le contexte de l'étude</b> .....	<b>38</b>
<b>II. Matériel et Méthode</b> .....	<b>40</b>
<b>A. Objectifs et type d'étude</b> .....	<b>40</b>
<b>B. Population étudiée</b> .....	<b>40</b>
<b>C. Canevas d'entretien</b> .....	<b>41</b>
<b>D. Recueil des données</b> .....	<b>41</b>
<b>E. Analyse des données</b> .....	<b>42</b>
<b>F. Ethique et confidentialité</b> .....	<b>43</b>
<b>III. Résultats</b> .....	<b>44</b>
<b>A. Population étudiée</b> .....	<b>44</b>
<b>B. Ressenti par question</b> .....	<b>45</b>
1. La maladie alcoolique.....	45
2. Le patient alcoolodépendant .....	49
3. L'entourage du patient alcoolodépendant .....	53
4. Les traitements de la maladie alcoolique .....	57
5. Le lieu de la cure , service hospitalier .....	61
6. Les axes d'améliorations .....	64

<b>C.</b>	<b>Analyses dimensionnelles</b> .....	<b>69</b>
1.	L'Échec.....	69
2.	Le temps.....	71
3.	L'impuissance.....	73
4.	L'impuissance apprise .....	74
<b>IV.</b>	<b>Discussion</b> .....	<b>76</b>
<b>A.</b>	<b>Forces et limites de l'étude</b> .....	<b>76</b>
<b>B.</b>	<b>Commentaires des principaux résultats</b> .....	<b>77</b>
1.	Population .....	77
2.	Les principaux résultats.....	78
3.	L'impuissance apprise .....	86
<b>C.</b>	<b>Point de vue des patients</b> .....	<b>88</b>
<b>V.</b>	<b>Conclusions</b> .....	<b>91</b>
<b>VI.</b>	<b>Bibliographie</b> .....	<b>93</b>
<b>VII.</b>	<b>Annexes</b> .....	<b>97</b>
<b>A.</b>	<b>Annexe 1 : Canevas d'entretien</b> .....	<b>97</b>
<b>B.</b>	<b>Annexe 2 : Présentation «Médecin généraliste et patient alcoolo---dépendant sortant de cure : évaluation de la pertinence d'un canevas d'entretien</b> .....	<b>98</b>
<b>C.</b>	<b>Annexe 3 : Présentation du focus group au participants</b> .....	<b>104</b>
<b>D.</b>	<b>Annexe 4 : Cycle de Proshaska et DiClemente</b> .....	<b>107</b>
<b>E.</b>	<b>Annexe 5: Verbatim Focus Group 1</b> .....	<b>108</b>
<b>F.</b>	<b>Annexe 6: Verbatim Focus Group 2</b> .....	<b>122</b>
<b>G.</b>	<b>Annexe 7: Verbatim Focus Group 3</b> .....	<b>151</b>

## **Tables des illustrations**

### **Les figures :**

*Figure 1 : Usage, mésusage, troubles liés à l'usage : un continuum*

*Figure 2 : Marguerite des compétences : référentiel métier et compétences des médecins généralistes*

*Figure 3 : L'alcoolodépendance à travers la marguerite des compétences*

*Figure 4: Analyse thématique question 1*

*Figure 5 : Analyse thématique question 2*

*Figure 6 : Analyse thématique question 3*

*Figure 7 : Analyse thématique question 4*

*Figure 8 : Analyse thématique question 5*

*Figure 9 : Analyse thématique question 6*

*Figure 10 : Analyse dimensionnelle de l'échec*

*Figure 11 : Analyse dimensionnelle du temps*

*Figure 12 : Analyse dimensionnelle de l'impuissance*

*Figure 13 : L'impuissance apprise*

### **Les tableaux :**

*Tableau 1 : Caractéristiques de la population étudiée*

*Tableau 2 : Analyse descriptive question 1*

*Tableau 3 : Analyse descriptive figure 2*

*Tableau 4 : Analyse descriptive figure 3*

*Tableau 5 : Analyse descriptive question 4*

*Tableau 6 : Analyse descriptive question 5*

*Tableau 7 : Analyse descriptive question 6*

*Tableau 8 : Forces et limites de l'étude*

## I. INTRODUCTION

### A. L'alcool, un produit vieux comme le monde...

Certaines études indiquent que les hommes préhistoriques connaissaient déjà l'alcool et ses propriétés psychoactives. En effet, peu utilisé dans un loisir récréatif, l'alcool servait surtout de produit favorisant la transe dans une pratique religieuse, phénomène permettant la communication des Dieux et des hommes. (1)

Plus tard, dans l'Antiquité, des hiéroglyphes indiquent son utilisation antiseptique chez les égyptiens et on retrouve cette notion religieuse chez les Grecs où il existe un Dieu de la vigne et du vin : Dyonisos. Personnage jovial, il incarne le culte de la fantaisie et de la fête.

Connu par la suite sous le nom de Bacchus chez les Romains, les fêtes bacchantales qui s'y rapportent étaient de véritables orgies, marquées par l'excès et la perte de maîtrise.

C'est ensuite dans l'ère du Christianisme que l'on retrouve en partie l'impact de l'alcool dans notre culture actuelle.

En effet, si les ivresses de Noé après le Déluge rendent compte des effets sur le comportement, la place du vin dans la Chrétienté de l'époque est importante. Marquant le début de l'Eucharistie, lors de laquelle le vin est assimilé au sang de Jésus, le changement de l'eau en vin est aussi relaté comme le premier miracle accompli.

C'est au Moyen-âge qu'apparaît le mot « alcool ». Emprunté à la langue arabe sous l'écriture « AL – KOHOL » ou encore « AL- KÔL », il désigne une poudre que les femmes maghrébines se mettaient sur les paupières pour rendre leur regard plus intense et envoutant. C'est ensuite qu'il prendra l'orthographe d' « ALCOOL », désignant « ce qui est subtil ». L'éthymologie de ce mot renferme donc déjà ses propriétés physiques et psychiques : le masque et l'illusion.

La période du Moyen-âge marque également le développement des boissons alcoolisées avec la culture des vignes et la fabrication de bière, par les Moines : offrir du vin était un signe de haute position sociale et le symbole d'une civilisation s'opposant aux « barbares ».

Cette période marque également l'essor de l'eau de vie. Produit issu d'un procédé de distillation, ce terme d'« eau de vie » contraste beaucoup avec les données actuelles de la science. A l'époque, cette substance avait été trouvée par les Alchimistes à la recherche de l'Elixir de longue vie. On sait maintenant que la consommation de cette « eau » n'apporte pas la longévité espérée...

Les modes de consommation se sont également beaucoup modifiés au fil des siècles.

Si le vin et les liqueurs étaient initialement réservés aux nobles, aux bourgeois et à leurs domestiques, l'apparition d'autres boissons telles que le thé, le café dans l'Ancien régime a entraîné la démocratisation des boissons alcoolisées aux autres classes de la société.

Au XVIIIème siècle, rares étaient ceux des classes populaires qui pouvaient s'offrir le luxe de ce type de boisson. Le vin vendu en ville était trafiqué, donnant lieu à de nombreuses intoxications. Il était principalement consommé les jours chômés dans les guinguettes à l'extérieur de la ville. Ce mode de consommation avait principalement un impact social, avec des violences le jour des consommations et un absentéisme le lendemain.

A la veille de la Révolution française, le prix du vin était multiplié par trois quand il franchissait les murs de Paris. Le 12 juillet 1789, deux jours avant la prise de la Bastille, les barrières furent incendiées et le vin circula librement plusieurs jours durant, « Il y avait là de quoi alimenter une révolution » comme le souligne l'historien Larchiver.

C'est ensuite lors du développement industriel, avec l'apparition d'une classe sociale, désignée par Marx sous le terme de « prolétariat », que l'on commence à envisager les conséquences physiques, psychologiques et sociales de l'alcool. Les termes d'« ivrognerie », d'« alcoolisme », font leur apparition courante et sont clairement associés à la déchéance, d'une population particulière, dans laquelle le manque d'instruction et d'avenir sont le lit d'une pauvreté et d'une violence extrême.

*L'Assommoir* d'Emile ZOLA en est un des récits poignants par ses descriptions réelles et détaillées.

D'autres périodes tragiques de l'histoire ont également contribué à l'augmentation de la consommation d'alcool en France. En effet, acheminé en quantité industrielle sur les fronts lors

de la première Guerre Mondiale, l'alcool est presque distribué à volonté et les ivresses ne sont pas rares. L'idée est véhiculée que l'alcool aide le soldat à lutter contre la peur, le froid, le cafard et lui donne la force d'aller au combat. Néanmoins, si comme l'écrit en 1915 Jules Isaac « *la chasse au pinard est depuis le début de la guerre la principale occupation du poilu* », l'alcoolisme est malheureusement un fléau de plus dans l'enfer de la guerre.

La première notion d' « alcoolisme chronique » n'apparaît qu'en 1849 avec le médecin suédois Magnus Huss dans laquelle il y décrit les ravages sur le foie et la santé physique en générale, négligeant les conséquences sociales et comportementales, de ce qui est tout de même appelée une maladie. Même si cette notion est connue, il faudra attendre plus d'un siècle pour qu'en 1960, cette problématique soit inscrite dans un plan gouvernemental.

En effet, c'est dans les années 1950, que la définition de l'alcoolisme chronique est reprise par Pierre Fouquet qui décrit le malade alcoolique comme « celui qui a perdu la liberté de s'abstenir de boire ». C'est alors que la notion de maladie commence à être associée plus clairement, à ce qui n'était que jusqu'ici un vice, une tare, une faiblesse...

Cela fait donc plusieurs milliers d'années que l'alcool fait partie de la vie de l'homme.

Tantôt utilisé pour ses propriétés psychoactives, antiseptiques, désinhibantes, conviviales, anesthésiantes du corps et de l'esprit... il a au fil des âges accompagné l'histoire de l'humanité, en modifiant également le comportement des Hommes.

Si l'image négative autour de l'alcoolisme persiste, elle est le fruit d'une évolution des mœurs et des coutumes françaises pratiquées il y a plusieurs siècles et nous entrons peut être maintenant dans une nouvelle ère, nécessaire, de changement.

## **B. L'Alcoolodépendance : une addiction.**

Si comme nous l'avons vu précédemment, l'alcoolisme est depuis peu de temps considéré comme une maladie, la connaissance des mécanismes qui la régissent est encore plus récente.

### **1. Les usages et mésusages de l'alcool**

En effet, il existe plusieurs modes de consommation ne rentrant pas dans le cadre d'une dépendance et faisant néanmoins bien parti des consommations problématiques.

Pour qu'une consommation d'alcool soit dite normale, elle doit être basée sur 3 critères :

Festive ET occasionnelle ET maîtrisée.

C'est donc bien l'association de ces trois dimensions qui garanti un usage d'alcool sans risque.

A partir du moment où une dimension n'est pas respectée, on tombe dans le mésusage.

En effet, on peut distinguer plusieurs catégories (2) :

- **Le non –usage** qui peut être primaire, s'il est initial (enfants, pré-adolescents, préférences personnelles et/ou culturelles) ou secondaire, quand il intervient après une période de mésusage.
- **L'usage simple**, dit à faible risque, qui doit répondre à 2 critères : 1) l'absence de répercussion somatique, 2) une consommation inférieure aux limites fixées par l'OMS soit :
  - jamais plus de 4 verres par occasion pour l'usage ponctuel
  - chez l'homme : pas plus de 21 verres par semaine pour l'usage régulier (soit 3 verres/j)
  - chez la femme : pas plus de 14 verres par semaine pour l'usage régulier (soit 2 verres/j)
- **L'usage à risque**, qui est susceptible d'entraîner des dommages à plus ou moins long terme, avec 2 types de risques différents
  - Cumulatif et différé : consommation au dessus des valeurs de l'OMS
  - Immédiat : lors de conduites à risque telles que la conduite automobile, la gestion d'un poste de sécurité, la consommation rapide ou associées à d'autres substances psycho actives, les pathologies psychiatriques ou organiques

associées, les situations physiologiques particulières (grossesse, dette de sommeil..)

- **L'usage nocif**, défini par l'existence d'un symptôme et non par un niveau de consommation spécifique. Il s'agit de symptômes physiques (hépatite, cirrhose...) ou psychiques (épisodes dépressifs à la suite d'une forte consommation d'alcool)
- **La dépendance**, qui n'est pas en lien avec une quantité d'alcool consommée mais avec une altération de la qualité de vie et qui répond à un certain nombre de critères que nous allons voir ci-dessous.

Ces deux derniers modes de consommation définissent **les troubles liés à l'usage de l'alcool**, qui appartiennent à la catégorie du **mésusage**, comme l'explique bien la figure ci-dessous. (2)

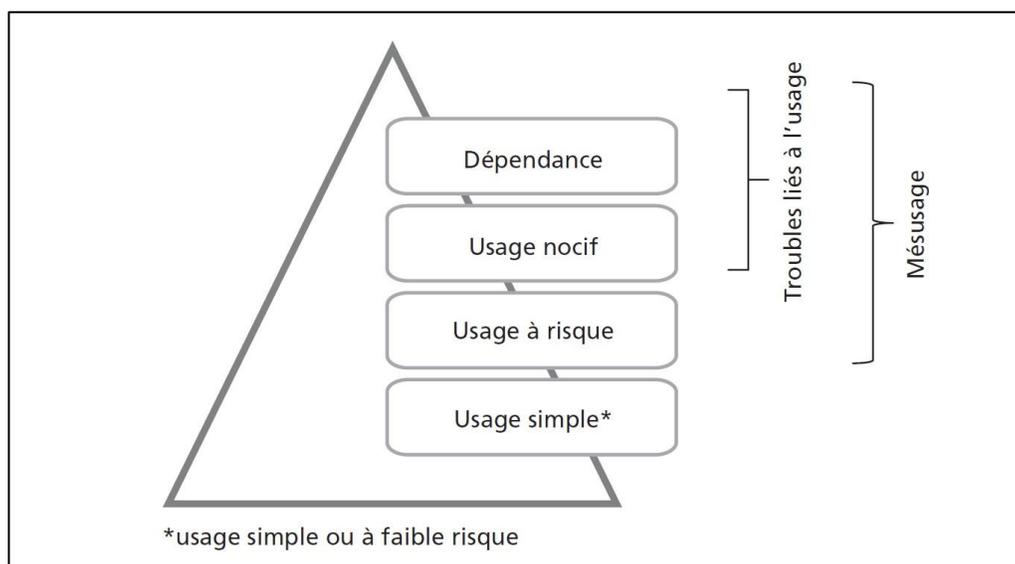


Figure 1 : usage, mésusage, troubles liés à l'usage : un continuum

## **2. L'alcool = un produit « addictif »**

C'est en 1976 qu'un psychiatre britannique, Edwards, fait reconnaître par l'OMS la notion de « syndrome de dépendance à l'Alcool ».

Les avancées des neurosciences ces dernières décennies nous donnent actuellement une vision plus précise des mécanismes de la dépendance.

En effet, le concept de dépendance ou d'addiction, est largement admis maintenant, au sein du corps médical et également dans la population générale comme une privation de liberté.

Du latin « ad dicere », signifiant « dire à », le terme d'addiction trouve ses origines dans l'esclavage romain. En effet, l'esclave qui n'avait pas de nom propre, était « dit » au nom de son maître, le privant d'une identité et donc de son indépendance.

Plus tard, au Moyen-âge, le terme « addictus » désignait une personne ne pouvant rembourser son créancier autrement que par le fruit de son travail. A la suite d'une ordonnance du tribunal, il devenait donc pieds et poings liés à un autre, et l'on retrouve donc une fois encore cette notion de privation de liberté.

C'est actuellement le mot de « **dépendance** » qui est utilisé dans le DSM ( *Diagnostic and Statistical manual of Mental disorder*) dont la cinquième version est parue en 2013, pour désigner ce mode d'utilisation inadapté d'une substance conduisant à **une altération du fonctionnement ou une autre souffrance**, cliniquement significative, caractérisée par la présence de deux (ou plus) des manifestations suivantes, à un moment quelconque d'une période continue de **12 mois** :

- 1- Besoin impérieux et irrépissible de consommer la substance ou de jouer (craving)
- 2- Perte de contrôle sur la quantité et le temps dédié à la prise de substance ou au jeu
- 3- Beaucoup de temps consacré à la recherche de substances ou au jeu
- 4- Augmentation de la tolérance au produit addictif
- 5- Présence d'un syndrome de sevrage, c'est-à-dire de l'ensemble des symptômes provoqués par l'arrêt brutal de la consommation ou du jeu
- 6- Incapacité de remplir des obligations importantes
- 7- Usage même lorsqu'il y a un risque physique
- 8- Problèmes personnels ou sociaux

- 9- Désir ou efforts persistants pour diminuer les doses ou l'activité
- 10- Activités réduites au profit de la consommation ou du jeu
- 11- Poursuite de la consommation malgré les dégâts physiques ou psychologiques

L'addiction est qualifiée de **faible** si 2 à 3 critères sont satisfaits, **modérée** pour 4 à 5 critères et **sévère** pour 6 critères et plus. (2)

### **3. Les mécanismes neurobiologiques de la dépendance**

Le terme de « drogue » désigne toute substance pharmacologique active sur l'organisme et regroupe donc un nombre important de substances telles que l'héroïne, la cocaïne, l'alcool, les médicaments ou encore le sucre. En effet, de récentes études mettent en évidence le potentiel addictif du sucre, qui serait plus élevé que celui de la cocaïne... (3)

L'effet psycho-actif des drogues entraîne une modification de l'état de conscience par la libération de dopamine, un neurotransmetteur du plaisir, dans le système nerveux central et active de ce fait le circuit de la récompense.

Si les mécanismes de la dépendance sont communs, il est important de noter que la dépendance peut être **physique** et/ou **psychologique**. Ceci permet de comprendre l'existence de nombreux phénomènes addictifs, tels que les jeux vidéo, d'argent ou de hasard qui entrent dans la catégorie des « addictions sans produit ».

Pour qu'une dépendance s'installe, il faut généralement l'intervention de 3 mécanismes :

- Une augmentation de l'envie de consommer = recherche du plaisir: renforcement positif
- Un état émotionnel négatif = recherche d'un soulagement : renforcement négatif
- Une diminution de la capacité à se contrôler= perte de contrôle de la consommation

L'alcoolodépendance a donc comme point de départ le plaisir, entraîné par cette substance psychoactive qu'est l'alcool. Cette sensation est générée électrochimiquement au niveau du cerveau par la libération de la dopamine qui induit le phénomène de la récompense (4).

Cette augmentation massive et non physiologique de dopamine, entraîne une modification des messages dans d'autres aires cérébrales, avec notamment une activation des récepteurs aux endorphines, molécules impliquées dans l'antalgie et la sensation de bien être.

Il en résulte une diminution de la production naturelle d'endorphines lors d'une consommation régulière d'alcool, avec comme conséquence un plaisir obtenu uniquement par l'apport d'une substance extérieure : ici l'alcool.

Si ce phénomène de dépendance à l'alcool est basé sur des circuits neuronaux modifiés par la prise d'alcool, **les facteurs** culturels, sociaux et environnementaux n'en restent pas moins déterminant dans l'activation et le maintien de ce processus.

En effet, tout au long de la maladie, ces facteurs **externes** et/ ou **internes** au patient interagissent avec ces mécanismes électrochimiques pour favoriser ou freiner l'installation de la dépendance. Ces facteurs sont également modifiés en quantité, nature et importance en lien avec les conséquences de cette pathologie.

#### **4. Les traitements pharmacologiques**

Basés sur les circuits neuronaux de la dépendance activés lors de consommation d'alcool, les traitements pharmacologiques utilisent un ou plusieurs récepteurs neuromaux pour tenter de modifier le circuit.

Ainsi, en dehors de la période de sevrage en elle-même, on trouve actuellement 2 grandes classes de médicaments, répondant à 2 objectifs différents.

Si pendant de très nombreuses années, le seul et unique modèle proposé au patient pour sortir de leur alcoolodépendance a été l'abstinence, une nouvelle tendance se profile depuis plusieurs années appelée « la réduction des risques. »

En effet, et pour toutes les raisons sociales, sociétales et neurobiologiques que nous avons vu précédemment, l'abstinence n'est pas l'objectif le plus simple à atteindre pour les patients même s'il est celui leur permettant de sortir rapidement de la dépendance physique.

On comprend bien que si l'alcoolodépendance les met en marge de la société, l'abstinence les maintient aussi à l'écart des consommateurs dits « normaux ». Ainsi, de plus en plus de patients disent vouloir réduire leur consommation d'alcool sans la stopper, ce que les professionnels de santé encouragent pour réduire la morbi-mortalité liée à l'alcool avec comme objectif de passer d'un mésusage à un usage sans risque.

Pour accompagner l'abstinence, les récentes Recommandations de Bonnes Pratiques éditées par la Société Française d'Alcoologie (2) recommandent les traitements par Acamprostate (AOTAL®) et Naltrexone (REVIA ®) pour une durée de 6 mois à 1 an, prolongée en fonction des bénéfices ressentis par le patient.

Ces médicaments ont pour objectifs d'agir sur le maintien de l'abstinence et la prévention des rechutes.

En seconde intention dans cette catégorie, il peut également être proposé le Disulfirame (ESPERAL ®) dont l'effet antabuse lors d'une consommation d'alcool est basé sur un blocage enzymatique. Ce médicament, dont l'efficacité est fondée sur les réactions aversives lors d'un usage d'alcool, ne doit être prescrit qu'à des patients très motivés par ce traitement et avec une surveillance rapprochée à cause des nombreux effets indésirables, potentiellement très graves.

Sur le marché français depuis 2014, le Nalméfène (SELINCRO®) est le médicament recommandé dans la démarche de réduction des risques. Son fonctionnement tiendrait en une action sur plusieurs récepteurs ayant comme effet une diminution du craving, envie irrésistible de consommer. Ce traitement a pour but d'être pris par le patient 1 fois /j, à la demande, par anticipation de situations à risque de consommation.

Un autre médicament, le très médiatique Lioréal ( BACLOFENE ®) tient aussi cette place sur le marché. Toujours en cours d'évaluation, il n'est pas recommandé en première intention mais en cas d'échec ou d'impossibilité de traitement par 1) l'Acamprostate et la Naltrexone pour le maintien de l'abstinence et la prévention des rechutes 2) le Nalméfène pour la réduction de la consommation.

Son action agirait également sur une diminution du craving de récompense avec des doses relativement importantes et variables individuellement.

Tous ces traitements, d'actions différentes sur le système nerveux central, ont cependant un point commun : ils interviennent en soutien d'une prise en charge globale où le travail psychologique a un rôle fondamental.

Abordé sous des aspects différents, que ce soit par des entretiens psychologiques, des ateliers d'art thérapie, des thérapies cognitivo-comportementales ou encore des séances d'activation de pleine conscience, la prise de conscience des émotions et la mise en mot sont des outils bien souvent indispensables pour que le patient puisse sentir l'origine de sa souffrance et mobiliser ses ressources dans un mouvement vers l'indépendance.

## **5. Les multiples conséquences**

Si les effets physiques de l'alcool sont généralement bien connus par les consommateurs, avec principalement une atteinte du foie, les conséquences d'un mésusage et a fortiori d'une dépendance à l'alcool sont extrêmement nombreuses et variées.

En effet, les retentissements sont tellement vastes et importants qu'on parle dorénavant d'un modèle de prise en charge biopsychosociale pour cette maladie (5).

### **a. Retentissements physiques**

De part ses propriétés biochimiques qui le rendent miscible dans l'eau, l'alcool a une excellente capacité de diffusion dans le corps humain, composé à 70% d'eau.

Les conséquences sont donc très diverses, avec des atteintes très diffuses également, dont on peut citer certaines :

Sur la plan neurologique, on retrouve un phénomène de toxicité nerveuse donnant lieu à des polynévrites des membres, des névrites optiques retro bulbaire pouvant aller jusqu'à la cécité et une atrophie cérébelleuse. Il existe aussi une toxicité carencielle, où l'inhibition de l'absorption de certaines vitamines (B1 principalement et B6) par l'alcool sur le tube digestif, est responsable de d'encéphalopathie et de démence alcoolique (syndrome de Korsakoff). Le cerveau peut aussi subir une toxicité métabolique en lien avec un dysfonctionnement du foie et à l'origine d'encéphalopathie hépatique.

A noter que les accidents vasculaires cérébraux ont une fréquence significativement augmentée dès que la consommation dépasse 6 verres par jours (soit 60g d'alcool).

L'arrêt brutal des consommations est tout aussi problématique avec la survenue possible de crise d'épilepsie dont les conséquences traumatiques peuvent être à l'origine d'hémorragies cérébrales.

Sur le plan digestif, les principales atteintes sont donc hépatiques avec différents stades allant de la stéatose (ou foie gras) jusqu'à la cirrhose. Cet état fibreux du foie empêchant son fonctionnement, les conséquences sont nombreuses et marquées biologiquement par l'insuffisance hépatique avec un défaut de fabrication des facteurs de la coagulation, et mécaniquement par l'hypertension portale et ses retentissements vasculaires, spléniques, gastriques, et hémodynamiques.

Le pancréas est également touché par les consommations chroniques d'alcool avec l'installation de pancréatites aiguës et chroniques, pouvant devenir calcifiantes. Les dysfonctions pancréatiques peuvent être à l'origine d'un diabète insulino-requérant.

Sur le plan cardio-vasculaire, l'alcool est très fréquemment responsable d'une hypertension artérielle lors des consommations chroniques. De même, les atteintes cardiaques avec des myocardiopathies dilatées et les troubles du rythme ne sont pas rares.

Un hypertriglycéridémie transitoire est retrouvée et disparaît bien souvent avec l'arrêt de l'alcool.

Sur le plan ostéo-musculaire, on retrouve des atteintes musculaires motrices avec une rhabdomyolyse qui peut être associée. L'alcool favorise aussi l'ostéoporose et l'ostéo-nécrose aseptique de la tête fémorale, sans compter les fractures du crâne, des côtes et des clavicules suite aux chutes.

Sur la plan cancérologique, l'alcool est un facteur de risque majeur de développement des cancers des voies –aérodigestives et de l'œsophage, surtout s'il est associé au tabac.

Le cancer du foie, ou carcinome hépatocellulaire, qui intervient majoritairement sur le lit d'une cirrhose, a donc aussi l'alcool comme principal facteur de risque.

L'alcool pourrait également jouer un rôle dans l'apparition des cancers du sein, du colon et du rectum.

Sur le plan sanguin, on note généralement des perturbations en lien avec un dysfonctionnement de la rate, du foie et des carences, ce qui rend les patients beaucoup plus vulnérables aux infections et sujets aux hémorragies.

Tous ces éléments, bien connus des médecins généralistes, sont autant d'indices de dépistage d'un mésusage de l'alcool. Si les signes somatiques sont bien décrits et peuvent paraître évidents, les retentissements psychologiques ne sont pas moins nombreux.

#### b. Retentissements psychologiques

En effet, l'alcool, souvent utilisé comme « médicament » par les patients pour son effet anxiolytique immédiat, a d'importantes répercussions sur la santé mentale à court, moyen et long terme.

Ces effets sont à l'origine de nombreux symptômes, qui favorisent le repli du patient sur lui-même, aggrave son manque de confiance dans ses capacités à s'en sortir et l'isolent un peu plus de son entourage. On retrouve donc en majorité (6-7) :

- Une irritabilité
- Une anxiété généralisée
- Des troubles du sommeil
- Des troubles de mémoire
- Un syndrome dépressif

Ces symptômes sont également à l'origine de nombreux troubles du comportement tels que :

- Des tentatives de suicide
- Des dépendances à d'autres produits psycho actifs : tabac, anxiolytiques
- L'usage de drogues illicites

Ces symptômes et troubles du comportement ne facilitent pas les démarches du patient pour aller vers le soin. Très souvent, ils participent en très grande partie au maintien des conduites d'alcoolisation régulière, et majorent donc un peu plus le tableau.

Désinhibant, l'alcool favorise malheureusement les passages à l'acte, et les suicides ne sont pas rares au cours de cette maladie. Si l'alcool est une prison psychique pour le patient, il engendre également des modifications importantes du comportement entraînant des situations au cours desquelles le patient ne se reconnaît plus du tout. La culpabilité, immense qui s'en suit, majorée par le regard de l'entourage blessé, ne permet bien souvent pas d'éclairer « le bout du tunnel » et fragilisent d'autant plus la pensée « velcros » qui maintenaient jusque là sa survie psychique (8). Si les idées suicidaires ne conduisent pas toujours à des actes auto agressifs, les troubles sociaux finissent généralement par isoler complètement le patient d'une vie dont il ne peut plus suivre le mouvement.

### c. Retentissements sociaux

Très nombreux, ils sont souvent sur le devant de la scène et renforcent généralement l'image négative des patients alcoolodépendants.

On retrouve donc, de manière non exhaustive (6-7) :

- des difficultés conjugales et /ou de la violence domestique
- des difficultés scolaires, de la violence sur les enfants
- des violences publiques
- des problèmes financiers chroniques
- un absentéisme
- des licenciements multiples
- des arrêts de travaux à répétition
- une kleptomanie
- une désinsertion sociale

Quand la santé physique, mentale, sociale vacillent dans un contexte de souffrance et de ressources internes épuisées, l'accès aux soins est une épreuve supplémentaire pour le patient qui désire profondément s'en sortir.

Meurtri après des mois, des années de conflits internes, de culpabilité, le jugement qu'il porte sur lui-même est souvent bien plus sévère que le regard de la société.

En effet, si les mécanismes de la dépendance ne sont pas bien connus de tous, ils laissent encore la place au doute sur le statut de maladie.

Pourtant, au même titre que le diabète, cette pathologie chronique nécessite des soins, des traitements, un suivi psychologique, une éducation du patient et de son entourage et surtout un accompagnement globale pour tendre vers un objectif de qualité de vie et une vraie diminution des décès, beaucoup trop nombreux, liés à ce produit.

### **C. Les enjeux d'une maladie de santé publique**

Comme nous l'avons vu en début d'introduction, l'alcool a une grande place dans la culture française, de part son histoire, ses mœurs et ses coutumes.

L'ODFT, Observatoire Français des Drogues et Toxicomanie, dresse un rapport régulier des consommations de produits addictifs dont l'alcool (9-10).

Son rapport de 2013 indique que 8 français sur 10 ont consommés de l'alcool au cours de la dernière année et qu'un usage régulier concerne 8.8 millions de personnes contre 5.5 millions pour un usage quotidien.

L'usage régulier concerne majoritairement les 45-64 ans avec néanmoins une augmentation de la consommation des 18-25 ans par rapport à 2005. Ceci semble être la tendance de nouveaux modes d'alcoolisation chez les jeunes, avec de l'alcoolisation ponctuelle importante (API) en augmentation. Définie par au moins 5 verres en une même occasion chez l'adolescent, elle représente 53.2% des jeunes de 17 ans en 2011.

Ces alcoolisations massives et aiguës, aux conséquences encore trop souvent fatales, sont sur le devant de la scène médiatique depuis plusieurs années et s'inscrivent malheureusement dans un nouveau phénomène de mode autour de ce produit et qui vient s'ajouter, à la liste beaucoup trop longue, des décès liés à l'alcool.

En effet, toutes causes confondues, l'alcool est responsable d'environ 49 000 décès par an ( 11), ce qui correspond, après un rapide calcul, à 136 décès par jour, autrement dit **toutes les 10 min, 1 personne meurt de l'alcool en France !**

Il serait donc tout à fait déplacé de rappeler l'importance de cette maladie en termes de Santé Publique...

Depuis plusieurs années déjà, l'alcool fait partie des différents plans gouvernementaux.

Si auparavant, ces plans de lutte contre la drogue et des dépendances visaient surtout les drogues dites dures, le cannabis et les ivresses aiguës, depuis 2004 il semble que la dépendance à l'alcool soit également une des priorités des différents gouvernements (12).

En septembre 2013, la MILDT (Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie) adoptait le **nouveau Plan gouvernemental de lutte contre la drogue et les conduites addictives 2013-2017** (13).

Ce document donne 3 priorités à l'action publique dans ce domaine :

\*fonder l'action publique sur l'observation, la recherche et l'évaluation

Un effort de recherche doit être mené pour mieux cerner les motivations à la consommation et débanaliser l'usage, notamment d'alcool, de tabac et de cannabis. Il doit permettre aussi d'améliorer les traitements médicamenteux et de favoriser les stratégies thérapeutiques innovantes. « S'appuyer sur des données scientifiquement validées c'est à la fois accroître l'efficacité des politiques et renforcer leur acceptabilité en démontrant leur légitimité. »

\*prendre en compte les populations les plus exposées pour réduire les risques et les dommages sanitaires et sociaux

Le plan s'attarde plus particulièrement sur certaines populations :

- les jeunes, pour lesquels il s'agit de s'employer à « empêcher, retarder ou limiter les consommations, **sans proposer de réponses hygiénistes ou moralisatrices**, dont on sait qu'elles sont inefficaces ». La promotion globale de la santé et **le renforcement des compétences** psychosociales des jeunes et de leurs parents font partie de la stratégie ;
- les femmes, qui connaissent des difficultés particulières : moins d'accès aux soins, vulnérabilité spécifique au moment de la grossesse.

L'action publique veut favoriser « **l'aller vers** » des professionnels de la santé auprès des populations exposées. **Le regard social porté sur les consommateurs doit également changer** pour améliorer la prévention et leur insertion professionnelle, via notamment des actions de médiation sociale.

\* renforcer la sécurité, la tranquillité et la santé publiques en luttant contre les trafics et contre toutes les formes de délinquance liées aux consommations de substances psychoactives.  
Le trafic de drogues est à l'origine de nombreux crimes et délits et impactent les citoyens. « Dans une approche préventive, la puissance publique doit veiller avec la même exigence à l'application des lois qui protègent et de celles qui punissent ; des lois qui interdisent la vente d'alcool et de tabac aux mineurs et de celles qui sanctionnent l'usage de stupéfiants. » Cela passe par la mobilisation de tous les acteurs : administrations, partenaires associatifs, élus locaux... La rencontre avec la population doit être privilégiée. Le plan veut également renforcer le renseignement opérationnel, adapter les techniques et moyens d'enquête et mutualiser les savoir-faire en la matière.

On voit que ce plan social regroupe un certain nombre de projets à créer, construire, développer, et mettre en place pour une action au plus juste, dans un échange de compétence aussi bien des soignants que des patients, qui restent les principaux experts de leur pathologie. Cette dynamique nécessite un discours différent auprès des usagers, pour modifier le regard de la société et leur regard sur eux même, dans un mouvement « d'aller vers » qui est un terme porteur d'idées et de projets prometteurs. Si l'envie est réellement là, quels en seront les moyens et les acteurs ?

#### **D. La place de la médecine générale**

La WONCA Europe (*World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians* »), société savante de Médecine générale d'envergure mondiale, a définie en 2002 les compétences fondamentales du médecin généraliste- médecin de famille (6-14)

C'est donc en partie sur ces bases que l'enseignement de la médecine générale s'est appliqué à adresser un message de prise en charge globale, pluridisciplinaire et centrée sur le patient aux étudiants de cette discipline, qui est depuis 2004, une spécialité à part entière.

Ainsi, une « marguerite des compétences » a été créée, regroupant les concepts et leur interaction dans la prise en charge des patients et permettant aux futurs praticiens un apprentissage de leur métier par compétence (cf figure ci-dessous)

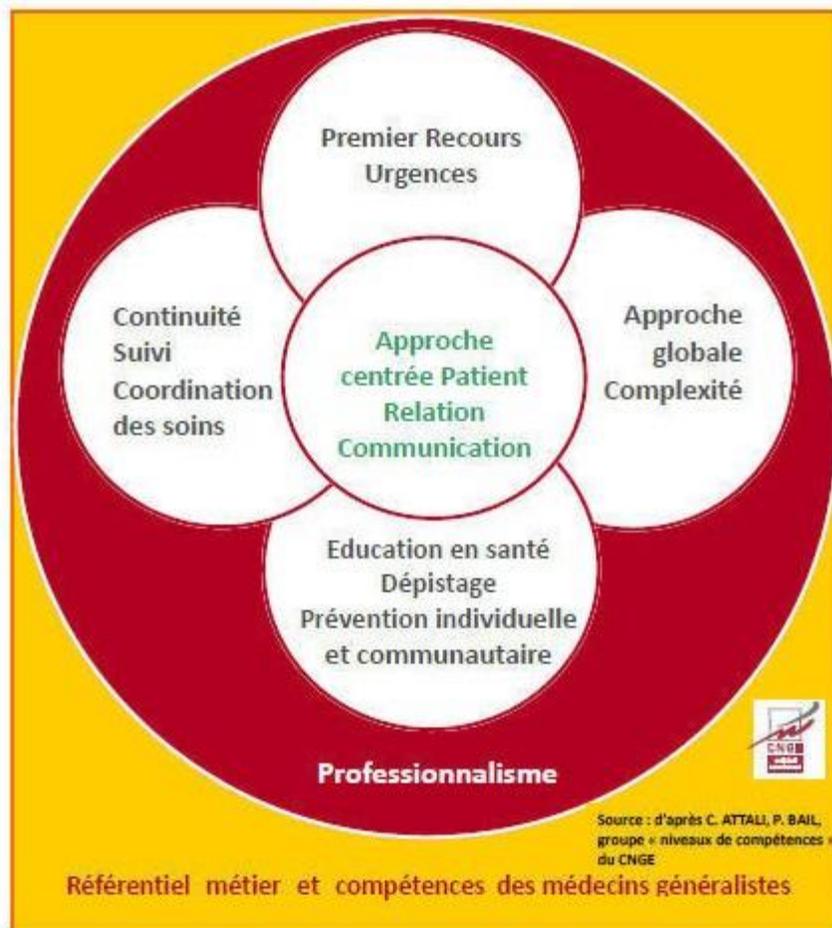


Figure 2 : Marguerite des compétences : référentiel métier et compétences des médecins généralistes

Selon ce modèle, ayant pour objectif un professionnalisme global, s'appuyant sur chaque « pétale », on voit clairement la place qu'occupe le médecin généraliste, notamment dans la prise en charge d'une pathologie comme l'alcoolodépendance.

En effet, cette maladie spécifique est une véritable spécialité de médecine générale car elle nécessite l'ensemble des compétences dont dispose le praticien, dans un accompagnement adapté, comme le montre la marguerite modifiée, ci-dessous :

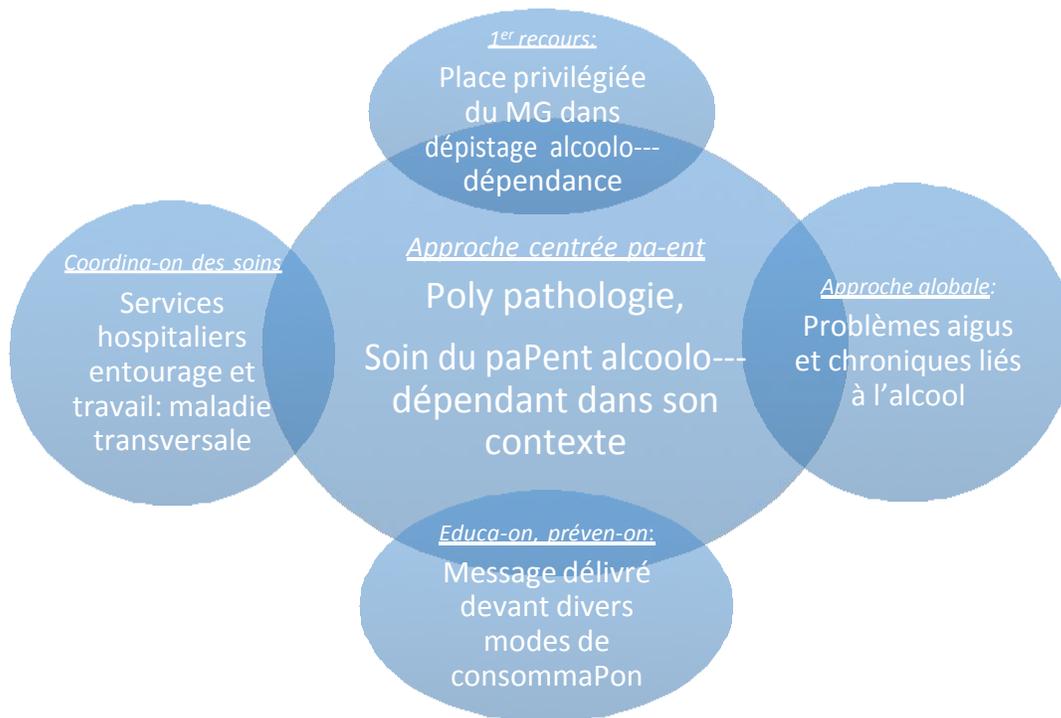


Figure 3 : L'alcoolodépendance à travers la marguerite des compétences

**Le 1<sup>er</sup> recours :**

Le médecin généraliste est clairement l'acteur de santé publique numéro 1.

En 2008, toute classe d'âge confondu, chaque personne a effectué en moyenne 4.4 visites chez un médecin généraliste. On voit donc la place privilégiée dans le repérage des troubles liés à la consommation d'alcool, en lien ou non avec une dépendance. (15)

**L'approche globale :**

Cette approche permet de gérer les différentes conséquences d'une consommation d'alcool aigue ou chronique, de voir le lien avec les symptômes variables d'un patient à un autre afin de proposer une prise en charge des plus adaptée.

### **L'éducation et la prévention :**

Acteur de soin, le médecin fait également parti intégrante de la communauté.

A ce titre, il acquière des connaissances pouvant lui permettre de délivrer un message adapté au patient et aussi à la population qu'il rencontre et suit à des âges différents.

### **La coordination des soins :**

Cette maladie transversale nécessite un lien avec différents acteurs autour du patient. Que ce soit avec l'entourage familial ou professionnel, ou encore avec les différentes spécialités d'organe, la place du médecin généraliste au carrefour de toutes ces interactions lui permet une vision globale pour orienter ses décisions.

### **L'approche centrée patient :**

C'est au cœur de la marguerite, nourri de ses pétales de compétences et basée sur sa capacité à la résolution de problème complexe, que le médecin généraliste a cette excellente capacité d'intégration de variables pour aller au plus juste dans la prise en charge et proposer un accompagnement des plus adapté au patient alcool-dépendant.

Si cette approche par compétence est facile à mettre en évidence, la mise en pratique au quotidien n'est cependant pas si simple pour bon nombre de médecins généralistes.

C'est notamment un des freins relevé par l'HAS, lié aux conditions d'exercice et aux représentations des professionnels de santé de premier recours, dans la mise en pratique des interventions brève en alcoologie (16).

Cette technique de sensibilisation de l'utilisateur a été développée comme un outil de la médecine générale entre autre, pour favoriser le repérage, l'information et la prise de conscience des personnes en situation de mésusage.

Son rapport de 2014 met en avant que « les médecins généralistes sont actuellement confrontés à des difficultés de faisabilité d'un repérage systématique supplémentaire et de mise en œuvre d'intervention brève qui doublerait la durée de consultation dont le motif est exceptionnellement l'alcool », de plus, « les représentations des professionnels de santé concernant l'alcool et leur propre consommation représentent des freins supplémentaires à la mise en œuvre d'un programme de type repérage précoce et intervention brève en alcoologie ».

Dans ce cours résumé des difficultés exprimées par les médecins, on découvre d'ors et déjà un certain nombre de notions que nous retrouverons ultérieurement avec un aspect chronophage, d'une maladie rarement déposée spontanément comme un problème par le patient, et qui mobilise aussi les propres représentations du soignant (17).

Si l'on comprend facilement les freins exprimés par les médecins, quelles sont les structures actuellement disponibles pour simplifier leur prise en charge ?

## **E. Les structures locales de prise en charge dans l'Ain**

La ville de Bourg en Bresse a édité, à la suite d'une vaste étude, un *Diagnostic local de santé* en mars 2010 (18). Ce document, reprend en grande partie les différentes structures mise en place pour le soin et l'accompagnement des patients alcoolodépendants.

Comme au plan national, on retrouve principalement 2 modes de prise en charge distincts : ambulatoire et hospitalier

### **1. Ambulatoire**

En dehors de la période de sevrage en alcool, qui peut répondre à des critères nécessitant l'hospitalisation, c'est le mode d'accompagnement privilégié.

En effet, il permet au patient de s'inscrire de manière adaptée dans son quotidien, en lui offrant un soutien au plus prêt des difficultés rencontrées afin d'envisager et d'accueillir les changements nécessaires à l'atteinte de l'objectif qu'il s'est fixé.

Pour cela, il existe une antenne nationale, l'ANPAA (Association Nationale en Alcoologie et Addictologie de l'Ain) qui dispose d'un CSAPA (Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) pour accueillir les patients (19).

Les missions du CSAPA sont nombreuses :

- le diagnostic et l'évaluation du risque des maladies liées à l'alcool ;
- le conseil et le suivi des personnes en difficulté avec l'alcool ;
- l'accompagnement des personnes dans les différentes phases du sevrage ;
- l'aide personnalisée à la famille et à l'entourage ;

- le suivi de la réinsertion sociale.

Les CSAPA assurent également une fonction d'information, d'éducation pour la santé, voire d'enseignement et de recherche.

Composée de psychologues spécialisés en addictologie, de conseillères en économie sociale et familiale et de médecins généralistes, cette équipe assure en majorité le suivi des patients à la sortie d'un sevrage hospitalier et est un relais précieux dans la prise en charge des médecins généralistes.

Dans l'Ain, on retrouve plusieurs antennes ou permanence du CSAPA dans les villes du département. Actuellement, les lieux d'accueil se font à :

Ambérieu - Belley – Bellegarde-sur-Valserine – Bourg-en-Bresse – Châtillon sur Chalaronne – Meximieux – Oyonnax – St Genis Pouilly - St Maurice de Beynost - Trévoux.

En 2008 Addiction 01, un réseau d'information et d'orientation à destination des usagers et des professionnels a été créé à l'initiative de médecins généralistes et addictologues pour faciliter la cohérence de soin et le suivi des patients dépendants. Cette association fait désormais parti de la plateforme SOUTI'AIN depuis sa création en 2014 et qui vise entre autre, à informer le public, informer et former les professionnels pour améliorer l'orientation dans le système de soin et aider à gérer les situation complexes (20).

Dans ce cadre là, une coordinatrice d'appui intervient même à domicile pour des patients alcoolodépendants et permet dans de très nombreux cas de :

- Maintenir les liens sociaux avec les patients
- Favoriser l'adhésion aux soins
- Diminuer les réhospitalisations pour sevrage
- Soulager les équipes soignantes et amorcer une nouvelle dynamique de soin

Cette expérience lancée par la plateforme SOUTI'AIN connaît un grand succès auprès des différents acteurs depuis son lancement. Victime de son efficacité, il est de moins en moins facile de faire bénéficier de cette prise en charge aux patients, la coordinatrice exerçant seule pour un besoin d'action à domicile de plus en plus important.

## 2. Hospitalier

Le service hospitalier du Centre Hospitalier Fleyriat, à Bourg en Bresse, dispose d'un service de sevrage hospitalier, de consultation et d'une ELSA (Equipe de Liaison et de Soutien en Addictologie).

Les consultations prennent en charge des patients adressés par des médecins généralistes du département, des psychologues, des conseillères en économie sociale et familiale, et des médecins des CSAPA de l'Ain ou bien des demandes de patients directement. Elles sont réalisées par les 2 médecins du service, avec l'aide précieuse et complémentaire d'un médecin addictologue et gastro-entérologue ainsi qu'un psychiatre addictologue à raison d'une journée chacun par mois.

Le service dispose de 15 lits d'hospitalisation, avec des séjours de 14 jours en moyen, variables en fonction des besoins et de la pathologie du patient.

L'équipe d'addictologie du service se compose de 2 médecins, 5 infirmières et 2 secrétaires.

Le service d'addictologie est intégré au sein du département d'hépatogastro-entérologie et addictologie qui dispose de 20 lits de gastro-entérologie, ce qui permet une facilité dans la gestion des complications somatiques des patients dépendants, grâce à l'avis spécialisé des médecins hépato-gastroentérologues qui y exercent.

Enfin, l'ELSA intervient sur demande dans tout le Centre Hospitalier et ses structures affiliées, par l'intermédiaire des infirmières et /ou des médecins.

Par ailleurs, il existe un centre de Post Cure, l'Espérance, sur le plateau d'Hauteville avec qui le service d'addictologie a développé des liens très étroits.

En effet, 2 des 3 médecins qui y travaillent sont aussi ceux qui participent à la consultation d'addictologie sur Fleyriat. Les 2 médecins de l'unité de Fleyriat animent quant à eux un groupe de sortie deux fois par mois dans cette structure.

L'Espérance peut accueillir jusqu'à 45 patients pour des séjours de 4 semaines environ, au cours desquelles, le patient bénéficie d'un suivi psychologique, d'entretiens individuels ainsi que d'activités groupales, et de nombreux outils pour atteindre ses objectifs.

## **F. Le contexte de l'étude**

L'idée de cette thèse est née en même temps que ma découverte de l'addictologie.

Interne dans le service du Dr BERNABEU à Fleury, j'ai été frappée par cette pathologie, par toute la détresse qu'elle faisait vivre aux patients, par toute la force qu'elle sollicitait en eux, par toute l'humanité des professionnels les entourant.

Très impliqués dans le soin, les patients hospitalisés pour un sevrage physique en alcool étaient pour beaucoup animés d'une motivation sincère et efficace, leur permettant tout d'abord de se trouver là.

Une fois leur séjour terminé et la mise à distance du produit réalisée, souvent à l'aide de traitement médicamenteux, ils regagnaient leur quotidien et leurs problématiques malheureusement, avec au préalable la mise en place d'un suivi psychologique et addictologique, par la création de ce lien humain, moteur de toute démarche relationnelle.

Ce lien, il l'avait déjà très bien construit avec le médecin traitant qui les avait bien souvent adressés et qui représentait l'acteur de soin de premier recours dès leur sortie de l'hôpital.

Si les courriers adressés rapidement à ces généralistes avaient pour vocation de créer également un lien entre la prise en charge addictologique hospitalière et ambulatoire, qu'elles étaient réellement les attentes des destinataires? Qu'est ce que la cure allait changer, ou non, dans le lien qu'il avait créé avec le patient, dans le regard qu'il portait lui ?

En effet, ce qui met ce lien à rude épreuve dans cette pathologie chronique ce sont bien entendu les rechutes.

Si elles se produisent, elles interviennent à domicile, à distance ou non de la fin du séjour de sevrage. Vécues bien souvent comme un échec pour le patient et pour le soignant, et elles peuvent entraîner un découragement de la part des acteurs de soin, notamment le médecin généraliste.

Même si ces compétences font de lui la pierre angulaire de la prise en charge du patient alcoolodépendant, comment vit-il les rechutes des patients après les avoir adressés au centre hospitalier ? Comment se situe-t-il tout simplement dans la prise en charge après le sevrage ?

C'est donc autour de cette question que ce travail s'est construit, dans l'objectif d'identifier au mieux les freins, les difficultés et les demandes des médecins généralistes pour favoriser la cohésion, le lien et l'entraide des professionnels de santé autour de cette question de l'alcoolodépendance, maladie de santé publique, complexe à prendre en charge.

## **II. MATÉRIEL ET MÉTHODE**

### **A. Objectifs et type d'étude**

L'objectif principal de cette étude étant d'évaluer la place du médecin généraliste dans le suivi du patient sortant d'un sevrage hospitalier, nous avons pensé que le recueil de leur ressenti sur cette question nous permettrait d'être au plus près de notre objectif.

C'est pourquoi, pour ce travail de thèse, nous avons procédé en une étude qualitative, visant à « évaluer le ressenti du médecin généraliste face à un patient alcoolo-dépendant sortant d'une cure de sevrage en alcool ».

L'objectif secondaire était de dégager des axes d'amélioration permettant un meilleur lien entre les médecins généralistes et le service hospitalier d'addictologie du Centre Hospitalier (CH) de Fleyriat, à Bourg en Bresse.

La méthode par entretien collectif, ou focus group, a été choisie afin d'évaluer le ressenti des médecins généralistes.

En effet, ce type d'entretien permet d'utiliser le débat entre enquêtés pour recueillir leur point de vue, favoriser les échanges et commenter leur expériences et leurs opinions (21).

### **B. Population étudiée**

Le service d'addictologie évalué étant celui du CH de Fleyriat, la population étudiée devait être assez représentative du mode et lieu d'exercice des médecins travaillant dans le département de l'Ain et en lien avec le service hospitalier de Bourg en Bresse, afin de permettre une validité interne à cette étude.

Il devait donc avoir des modes d'activité rurale, semi-rurale et urbaine ainsi que des tranches d'âge différents.

Les médecins devaient tous être volontaires, en activité et exercer la médecine générale.

Ils ne devaient pas appartenir à une structure de prise en charge de l'addictologie au moment de l'entretien pour ne pas biaiser le débat.

Le choix d'une appartenance à un même group de pair ou bien de liens antérieurs à leur rencontre lors du focus group a été privilégié afin de favoriser des débats libérés de jugement et donc plus authentiques.

Le nombre de focus groups nécessaires pour répondre à l'objectif a été déterminé par l'obtention de la saturation des idées exprimées.

### **C. Canevas d'entretien**

Évalué lors d'un précédent travail, le canevas d'entretien a été soumis à un premier focus group afin d'évaluer sa pertinence pour répondre à la question posée (annexe 1).

Les 6 questions ouvertes avaient été préalablement définies autour de 6 thèmes pouvant influencer la perception du médecin généraliste sur la prise en charge d'un patient sortant de cure de sevrage en alcool, et retrouvés dans la littérature.

A l'issue de ce premier travail, les questions 1 et 2 ont été modifiées car elles avaient demandé le plus grand nombre de reformulations (annexe 2).

Ces 2 questions commençaient par l'adverbe interrogatif « comment », qui attend des réponses sur la manière ou le moyen. Afin de solliciter des réponses au plus près du ressenti des enquêtés dans cette étude qualitative, cet adverbe a été changé par l'adverbe « quel », qui renvoie à un questionnement sur la qualité.

### **D. Recueil des données**

Les médecins généralistes ont été recrutés par l'intermédiaire d'un membre de leur groupe de pair pour les focus n°1 et 2, et par téléphone pour le focus group n°3.

Les entretiens se sont déroulés entre février 2014 et février 2015.

Le thème de l'addictologie leur a été donné mais ni le thème de l'alcoologie ou le contenu des questions ne leur a été dévoilé avant les entretiens.

Les entretiens ont été filmés par une caméra Sony Exmor placée dans un angle de la salle de réunion afin de visualiser l'ensemble des participants.

Une présentation de quelques minutes précédait le début des focus group afin de présenter l'objectif du travail (annexe 3).

J'ai été la seule animatrice et observatrice de tous les entretiens.

Les vidéos ont été enregistrées sur une carte mémoire en un seul exemplaire

## **E. Analyse des données**

Les données de la vidéo ont permis de recueillir un contenu verbal et non verbal.

Ces vidéos n'ont été analysées que par moi et l'ensemble des données a été saisies sous traitement de texte Word.

L'anonymisation s'est faite avec les abréviations MG (Médecin Généraliste) et le numéro correspondant à leur ordre d'apparition dans la prise de parole ou de situation non verbale.

Afin de différencier les focus group (FG) entre eux, FG 1, 2 ou 3 a été ajouté à MG x (x= numéro du médecin dans le focus group).

Les données non verbales ont été retranscrites, en italique, en s'appuyant sur le document intitulé « Guide méthodologique pour réaliser une thèse qualitative » édité par le CNGE de Nice (22).

Trois types d'analyses ont été faites :

- Thématique : pour organiser les verbatim en catégories et sous catégories selon les questions abordées.
- Descriptive : pour donner une représentativité quantitative de l'idée exprimée au sein du groupe
- Compréhensive : pour tenter de comprendre, en partie, les réponses obtenues.

## **F. Ethique et confidentialité**

L'accord de chaque participant des focus groups pour être filmé a été obtenu oralement.

L'analyse n'a été faite que par moi-même et la confidentialité a été respectée lors de la retranscription des données.

### III. RESULTATS

#### A. Population étudiée:

Les 3 focus groups ont permis de recueillir les ressentis de 16 médecins généralistes, dont le tableau ci-dessous récapitule les principales caractéristiques.

Focus Group	Nombre de femme	Nombre d'homme	Exercice en groupe	Exercice rural	Exercice semi-rural	Exercice urbain
N°1	2	4	5	6	0	0
N°2	4	3	5	2	3	2
N°3	1	2	3	0	2	1
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>9</b>	<b>12</b>	<b>9</b>	<b>5</b>	<b>3</b>

*Tableau 1 : Caractéristiques de la population étudiée*

L'ensemble des médecins, âgés de 35 ans à 64 ans, était en activité, avec des périodes d'installation comprises entre 3 mois et 35 ans.

Ils étaient tous issus d'une formation de médecine générale.

1 médecin avait exercé comme urgentiste pendant plusieurs années avant de s'installer.

1 médecin avait exercé une activité au Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) de Bourg en Bresse il y a quelques années.

Le service d'addictologie du Centre Hospitalier de Bourg en Bresse était le service de référence pour 13 médecins.

3 médecins exerçaient en Saône-et-Loire et envoyaient leur patient sur le Centre Hospitalier de Mâcon.

Les rencontres se sont toujours effectuées au sein d'un groupe de médecins se connaissant, avec pour les focus group 1 et 2, l'appartenance au même groupe de pair.

Enfin, les vidéos des focus groups 1,2 et 3 ont eu une durée respective de 1h18 min, 2h32 min et 1h 34 min et la saturation d'idée a été obtenue pour la grande majorité des questions lors des 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> focus group.

## **B. Ressenti par question**

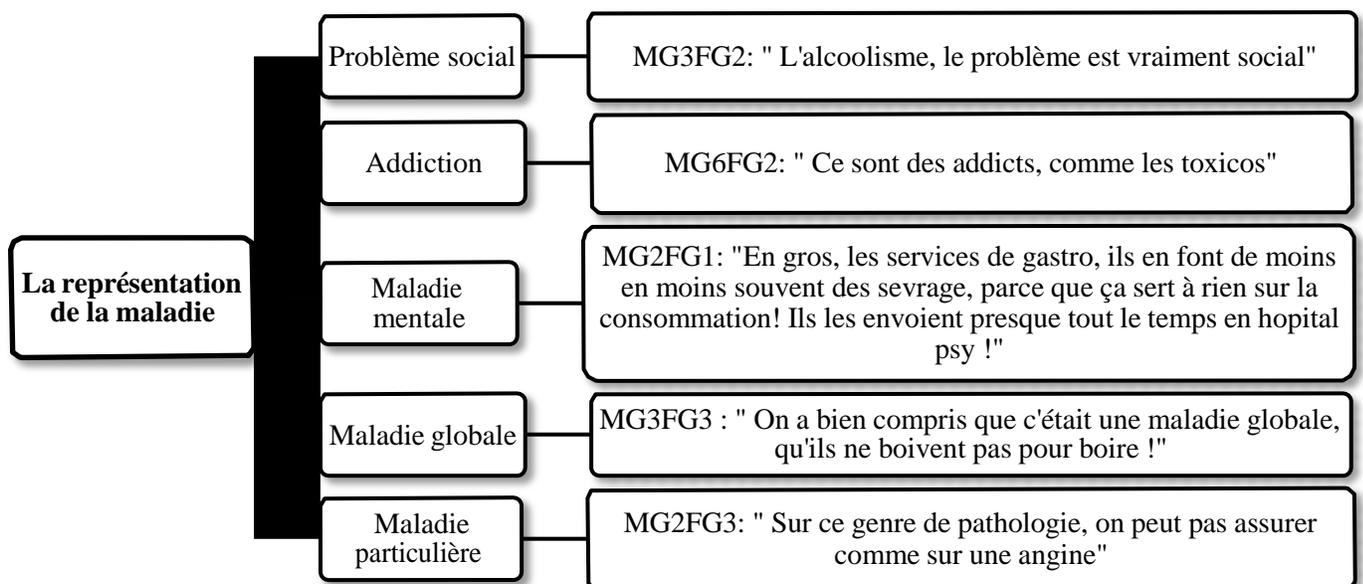
Les résultats ont été analysés par thème, et pour chaque question, des idées classées en catégories et sous catégories ont été mises en évidence, avec des verbatim illustratifs.

Dans un respect de cohérence, les idées ont été attribuées au thème abordé, même si elles étaient exprimées lors d'une autre question.

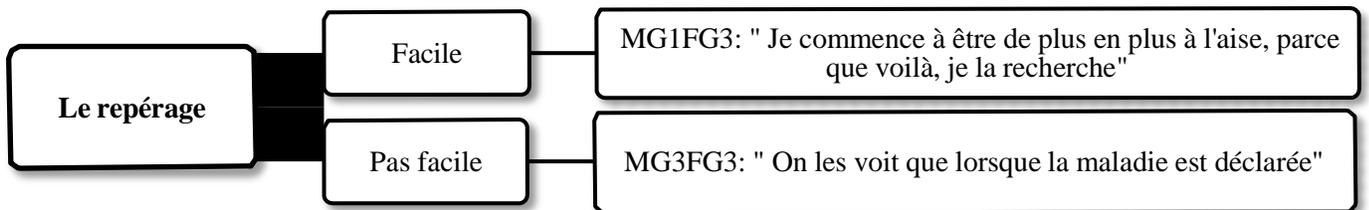
### **1. La maladie alcoolique :**

**Question n°1 : Quelle place a la maladie alcoolique au sein de votre pratique quotidienne ?**

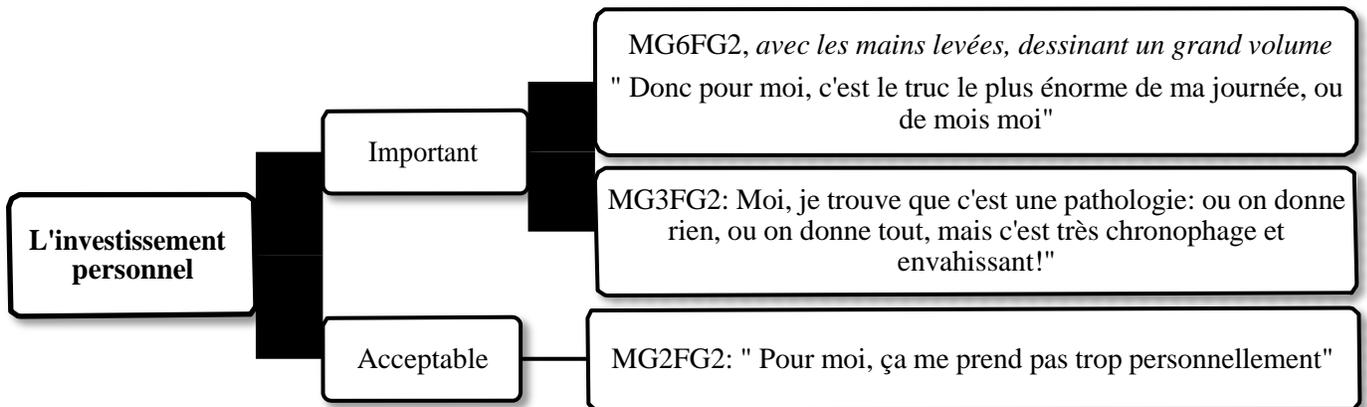
*Figure 4 : Analyse thématique question 1 :*



## Répercussions professionnelles :



## Répercussions personnelles :



La place de la maladie alcoolique est revenue à de nombreuses reprises dans les débats au cours des 3 focus groups. En filigrane des échanges, les verbatim présentés ont été extraits de différentes questions et montrent dans un premier temps la variation des représentations de cette maladie. De plus, l'analyse descriptive *tableau 2* montre qu'aucune des représentations n'est clairement majoritaire par rapport à une autre.

Concernant les répercussions professionnelles de cette maladie dans la prise en charge du patient, l'abord du sujet a été souligné à de nombreuses reprises également. Des sentiments divergents sur la facilité à questionner les patients quant à leurs consommations d'alcool sont à noter. Il en ressort que 8 médecins en parlent avec facilité et que 7 éprouvent des difficultés ou une gêne.

Le repérage des patients alcoolodépendants s'en trouve donc influencé avec une proportion cette fois plus importante de médecins estimant effectuer un bon repérage, et de manière facile.

Enfin, l'investissement personnel a été très largement repris sous différentes formes tout au long des différents entretiens, avec dans la majorité des cas, un investissement vécu important, comme « envahissant » ou bien « énorme » (*figure 4*). Un seul médecin décrit un investissement personnel acceptable et explique pour cela ne pas trop s'investir dans la prise en charge en adressant le patient rapidement au spécialiste : MG2FG2 : « Oui, alors moi qui n'aime pas ça, je me dis que je vais vite passer la main au spécialiste et du coup, ce n'est pas moi qui vais être au centre de la prise en charge. »

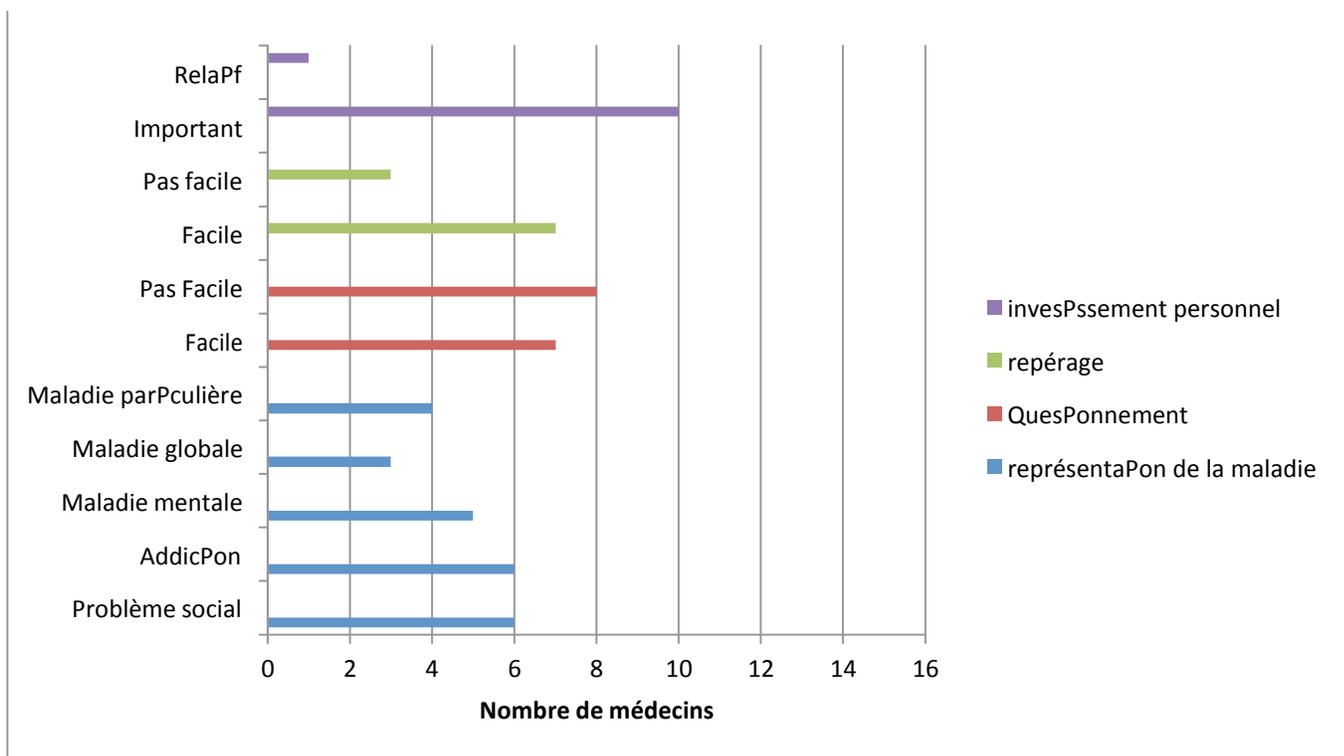


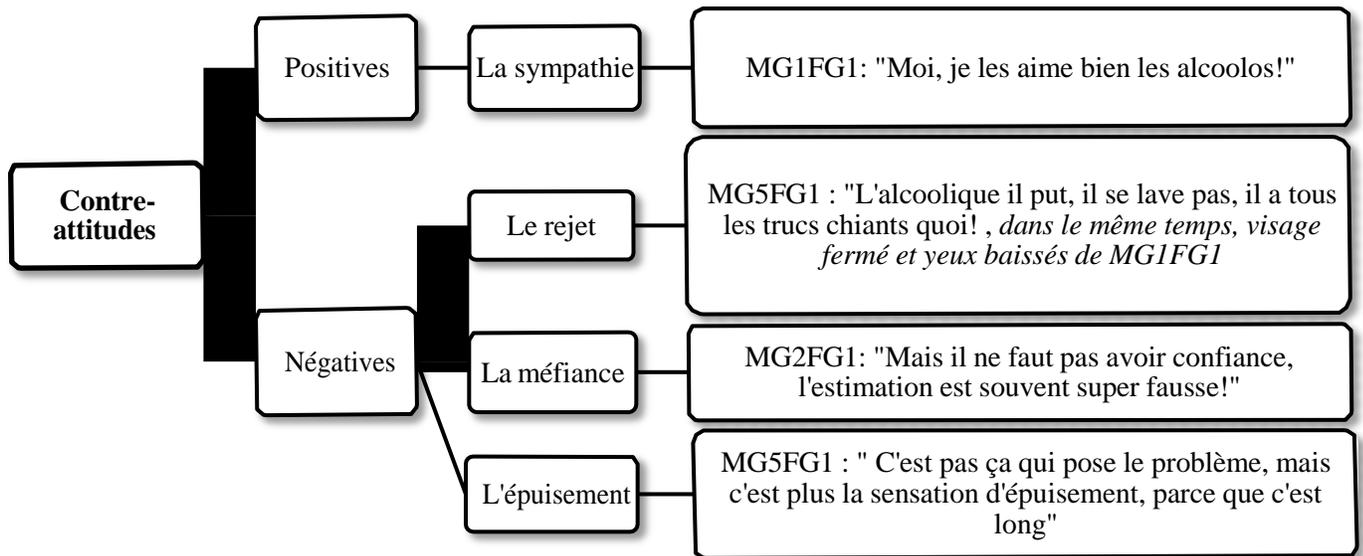
Tableau 2 : Analyse descriptive question 1

## 2. Le patient alcoolodépendant :

Question n°2 : Quel regard portez-vous sur un patient alcoolo-dépendant sortant de cure ?

Figure 5 : Analyse thématique question 2

Regard sur le patient alcoolo-dépendant en général :



## Regard du médecin généraliste après la cure :

<b>Sur le Patient</b>	Valorisation	MG2FG2: "du coup, je suis super fière de lui!"
	Amélioration du lien	MG3FG2: " tu arrives à retrouver la vraie personne qu'il y a derrière."
	Pas de changement	MG7FG2 : " Moi , je pense justement que ça ne change pas grand-chose une cure ou pas de cure "
<b>Sur la prise charge</b>	Remobilisation	MG3FG2 : "Moi, ça me remobilise, on repart avec un regard neuf, on y croit de nouveau!!"
	Soutien	MG1FG2 : " Enfin, je trouve que ça a ce côté de permettre un soutien"
	Efficacité	MG4FG1: " Quand ils sortent de cure, il y a déjà la moitié du boulot qui est fait !."

Concernant le regard porté sur le patient alcoolo-dépendant, nous avons choisi de différencier la vision générale et celle d'après la cure, pour être au plus près de l'objectif de l'étude.

En effet, de manière globale, plusieurs contre-attitudes ont été identifiées dans les différents focus groups. Les ressentis négatifs ont été majoritaires, avec un sentiment d'épuisement décrit par 5 médecins et la méfiance, qui évoquée par ¼ des médecins (*figure 5*). Ce sentiment est mis en lien avec la manipulation, comme décrit par MG6FG2 : « parce que bien souvent, la consommation

d'alcool avait été cachée, mentie...Ce sont des addicts, comme les toxicos, dont bon nombre nous mentent tout le temps... »

La sympathie, clairement évoquée par 2 médecins, a également été soulignée par d'autres médecins de manière moins franche et à l'évocation de situation spécifique comme illustré par MG5FG1 : « le vieux garçon, qui n'a pas trouvé de femme, qui picole, qui est dans toutes les sociétés, qui est alcoolique, qui est gentil comme tout... *se tournant vers MG1* : eh bien celui là m'est sympathique ! *Sourire de MG1*. »

La cure induit manifestement un changement de regard sur le patient ainsi que sur la prise en charge mise en place.

En effet, la valorisation du patient sortant de cure est soulignée par 7 médecins avec également une amélioration du lien, exprimée par 5 médecins. Ce bénéfice se fait aussi ressentir sur la remobilisation dans l'accompagnement du patient avec un sentiment de soutien et d'efficacité de la cure, décrit par respectivement 4 et 5 médecins. (*Figure 5, tableau 3*)

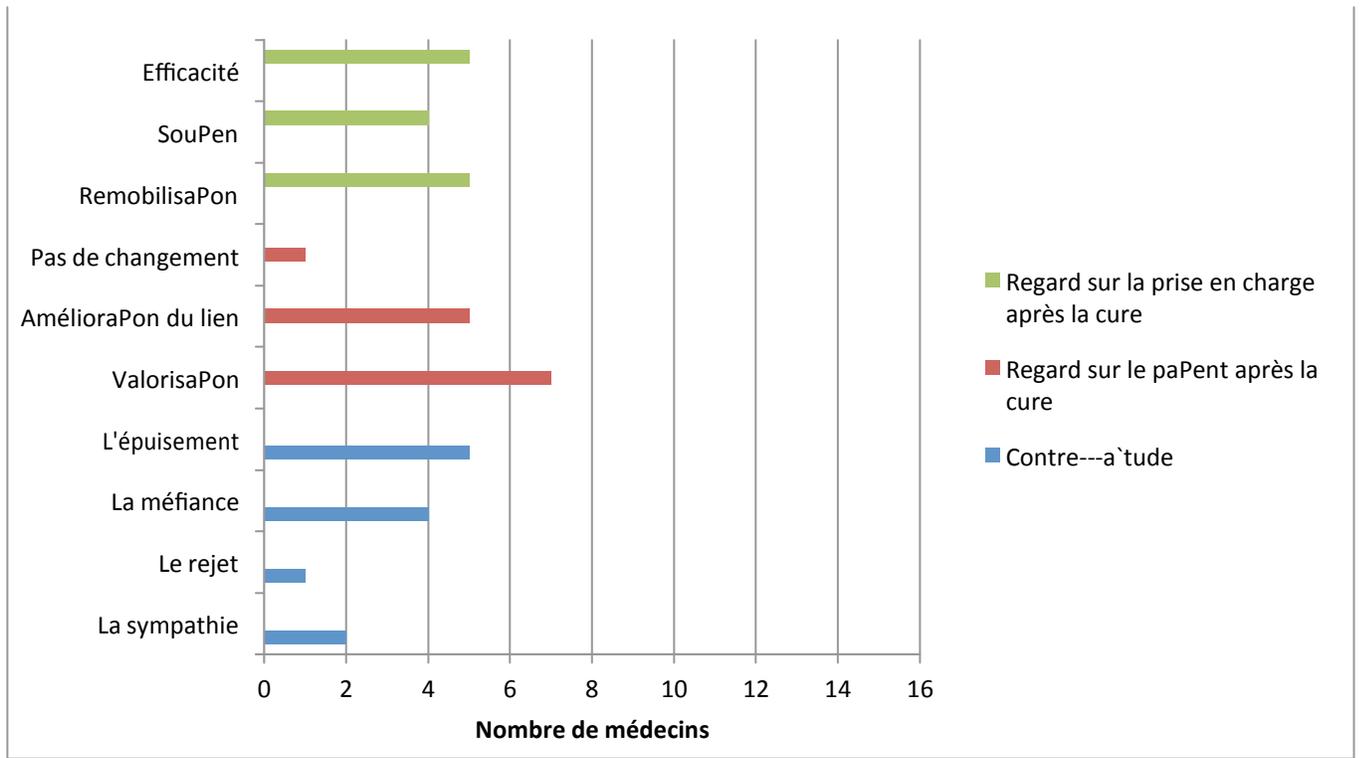


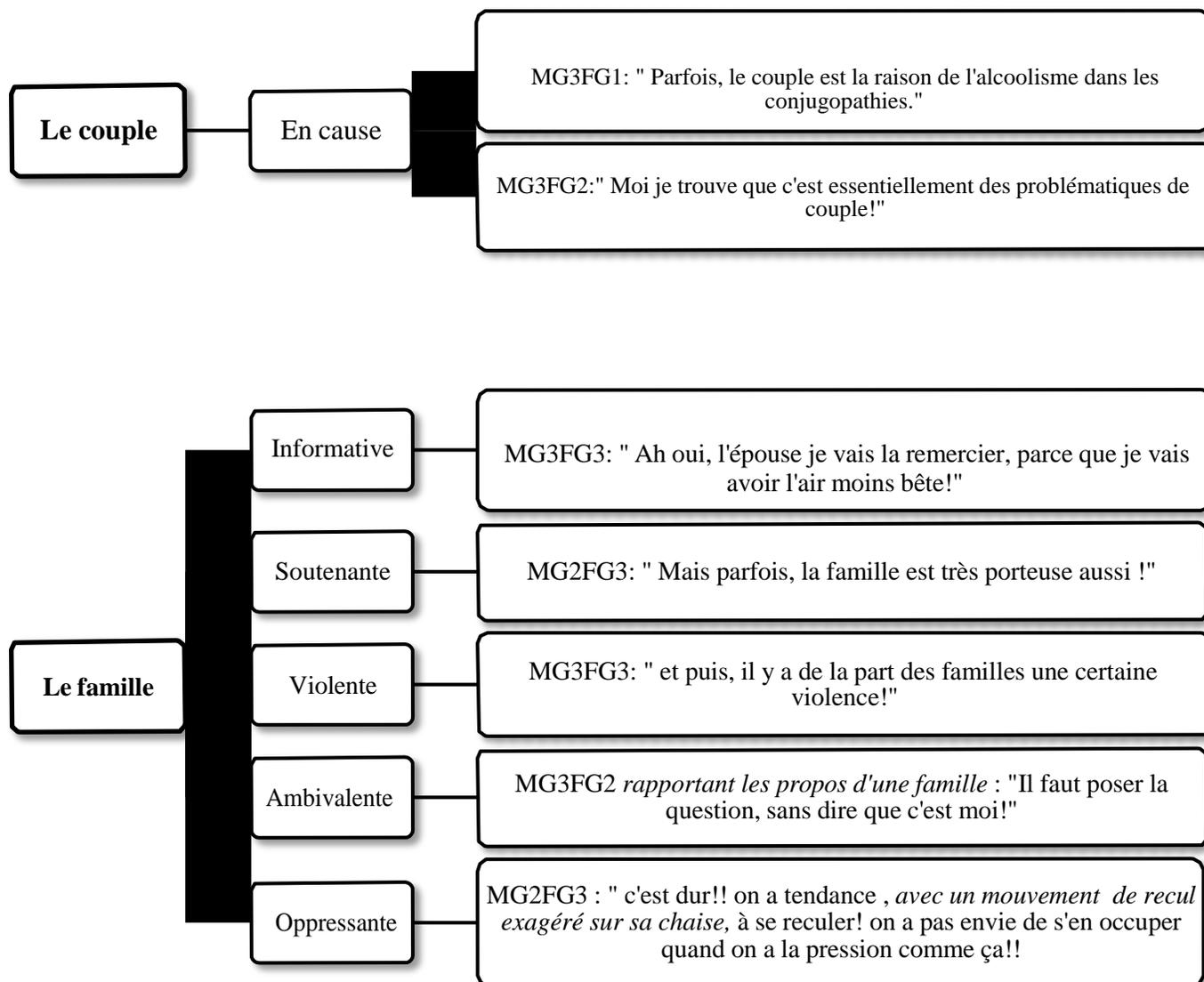
Tableau 3 : Analyse descriptive figure 2

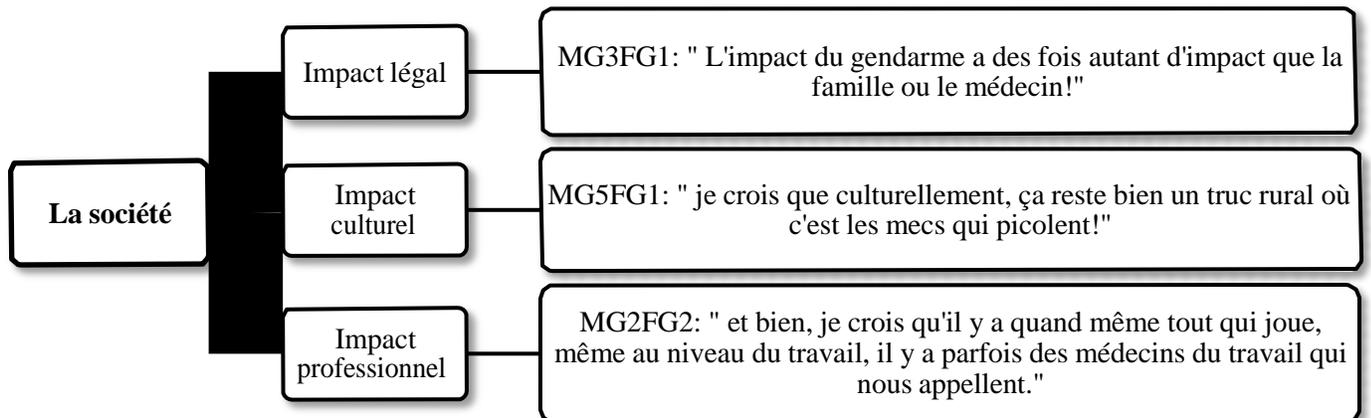
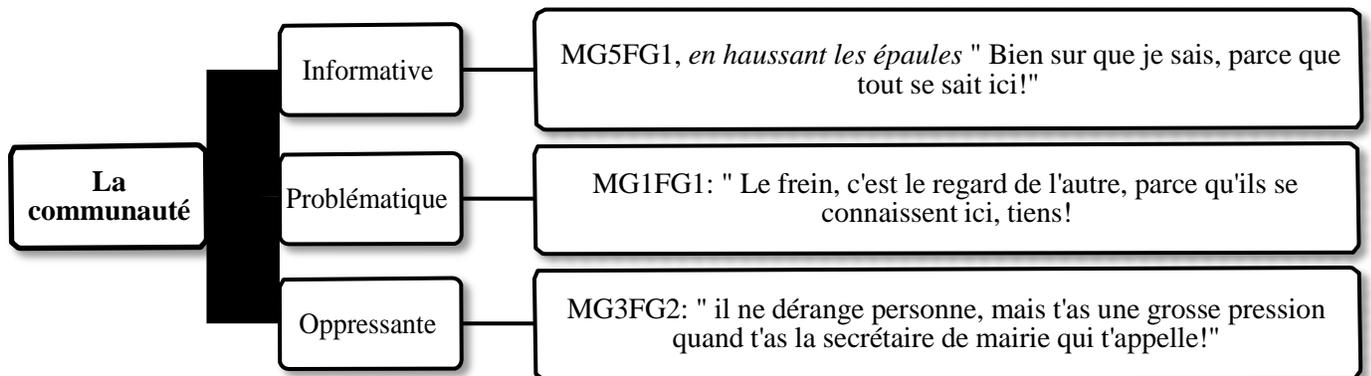
### 3. L'entourage du patient alcoolodépendant:

Questions n°3 : Quels sont selon vous les éléments satellites de cette pathologie qui pourraient modifier votre prise en charge du patient alcoolodépendant ?

- Famille / communauté / société en général

Figure 6 : Analyse thématique question 3





Concernant l'entourage du patient alcoolo-dépendant, 4 grands thèmes ont été identifiés comme modifiant la prise en charge du patient.

Le couple a été cité en premier lieu, avec une notion de causalité dans la problématique du patient.

La famille a également été citée à de nombreuses reprises par les médecins, avec des sentiments divergents, souvent en fonction des situations évoquées. On retient principalement des sentiments d'oppression, repris par 8 médecins et d'ambivalence, noté par 7 médecins, comme principaux facteurs influençant leurs attitudes.

Un sentiment de violence a également été repris, dans des proportions moindres, mais souvent avec un sentiment d'inconfort associé, ou bien une certaine colère :

MG5FG1 *s'exclamant vers ses collègues sur un ton désabusé en faisant de grands gestes avec les bras* : « Mais vous en avez bien tous vous, de ces familles, où ça se bat, où ça picole ?! C'est la misère, Zola, l'Assomoir !! »

La communauté a également été citée comme élément satellite important dans la prise en charge, avec un vécu bien souvent problématique, évoqué par 7 médecins. Le « frein » exprimé est très en lien avec le regard porté sur l'alcoolo-dépendant et qui l'entrave dans ses démarches pour se prendre en charge.

Ce même phénomène est aussi retrouvé par l'impact culturel de la société, qui renvoie aux us et coutumes françaises ainsi qu'à l'histoire de l'alcool dans notre société, avec la situation de MG5FG1 (*figure 6*), également repris par MF5FG2 *s'adressant à MG3* : « c'est ce dont tu parlais tout à l'heure, *puis imitant un patient* « tout le village boit autant que moi ! », et c'est pas pour ça qu'ils sont déprimés, ronflent, ou que leur femme partent... »

L'impact légal, avec « la peur du gendarme », semble avoir peu d'influence dans la prise en charge des patients alcoolo-dépendants, comme souligné par MG6FG2 : « Par exemple, combien de vos patients sont sous le coup d'une suspension de permis sans que vous le sachiez ? Un bon paquet !! »

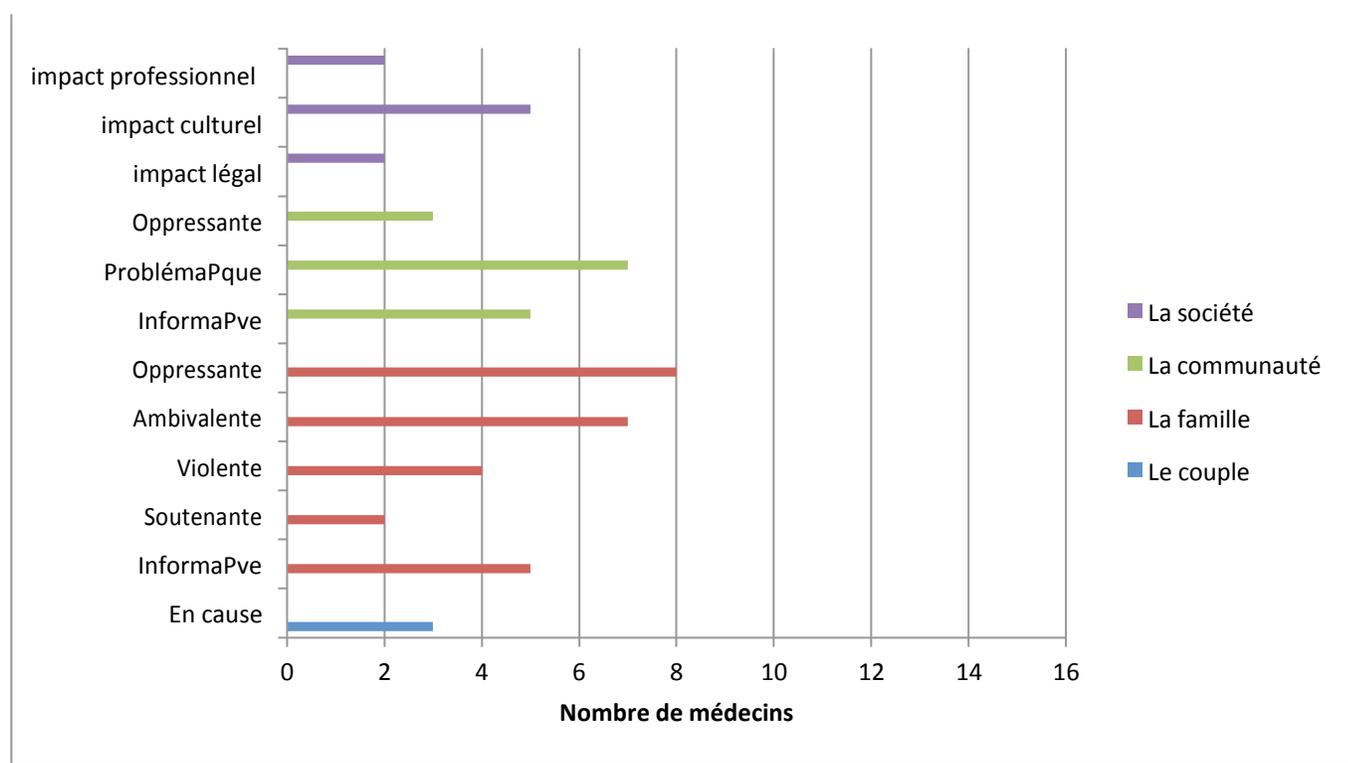
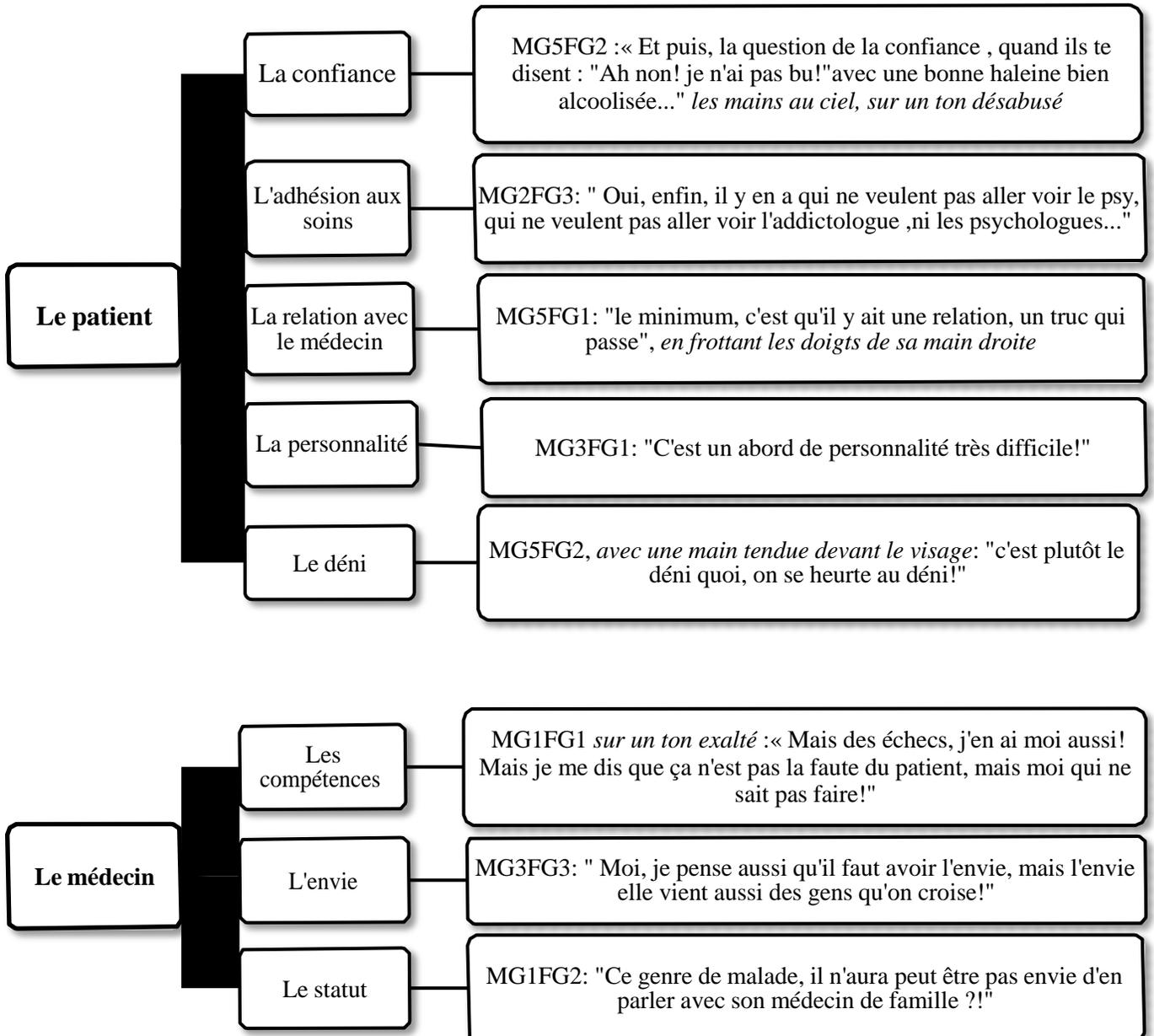


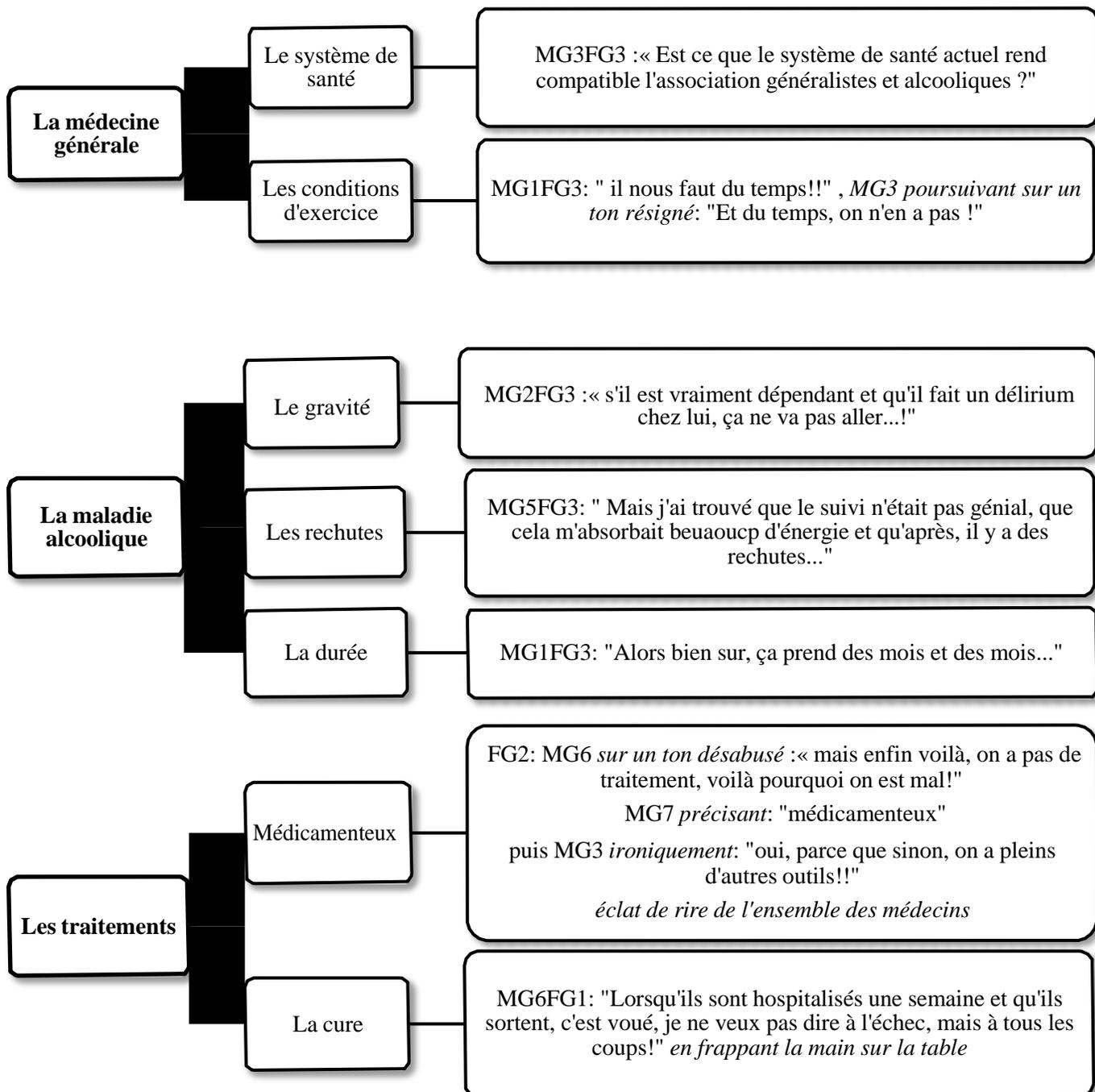
Tableau 4 : Analyse descriptive figure 3

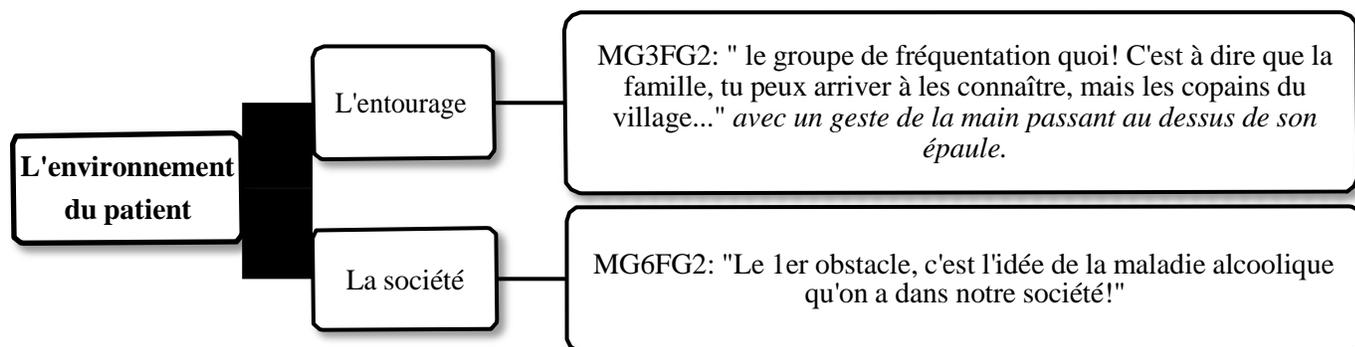
#### 4. Les traitements de la maladie alcoolique :

Question n°4 : Quels sont les obstacles que vous rencontrez dans le traitement de la maladie alcoolique ?

Figure 7 : Analyse thématique question 4 :







Les obstacles au traitement la maladie alcoolique ont été identifiés comme très nombreux par les médecins généralistes interrogés.

En effet, l'analyse retrouve 17 sous catégories différentes contre une moyenne de 10 pour les autres questions.

On retient majoritaires 4 catégories :

- Le patient, avec le déni qu'il présente au médecin généraliste qui l'interroge. Cette notion est vécue comme une vraie difficulté par le médecin, soulignée entre autre par MG6FG2 : « mais c'est tellement tu (sous entendu la consommation d'alcool), on est dans le déni ! »
- La médecine générale, et ses conditions d'exercice qui semblent peu compatibles aux médecins avec l'accompagnement nécessaire aux patients alcoolo-dépendants.
- La maladie alcoolique, en elle-même, avec les rechutes fréquentes qui y sont liées. MG1FG1 souligne pourtant : « et la rechute, ça fait parti du traitement aussi ! »
- Enfin, la société et « l'étiquette » qu'elle colle au patient alcoolo-dépendant, repris par un grand nombre de médecin comme un obstacle à leur prise en charge.

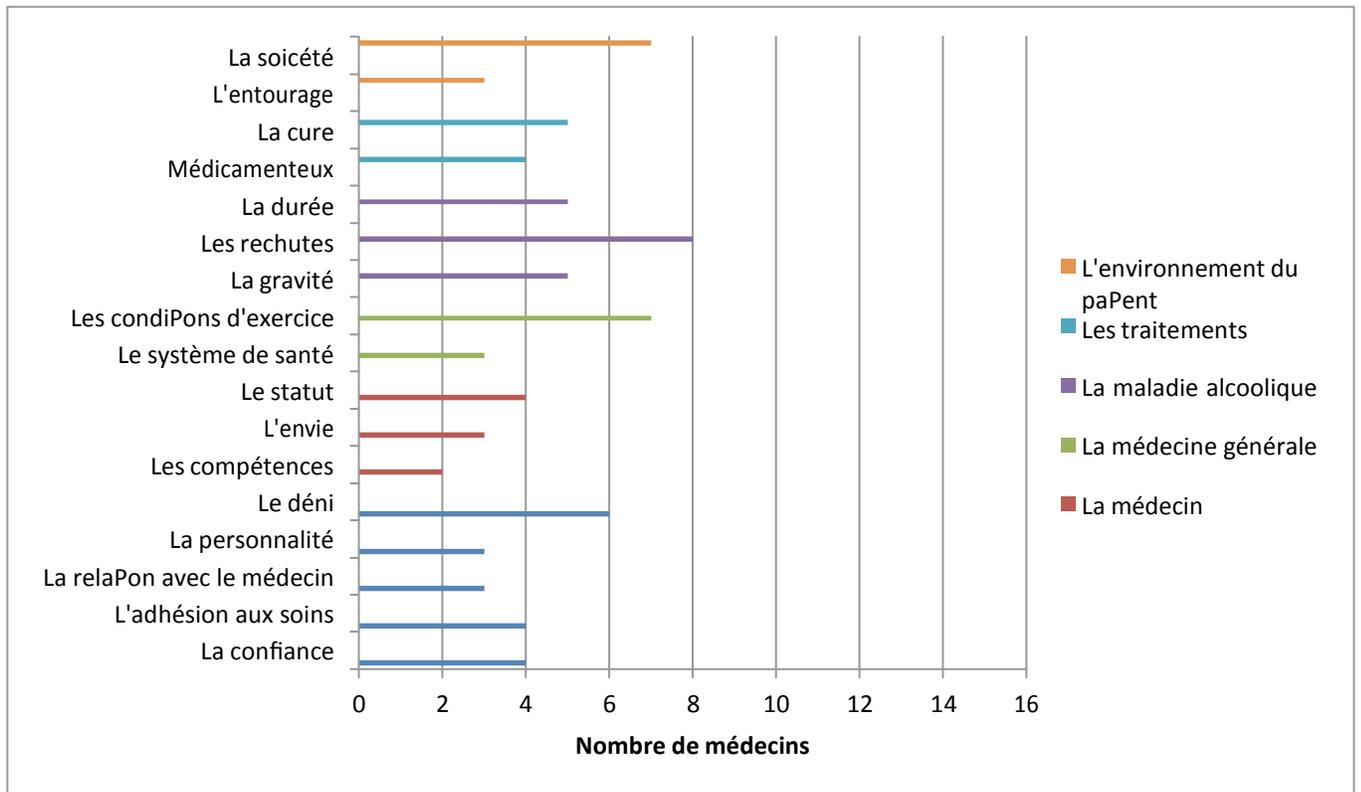
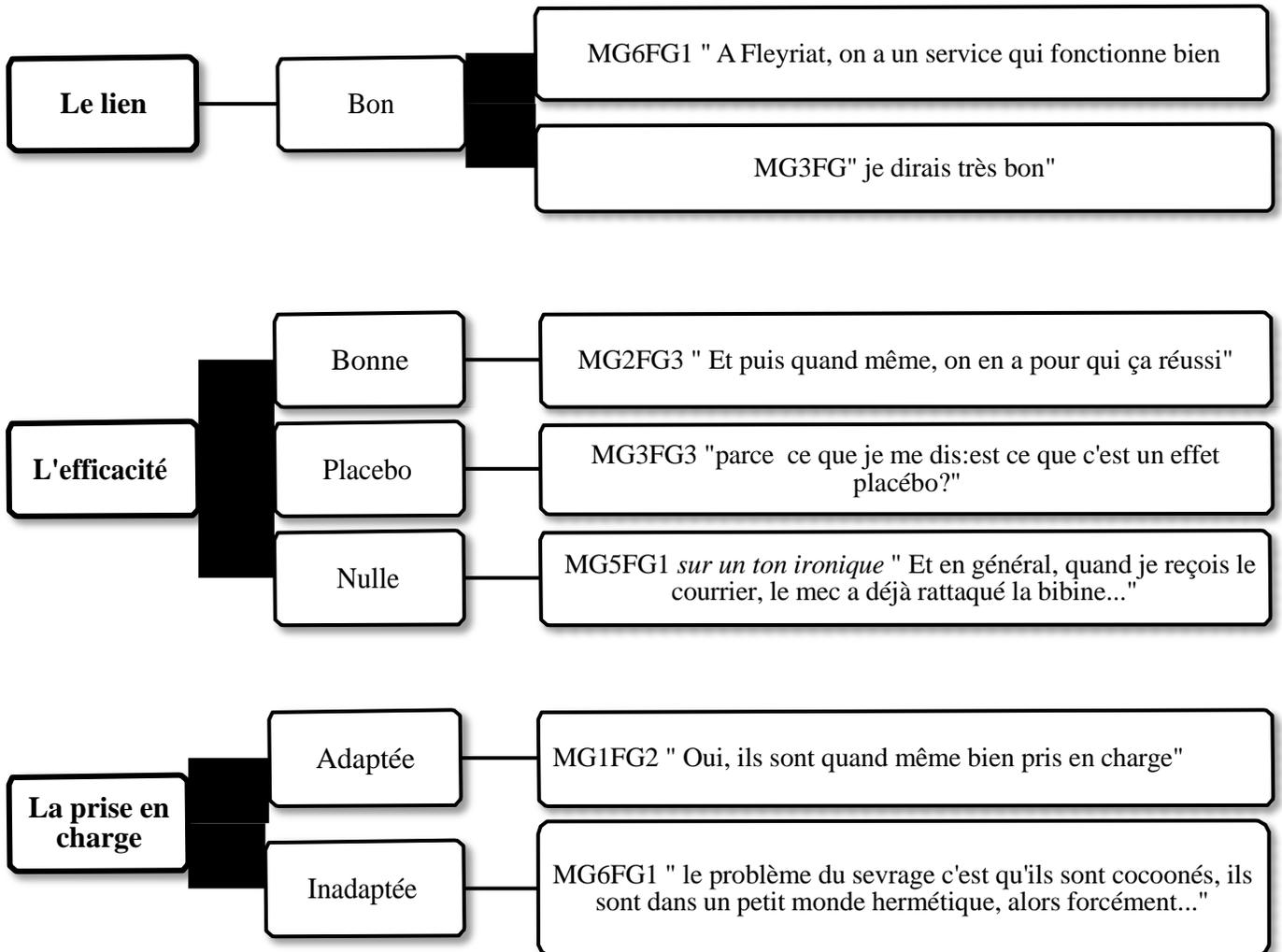


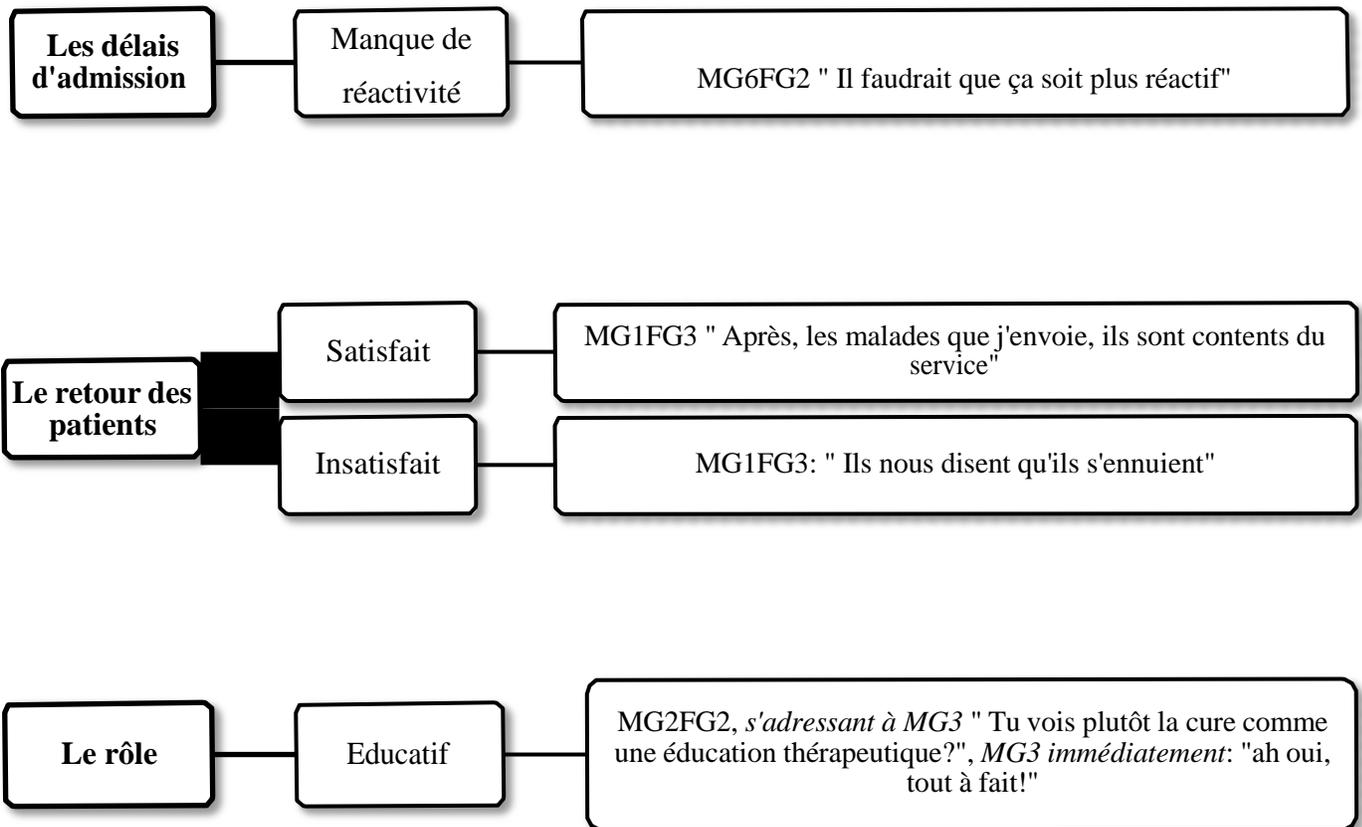
Tableau 5 : Analyse descriptive question 4

## 5. Le lieu de la cure , service hospitalier :

Question n°5 : Comment qualifieriez-vous votre lien avec le service hospitalier d'addictologie ?

Figure 8 : Analyse thématique question 5





La réponse à cette question montre un lien avec le lieu de cure globalement satisfaisant.

L'étude portant sur une évaluation du service d'addictologie de l'hôpital Fleyriat, à Bourg en Bresse, 2 réponses ont été exclus de médecins généralistes travaillant en Saône-et-Loire, avec le centre hospitalier de Mâcon.

Les résultats montrent que les médecins n'attribuent pas ou peu d'efficacité à la cure et la voit comme « une péripétie dans la longue histoire de l'accompagnement de l'alcoolique », MG7FG2.

Néanmoins, 3 médecins soulignent une prise en charge qui leur semble adaptée lors du séjour de cure, avec un rôle éducatif repris par 2 médecins.

Cependant, un manque de réactivité pour obtenir une date d'hospitalisation rapide est soulignée par 4 médecins, sous tendu par un sentiment d'urgence, ressentie lorsque le patient dit être prêt à se prendre en charge : MG1FG3 : « Au fond, quand ils adhèrent, *se tournant vers moi en souriant*, on aurait envie qu'il voit quelqu'un rapidement ! » ... « quand il te dit : « bon, finalement, je suis décidé ! » Alors là, *mime un air stupéfait* : boum ! Tu te ramasses une giffle ! Il est décidé, c'est 19h30...Tu lui dis : « Et bien , écoutez, j'appelle dès demain et j'essaie de... » *Et en claquant des doigts* : « il faut arriver à les alpaguer à ce moment là ! »

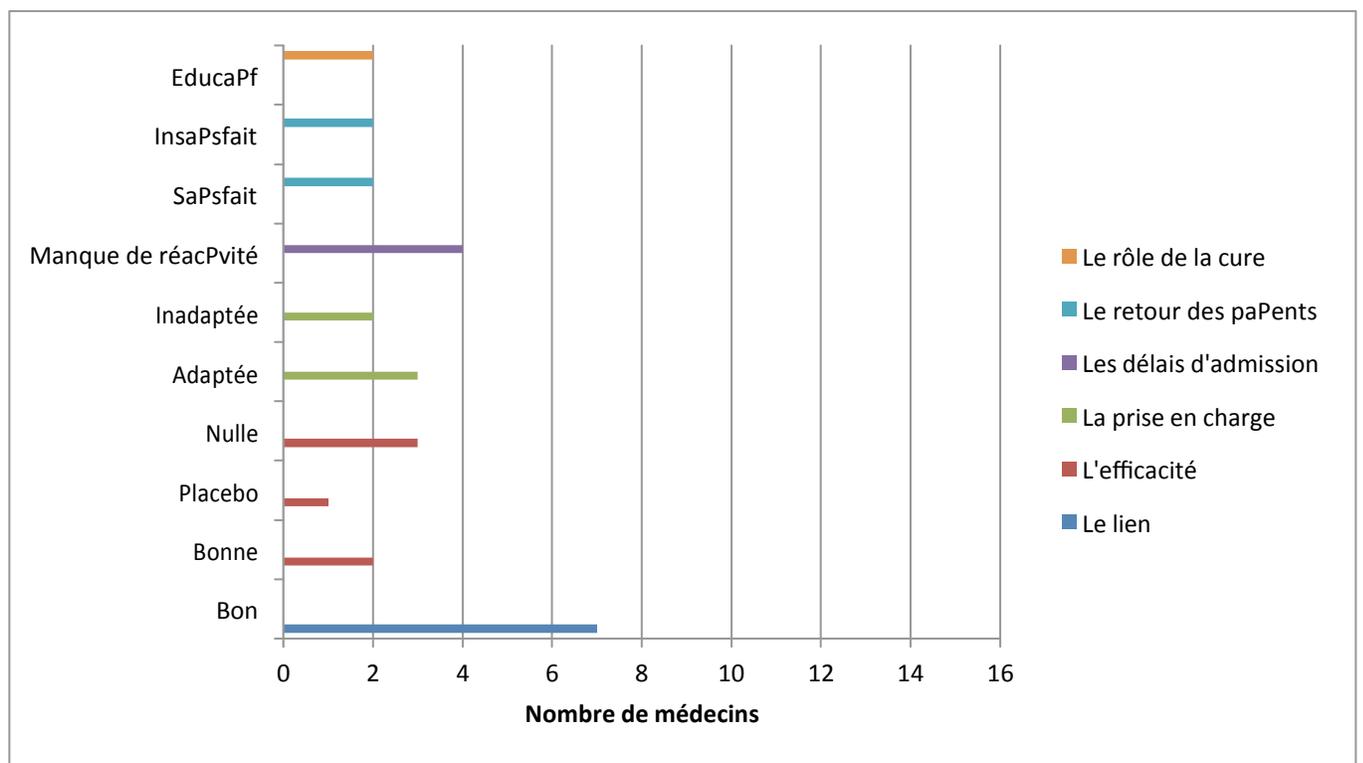
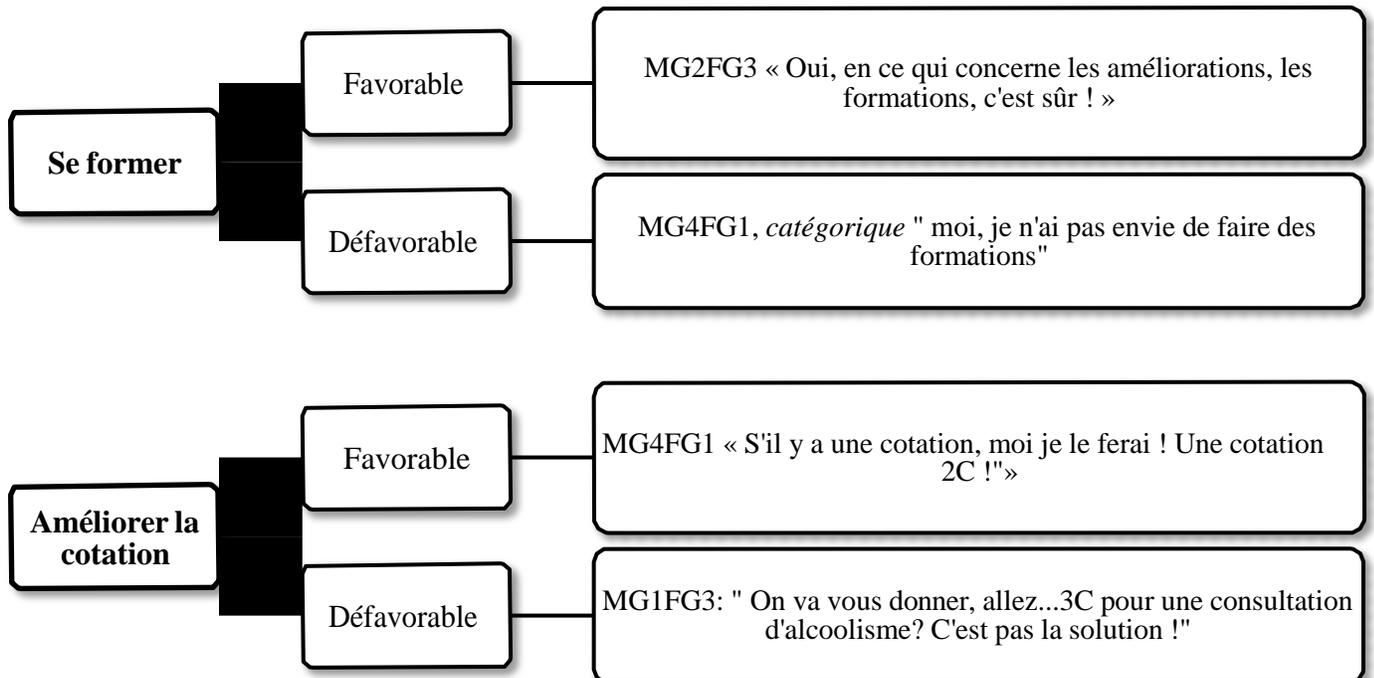


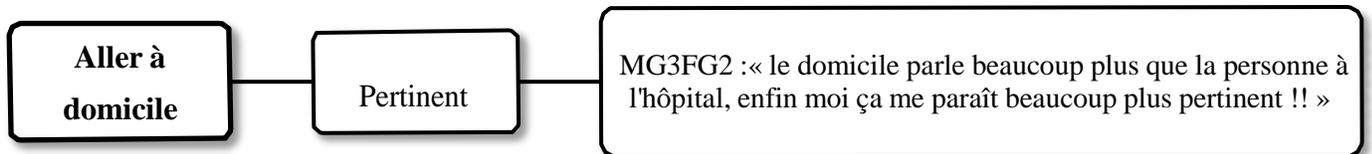
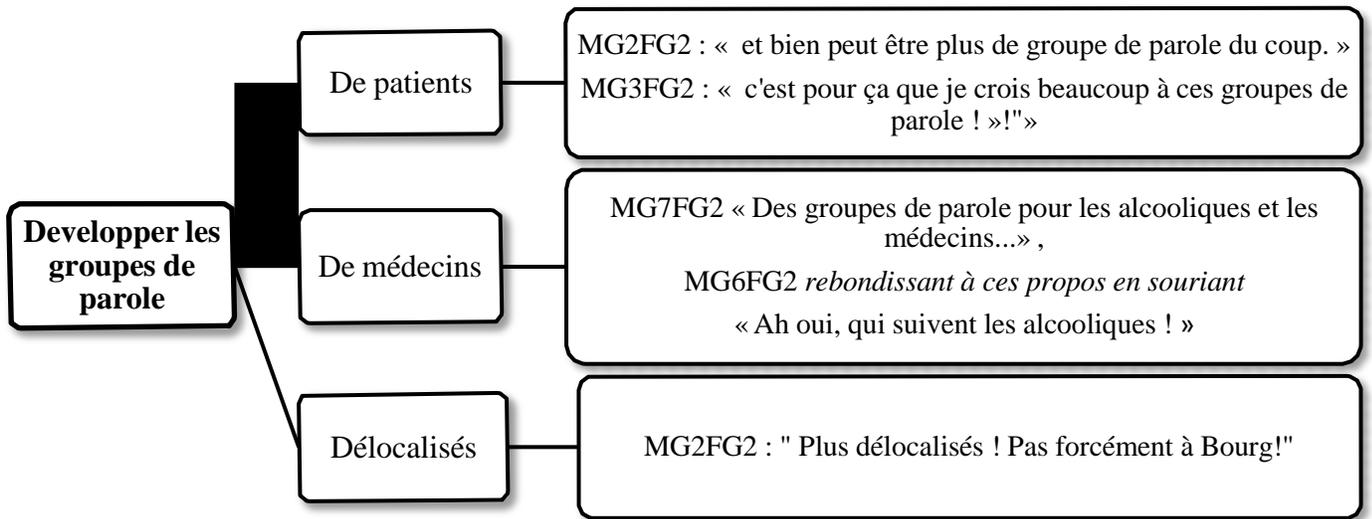
Tableau 7 : Analyse descriptive question 5

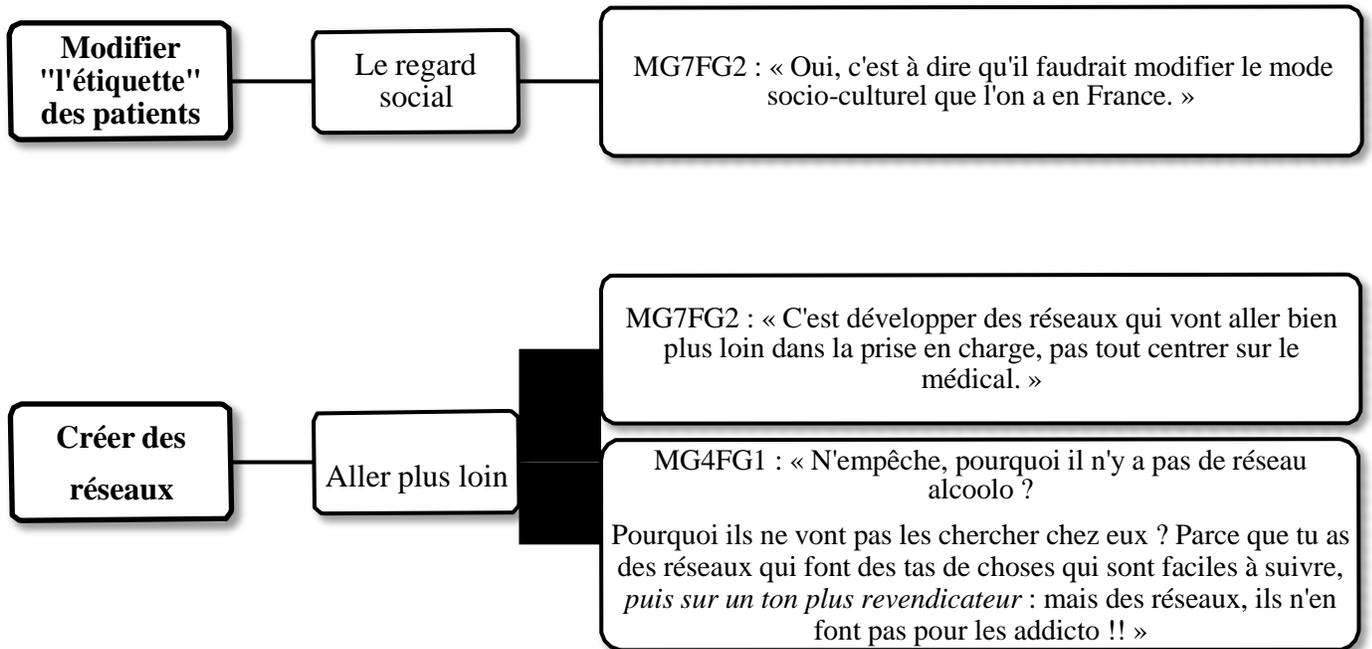
## 6. Les axes d'améliorations :

**Question n°6: Quelles seraient vos attentes pour une prise en charge plus optimale de cette pathologie ?**

Figure 9 : Analyse thématique question 6







Les axes d'améliorations ont été bien développés par les médecins interviewés.

Même si cette question intervenait chronologiquement en dernière position, les médecins y ont consacré un vrai temps de réponse et les débats ont été tout aussi animés que pour les autres thèmes.

On retiendra principalement une demande de développement des groupes de paroles, avec une vision très positive et ressentie comme très efficace par les médecins. 2 d'entre eux valorisent même la prise en charge anglo-saxonne comme un modèle à suivre dans ce domaine avec des expériences similaires : MG2FG2 : moi, j'ai un ami américain qui est venu vivre ici, qui était sevré quand il est arrivé. Il m'a dit « où sont les groupes de parole ? », parce qu'il en avait besoin dans son suivi. Je lui ai dit « eh bien écoute, je vais me renseigner. » Du coup, il avait appelé Eric BERNABEU (chef de service d'addictologie du l'hôpital de Fleyriat). Et puis, du coup, ils sont

repartis vivre ailleurs mais il était interpellé qu'il n'y en ait pas ici, dans nos villages, dans le Revermont ?! Il disait « Mais il faut que je le crée ! »

*Puis MG6FG2 rebondissant à ces propos :* « oui, et ça rejoint exactement ce que je viens de dire ! Moi je pense que dans chaque village où il y a un bar, et bien il devrait y avoir une cellule de prise en charge de l'alcoolisme ! »

Dans la même catégorie, on note également une idée de groupe de parole pour les médecins s'occupant de patients alcoolo-dépendants, repris par 2 médecins.

Dans les axes d'amélioration possible, la prise en charge à domicile est soulignée à plusieurs reprises comme plus « pertinente » avec en ligne de fond la création de réseaux mobiles de prise en charge de l'alcoolisme, vécu comme un soutien supplémentaire « pour aller plus loin ».

Enfin, « l'étiquette » du patient alcoolo-dépendant avec un regard péjoratif porté par la société en générale revient une fois de plus comme une modification nécessaire pour améliorer la prise en charge de ces patients. MG6FG2 souligne d'ailleurs le caractère permanent de cette étiquette une fois collée : « Et le problème, c'est que quand tu as une étiquette d'alcoolique, tu as beau dire : « je ne bois plus, je suis repentis » et bien ça reste pareil ! »

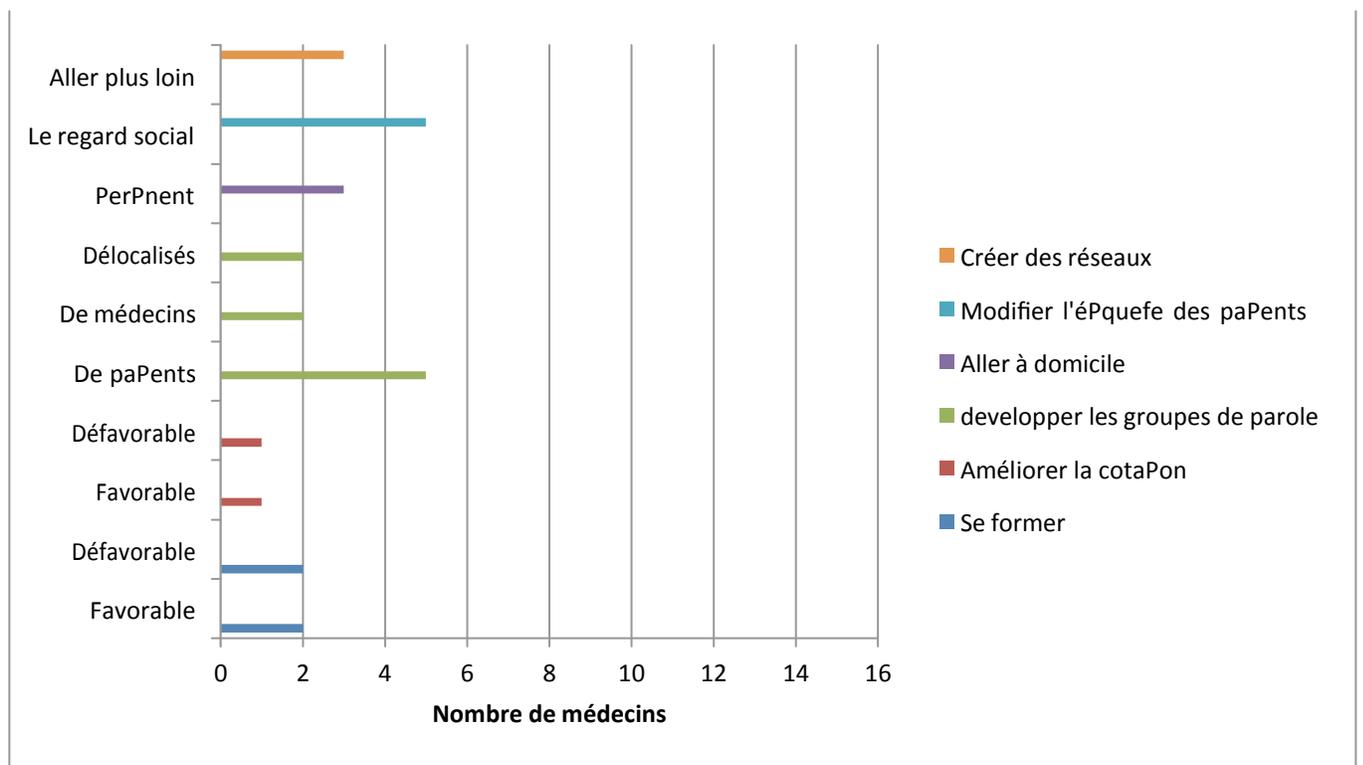


Tableau 7 : Analyse descriptive question 6

## C. Analyses dimensionnelles

### 1. L'Échec

La dimension d'échec a été évoquée à de nombreuses reprises au cours des différents focus group.

Ce terme à lui seul évoque un sentiment d'inconfort profond car il renvoie immédiatement au résultat négatif d'une tentative, à une absence de réussite.

Ce mot est également connoté d'une certaine forme d'impuissance, et on l'associe généralement au verbe « subir : subir un échec ».

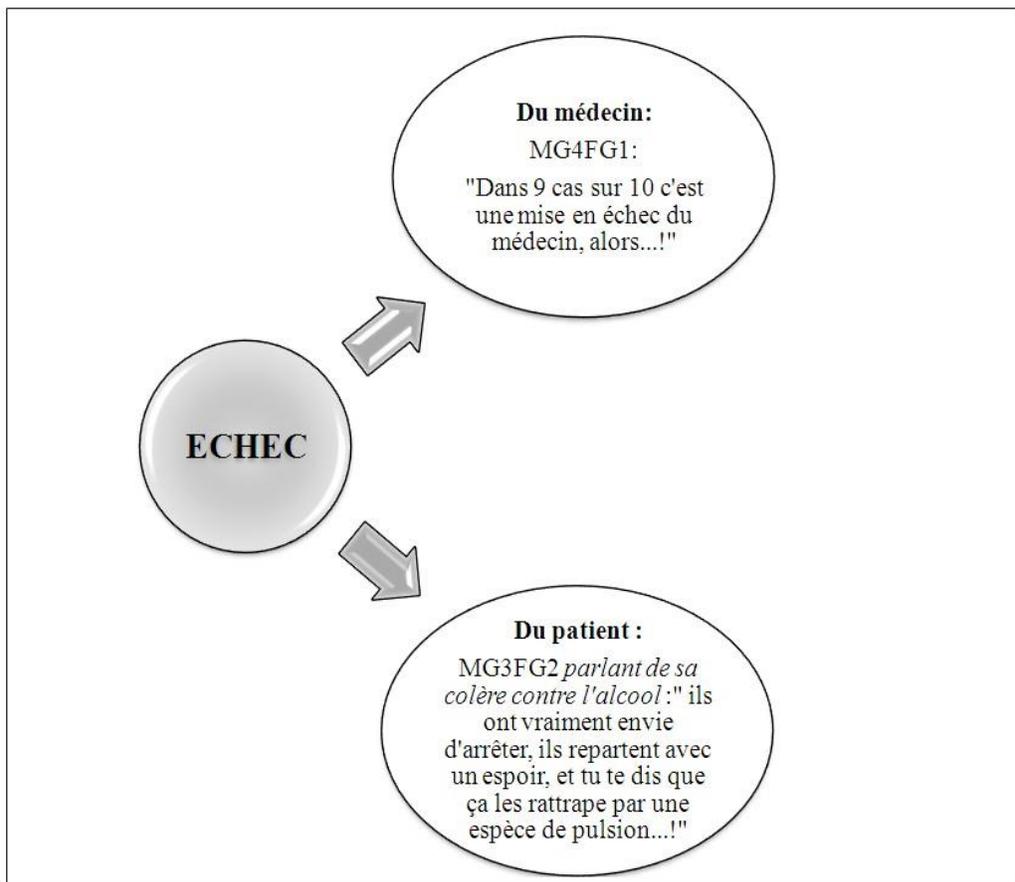
Lors des focus groups, il a été question de plusieurs mises en échec et la première évoquée a été celle du patient. Les mots « rechutes » ont régulièrement été cités avec la notion d'échec sous jacente, et le mot lui-même a été employé par plusieurs médecins généralistes comme par exemple MG5FG1 : « c'est vrai qu'il y a aussi un long passé de déni, d'échecs, de choses comme ça... J'ai l'impression qu'en 25ans, j'ai ramé beaucoup, pour en sauver pas beaucoup quoi ! »

Cette phrase dans son ensemble regroupe donc deux événements qui semblent très liés : l'échec du patient et celui du médecin.

En effet, les participants ont évoqué également leur sentiment d'être personnellement mis en échec dans cette pathologie, avec tout ce que cela peut induire comme difficulté pour le praticien : échec et médecine ne font généralement pas bon ménage dans l'inconscient collectif, et à fortiori encore moins dans l'esprit du médecin...

On remarque donc que ce phénomène s'applique aussi bien au patient, ce qu'on pressent d'emblé, qu'au médecin, ce qui était peut être moins évident, comme le résume la figure 10.

Figure 10 : Analyse dimensionnelle de l'échec



## 2. Le temps

Le temps est une notion également fondamentale et qui joue à plusieurs niveaux.

Ce terme, très employé dans les verbatim, a été utilisé sous différentes formes.

Tout d'abord par son aspect **chronophage**, renvoyant l'idée d'un accompagnement envahissant, exigeant beaucoup d'espace dans la durée et dans l'instant présent :

MG1FG3 « Et puis, ça nous prend un temps pas possible ».

Ce temps n'est en effet bien souvent « pas possible » à offrir, dans les conditions actuelle d'exercice de la médecine générale, et cela renvoie tout de suite à la notion de temps **insuffisant**.

MG4FG1 : « Tu te dis : je n'ai qu'un quart d'heure pour lui, de toute façon ça ne va pas le faire, c'est voué à l'échec ».

Cet aspect chronophage, donc d'un temps insuffisant, entraîne directement un sentiment d'échec !

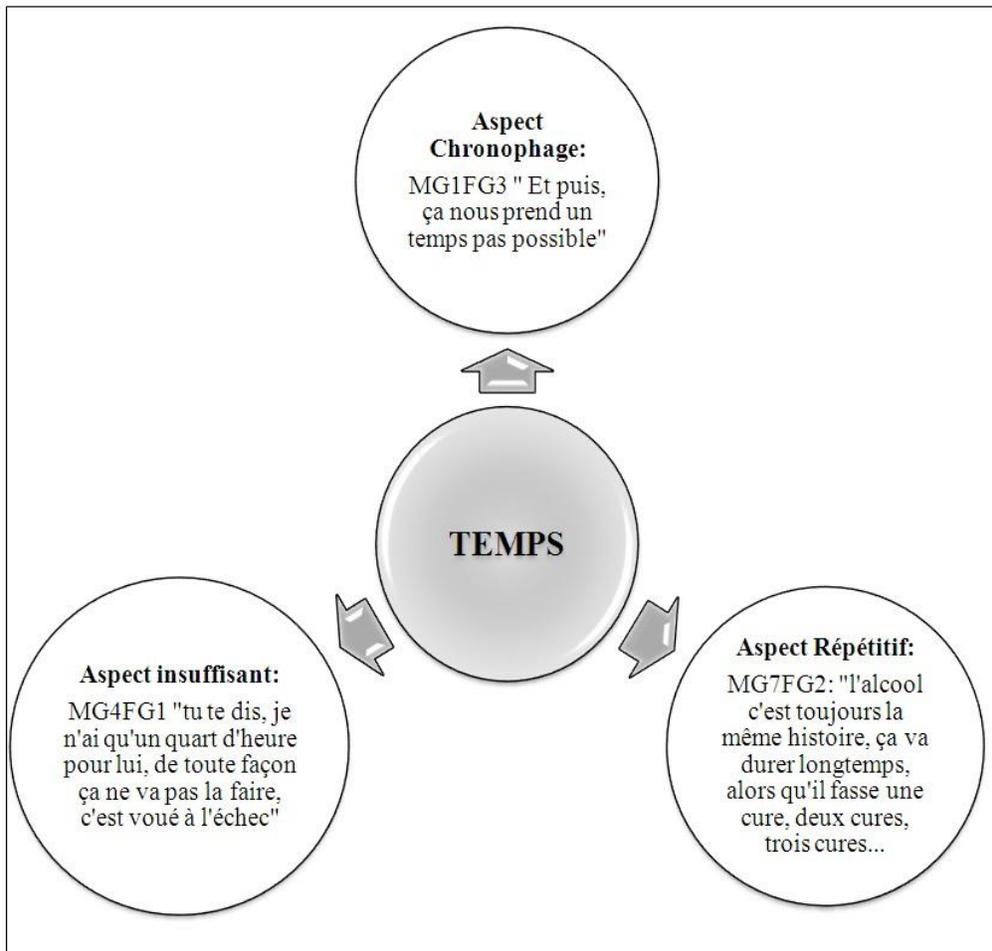
Enfin, une quatrième notion temporelle se greffe aux premières et en majore l'effet négatif : **la répétition**.

Celle-ci est soulignée par MG7FG2 : « l'alcool c'est toujours la même histoire, ça va durer longtemps, alors qu'il fasse une cure, deux cures, trois cures... »

On sent dans cette phrase une lassitude sous-jacente, sous tendue par l'aspect répétitif de la présentation de la maladie (« toujours la même histoire »), l'aspect chronique de la maladie (« ça va durer longtemps ») et enfin, l'aspect répétitif des prises en charge (« une cure, deux cures, trois cures... ») qui sous entend également des échecs à répétition, figure 11.

Cette dernière notion de répétition s'applique également aux patients, qui placés en situation d'échec face à leur propre maladie, se découragent régulièrement et n'envisagent plus la guérison comme possible.

Figure 11 : Analyse dimensionnelle du temps



### 3. L'impuissance

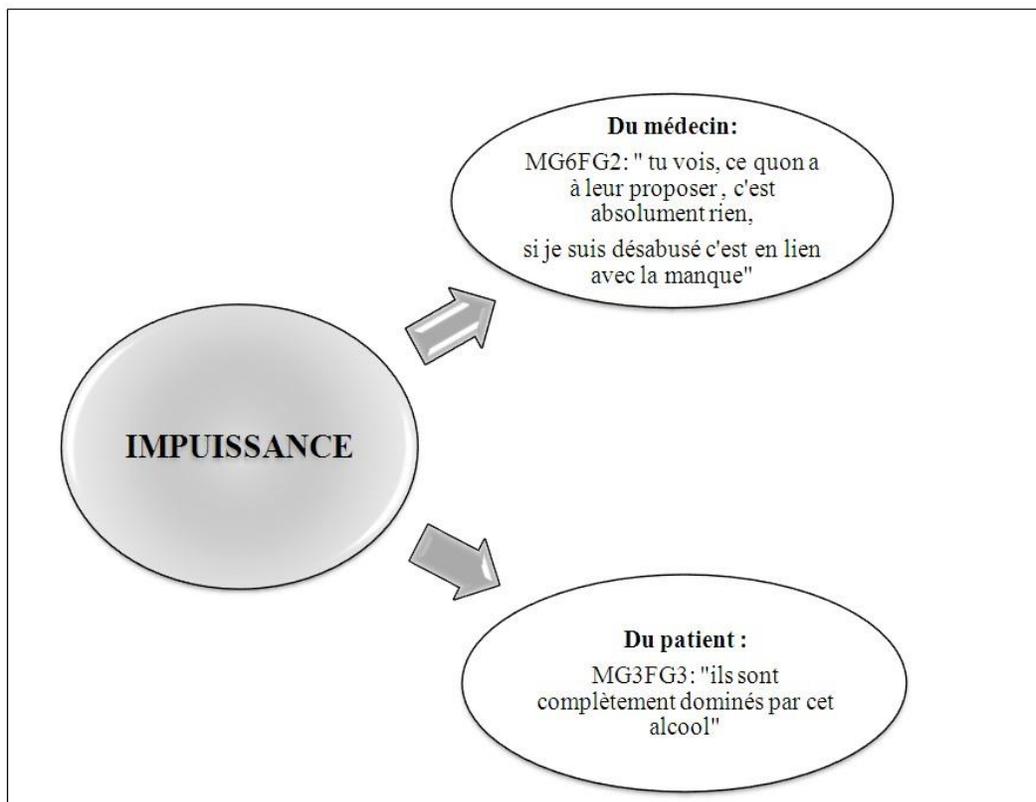
Enfin, la troisième dimension déposée à de très nombreuses reprises et en filigrane de beaucoup de ressentis, d'attitudes et contre-attitudes : **l'impuissance**.

Cette impuissance s'applique, comme les deux autres dimensions, aussi bien au soigné qu'au soignant.

On la retrouve envers le produit lui-même, du côté patient, avec le verbatim de MG3FG3 : « ils sont complètement dominés par cet alcool », ou encore envers la capacité à proposer une prise en charge adaptée, du côté médecin : « Tu vois, ce qu'on a à leur proposer c'est absolument rien. Si je suis désabusé, c'est en lien avec le manque », MG6FG2.

A noter simplement un autre parallèle, souligné par cette phrase, entre médecin et patient qui éprouvent tous deux un véritable inconfort face au manque...

Figure 12 : Analyse dimensionnelle de l'impuissance

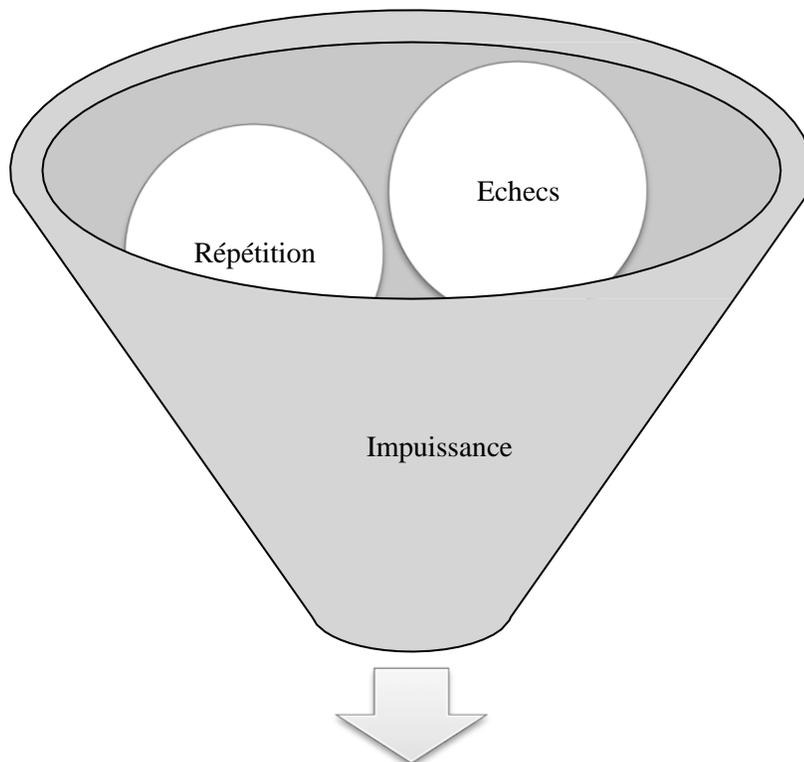


#### 4. L'impuissance apprise

Cette analyse compréhensive nous permet de voir le lien qui existe entre ces différentes dimensions, très liées les unes aux autres.

L'association de ces trois sentiments, aussi bien chez le patient que le médecin, provoque un phénomène appelé **l'impuissance apprise**.

*Figure 13 : L'impuissance apprise*



#### **Impuissance apprise:**

- Sur la prise en charge du patient alcoolodépendant pour **le médecin**
- Sur la façon d'envisager ses capacités de guérison pour **le patient**

Il s'agit d'un état psychologique, résultant d'un apprentissage dans lequel le sujet fait l'expérience de son absence de maîtrise sur les évènements survenant dans son environnement.

Cette expérience engendrerait chez le sujet une attitude résignée ou passive.

Cette impuissance est apprise car elle se généralise même aux situations dans lesquelles l'action du sujet aurait pu être efficace.

Cette notion **d'impuissance apprise** est un processus naturel humain et animal de manière générale, qui se retrouve dans un grand nombre de situation du quotidien. On voit qu'ici elle semble tenir une place très importante et nous verrons par la suite quelles peuvent être les implications de ce phénomène dans l'accompagnement du patient alcoolo-dépendant.

## IV. DISCUSSION

### A. Forces et limites de l'étude

<b>Forces</b>	<b>Limites</b>
<p>-Population de médecins généralistes en activité, représentative du bassin de Bourg en Bresse, avec lieux d'exercices différents =&gt; validité interne satisfaisante</p> <p>-Saturation des idées après les 3 focus groups =&gt; globalité du questionnement exploré</p> <p>-Ressenti évalué par le verbal et le non verbal =&gt; plus de précision</p> <p>-vidéos =&gt; peu de perte d'information, garantie du verbal</p> <p>-Appartenance au même groupe de pair ou se connaissant auparavant =&gt; échanges facilités</p>	<p>-Population très limitée =&gt; aucune validité externe.</p> <p>-Retranscription des vidéos par une seule personne =&gt; pas de triangulation, donc possible biais d'interprétation du non verbal.</p> <p>-Analyse thématique par une seule personne =&gt; biais de classification des idées, catégories manquantes.</p> <p>- un médecin avec une activité spécifique d'alcoologie antérieure =&gt; orientation du débat possible</p>

*Tableau 8 : Forces et limites de l'étude*

## **B. Commentaires des principaux résultats**

### **1. Population**

L'étude portait sur une population de médecins exerçant dans le bassin de Bourg en Bresse et en lien avec le service hospitalier de Fleyriat.

Les grandes variabilités d'âges et d'années d'installation ont permis d'avoir un échantillon hétérogène. De plus, la parité homme-femme a quasiment été respectée.

Le milieu d'exercice était principalement rural (9 médecins sur 16), puis semi rural (5 médecins) et enfin urbain (3 médecins).

Ce type d'exercice de la médecine générale est assez représentatif du bassin de Bourg en Bresse qui rayonne principalement sur des villages de petite et moyenne importance (23).

De plus, pour la très grande majorité des médecins interrogés, le service d'addictologie de Fleyriat était leur référence pour adresser en consultation ou organiser l'hospitalisation d'un patient alcoolodépendant.

Ces deux premiers éléments donnent à cette étude une viabilité interne satisfaisante et permettent donc à ces résultats qualitatifs une base suffisamment solide pour envisager l'élaboration d'un travail autour des axes d'améliorations, ce qui était un des objectifs de cette étude.

L'attention portée au lien entre les médecins lors des focus group, avec une absence de hiérarchie et surtout la présence d'un sentiment confraternel, dans la grande majorité des cas amical, a permis des dialogues très spontanés et authentiques.

Ceci avait été mis en avant lors de l'étude du canevas d'entretien avec le focus group 1 et s'est vérifié dans les deux focus groups qui ont suivi (annexe 2).

## 2. Les principaux résultats

### a. Objectif principal

Il serait tout à fait inutile de rappeler une fois de plus la prévalence de la maladie alcoolique, ses dégâts physiques, psychologiques et sociaux, que ce soit en France et dans bons nombres de pays. C'est pourtant ce constat implacable qui est au cœur de ce travail.

Les difficultés rencontrées dans cette maladie en font un enjeu de santé publique et là où l'isolement, le repli, l'impuissance sont le lit de cette pathologie, on peut espérer qu'un lien bien construit permettent un mouvement vers une amélioration de la prise en charge de ces patients.

Le lien avec le médecin généraliste est essentiel, que ce soit pour le patient sortant d'une cure de sevrage en alcool, ou bien pour l'addictologue qui programme le retour à domicile.

Au cœur du dispositif de soin, les compétences du médecin généraliste sont fondamentales pour le suivi de ces patients, et l'objectif de cette étude était en premier lieu de sentir comment les médecins eux même se situaient dans cette prise en charge.

La richesse des verbatim, des expressions non verbales ainsi que des temps de réponse conséquents (1h18min minimum) montrent tout d'abord que les médecins généralistes se sentent concernés par cette pathologie.

Le champ lexical du ressenti a également été bien balayé, avec l'emploi de nombreux mots et verbes s'y référant. Soulignant le caractère authentique et spontané, les nombreuses expressions non verbales ont été une richesse supplémentaire dans l'évaluation du ressenti.

Ceci nous permet de voir que leur place dans le suivi après la cure semble être une évidence pour tous les médecins et qu'aucun d'entre eux n'a remis en question ce postulat initial.

Néanmoins, à travers ces six questions explorant leur ressenti de manière assez large, ils ont exprimé un certain nombre de difficultés à prendre en charge les patients alcoolodépendants.

### b. La maladie alcoolique

La première des difficultés semble être en rapport avec la maladie alcoolique elle-même.

En effet, les médecins ont rapporté, pour 10 d'entre eux, un investissement personnel très important ainsi qu'un envahissement.

Cette pathologie chronique et transversale sollicite le soignant sur différents plans, que l'on retrouvera au fil des résultats et qui permettront de comprendre l'origine de ce sentiment aussi largement partagé.

Le repérage et donc le diagnostic ne sont en premier lieu pas une chose toujours facile.

Ici, on voit que 7 médecins sur 16 expriment une facilité au repérage des patients alcoolodépendants.

Cet élément renvoie directement à la question de l'abord du sujet avec le patient, qui est vécue comme facile dans la même proportion (7/16).

Ces résultats sont comparables à ceux d'une récente étude IPSOS, réalisée pour le *Quotidien du médecin* dans laquelle la moitié des 103 médecins généralistes interrogés, questionneraient fréquemment leur patient sur leur consommation d'alcool (24).

### c. Le patient alcoolodépendant

Une étude réalisée sur le ressenti du médecin généraliste en 2010 indique que 70% d'entre eux ne sont pas gênés pour parler d'alcool (25) et cette majorité se retrouve ici également.

Néanmoins, si le médecin généraliste n'éprouve pas de gêne à l'évocation du sujet « alcool », sa propre histoire avec l'alcool influence son envie d'approfondir ce sujet, son regard sur le patient ainsi que ses interventions (7).

En effet, si la médecine est un art, elle met surtout en lumière les relations humaines et par conséquent, les transferts et contre-transferts naturels à chaque rencontre.

Dans le cadre de son exercice, le médecin peut être à même de les envisager et de les sentir pour les intégrer à ses objectifs de prise en charge, et le patient alcoolodépendant en fait vivre un certain nombre.

On retrouve ici une majorité de contre-attitudes négatives, fruits d'investissements importants vécus comme des échecs par le médecin et des troubles du comportement liés à ce produit.

La relation vécue comme désagréable et inconfortable conduit à un appauvrissement de l'accompagnement et ne permet pas d'envisager une issue favorable à cette pathologie.

L'expression très libre de ces sentiments dans les focus groups renforce l'idée d'un débat authentique et souligne l'absence de jugement entre les participants.

Néanmoins, cette image ne semble pas figée car la cure modifie ce regard avec une valorisation du patient chez 7 médecins et une amélioration du lien chez 5 d'entre eux.

Ceci entraîne une remobilisation soulignée par 5 médecins ainsi qu'un sentiment de soutien et d'efficacité dans la prise en charge.

On voit donc que lorsque le lien autour d'un patient se fait, le médecin généraliste s'en saisit spontanément pour sortir, lui aussi, de son isolement et de son inconfort dans la relation.

#### d. Les éléments satellites

Au delà de sa propre histoire, le médecin est également un acteur de la vie communautaire de son lieu d'exercice (7).

A ce titre, il acquiert des connaissances supplémentaires pouvant modifier sa vision du patient et sa prise en charge.

Parfois informative, la communauté est le plus souvent vécue comme problématique avec au premier plan le regard de l'autre qui freine le patient dans son adhésion aux soins et qui peut aussi l'inciter à consommer, sur un mode culturel, que les médecins soulignent comme une entrave.

Un sentiment d'oppression est également signifié, influençant le médecin dans une action qu'il n'aurait pas conduit spontanément et que l'on retrouve aussi en grande majorité dans ce que les familles font vivre au praticien.

Celles-ci semblent impacter directement dans la relation au patient avec également un sentiment d'ambivalence qu'elle véhicule dans son approche de la maladie, et qui souligne une fois de plus que l'abord de ce sujet n'est pas une évidence pour les médecins comme pour l'entourage.

Ce sentiment et son influence dans leur positionnement avaient déjà été évoqué par 53% des médecins interrogés (25).

A noté un sentiment de violence renvoyé parfois par l'entourage familial, violence décrite comme à l'origine des troubles et que l'on retrouve aussi dans l'attitude des patients.

Enfin, le conjoint est le membre de la famille identifié comme très impliqué dans la pathologie avec un lien de causalité rapporté par 3 médecins et qui renvoie à un autre trouble auquel le médecin est souvent confronté : la conjugopathie

Tous ces éléments satellites mettent clairement en lumière l'aspect global de cette pathologie ainsi que les nombreuses interactions, périphériques à la relation patient-médecin, et qui en modifient pourtant la teneur.

#### e. Les traitements

Une fois le repérage fait, le diagnostic d'alcoolodépendance établi, « le travail du médecin est d'aider le malade à accepter le diagnostic et à décider de se traiter », tel que le souligne les Drs HUAS et RUEFF dans leur ouvrage *Alcool et Médecine générale* (7).

Pas si simple selon une récente étude qui retrouve que 57% des médecins généralistes déclarent se sentir démunis face aux patients alcoolodépendants (24).

Ici encore, le constat est identique avec pour cette question, le plus grand nombre de catégories et de sous catégories identifiées.

On retiendra donc 4 catégories d'obstacles, avec en premier lieu, **le patient** lui-même.

Ce sentiment apparaît aussi dans d'autres études, notamment l'étude de Rohman (26) où la moitié des médecins décrivent ces patients comme peu coopérants, difficiles et peu honnêtes sur leur consommation. Cet élément a été confirmé plusieurs années après, en 2010, où 64% des médecins voient le manque de compliance des patients comme une difficulté rencontrée (25).

En effet, si cette pathologie neurobiologique est basée sur un ensemble de circuit neuronaux complexes, l'absence de considération du trouble par le patient, appelé déni, met bien souvent à distance l'idée même d'un accompagnement ou d'une prise en charge.

Le déni est une notion très souvent associée à l'alcoolodépendance, comme une étape plus ou moins obligatoire au début de la maladie.

Plutôt éloigné de sa définition psychanalytique freudienne, à savoir la non considération d'une partie de la réalité, initialement la différence de sexe, cette absence de désir de changement de comportement, caractérisée par un non-intérêt voire une opposition, est en réalité une étape du cycle de Prochaska et DiClemente (annexe 4).

Décrit par ces deux psychologues américains en 1981, ce cycle est commun à l'ensemble des dépendances et montre le mouvement que le patient a au cours de l'évolution de sa pathologie, avec des changements de comportement passant plusieurs étapes, la dernière étant un arrêt prolongé de la consommation d'alcool dans le cadre de l'alcoolodépendance.

Néanmoins, les réalcoolisations et rechutes ne sont pas rares et se tiennent au rang des premières difficultés exprimées par les médecins de l'étude, obstacle attribué à **la maladie alcoolique** elle-même. Un des médecins soulignera cependant indirectement ce mouvement en expliquant que « la rechute, ça fait parti du traitement ! », ce que les auteurs *d'Alcool et Médecine générale* abordent de manière détaillée également comme, ce qui est en effet, une étape du cycle de Prochaska et DiClemente.

On retrouve ensuite en troisième ligne des obstacles, **la médecine générale** et ses conditions d'exercice. Même si les différents plans gouvernementaux mettent le médecin généraliste au centre de la prévention, du dépistage d'un grand nombre de maladie, dont l'alcool, il n'en reste pas moins vrai que les conditions d'exercice de la médecine générale sont vécues comme peu ou non compatibles avec l'accompagnement des patients alcoolodépendants.

Ce ressenti a été souvent évoqué, avec en premier lieu un manque de temps à consacrer à cette pathologie très chronophage et une rémunération insuffisante pour l'investissement qu'elle demande.

Enfin, **la société** en générale et « l'étiquette » qu'elle colle au patient alcoolo-dépendant ont été citées à de très nombreuses reprises comme une entrave au processus de guérison.

Si le patient alcoolodépendant souffre d'une image très négative et dégradante, son abstinence le met également en marge d'une société qui s'alcoolise et qui n'accepte que très peu la différence.

#### f. La cure

L'évaluation du lien avec le lieu de la cure était un des objectifs essentiels de cette étude.

En effet, même si le médecin addictologue n'intervient que très ponctuellement dans l'histoire de la maladie, l'existence de ce lien avec le médecin et le patient permet de sortir d'une forme d'isolement et semble importante pour envisager un accompagnement confortable.

En effet, si 2/3 des médecins déclarent prendre en charge eux même les patients alcoolodépendants en 2013, 57% d'entre eux expriment se sentir démunis face au patient alcoolodépendant (24).

Lors de cette enquête, les médecins interrogés, et travaillant en majorité avec le service d'addictologie de Fleyriat, ont exprimé l'existence d'un « bon » lien.

Envisagé par 3 médecins sous un aspect éducatif, le séjour de sevrage est perçu pour plusieurs d'entre eux avec une efficacité nulle sur l'histoire de la maladie. Ce sentiment est sous-tendu par l'existence de rechutes par la suite, vécues comme une difficulté importante par une majorité de médecins dans cette étude et par 60% d'entre eux également dans l'étude quantitative de Groppi M, Geiger S et Lafortune. (25).

Paradoxalement, des analyses attribuent facilement maintenant une efficacité de 30% au séjour de sevrage en alcool.

De même, si la cure ne semble pas être vécue comme efficace sur la pathologie, on voit ici qu'elle peut participer à une amélioration de la vision du patient et à une remobilisation du médecin dans sa prise en charge.

Cette notion d'efficacité et de rechute nous oriente donc directement vers le concept de guérison et d'objectif, à déterminer avec le patient lui-même, comme le suggère les méthodes d'entretien motivationnel, et non avec un idéal de prise en charge.

Ceci pourrait être à l'origine de ce contraste et expliquer en partie ce sentiment majoritaire, bien que des améliorations concernant la prise en charge hospitalière restent indiscutablement à faire.

Le manque de réactivité souligné ici par 1/4 des médecins, se retrouve également dans d'autres enquêtes avec des délais d'admission trop longs, sous-tendus par un sentiment d'urgence ressentie que nous retrouvons clairement ici. (Figure 8) (25).

Il est aussi question d'un manque de spécialistes dans cette discipline, l'addictologie étant une matière encore marginalisée des études médicales, bien que l'alcool soit très souvent abordé comme le principal facteur de risque de nombreuses maladies...

### g. Les axes d'amélioration

Enfin, les axes d'amélioration ont été bien développés, confirmant une fois de plus l'investissement et l'envie d'implication des médecins généralistes dans la prise en charge de cette maladie.

Le besoin de formation apparaît comme très mitigé dans cette étude, avec un avis favorable formulé par un seul médecin, ce qui rejoint les 43% de médecins estimant que leur manque de formation n'est pas un obstacle dans leur prise en charge, dans l'étude qualitative de Groppi M (25).

En revanche, ce résultat ne se retrouve pas dans l'étude IPSOS 2013 qui indique qu'une majorité de médecins (76%) souhaiterait une meilleure formation en addictologie.

Dans leur attente, on retrouve en revanche une demande commune de réunion entre confrères (24), exprimée sous la demande de « groupes de parole pour les médecins » dans cette enquête.

Une orientation vers une prise en charge à domicile a également été soulignée comme plus « pertinente ». Cette approche au plus près du patient est un miroir du vécu parfois « inadapté » de la cure, avec la mise en avant d'un « cocooning » à l'antipode de la réalité.

Cette action à domicile rejoint une volonté de création **d'équipe mobile**, ou de développement de réseaux, référence évidente au « lien » tissé..., pour « aller plus loin ».

Cette démarche vers le domicile par des équipes mobile rejoint parfaitement les directives gouvernemental 2013-2017 avec une action publique voulant « favoriser « **l'aller vers** » des professionnels de la santé auprès des populations exposées » (13).

En effet, elle semble tout à fait cohérente pour aller au plus près de la problématique rencontrée par le patient, afin qu'il puisse bénéficier d'outils dans son quotidien pour faire face à cette maladie chronique.

Si une autre prérogative souhaitée est de changer « le regard social porté sur les consommateurs », ce que souligne également cette étude, on peut imaginer que des professionnels de santé engagés sur le terrain favoriseraient considérablement ce changement.

Dans cet univers où se mêlent la méconnaissance, l'inconscience, les préjugés, la culpabilité, le repli, des armes puissantes telles que la parole, la proximité et le lien apparaissent en effet plus que nécessaires pour éclairer le regard d'un patient et d'une société.

L'axe d'amélioration majoritairement demandé lors de cette étude est **le développement des groupes de paroles** pour les patients, ou groupes néphalistes.

En effet, ce mode de fonctionnement sous forme de groupes d'entraide, animés par des « anciens buveurs », connaît un grand succès aux Etats-Unis et au Royaume Unis.

Les « Alcooliques Anonymes », bien connus sous l'abréviation « AA » organisent des permanences très régulières avec des réunions de groupe ainsi qu'un parrainage. Leur implantation quasi systématique au cœur des villes et des villages leur permet un maillage très large du territoire (27).

En plus d'une aide de proximité, ils participent à la modification de l'étiquette, largement soulignée tout au long des entretiens, et envisagée comme un axe d'amélioration très important par les médecins.

Cette prise en charge par des groupes de paroles permettrait un traitement de l'impuissance apprise, induite par les situations de rechutes, vécues comme des échecs à répétitions par le patient, sur son chemin vers l'abstinence (28).

Cette étude menée en 2009 aux Etats-Unis par Philip John Pellegrino souligne l'importance du travail sur ce phénomène d'impuissance apprise, ou Learned Helplessness, qui interviendrait directement dans la capacité du patient à envisager son abstinence. Ses recherches suggèrent que la participation aux groupes de paroles, les « AA » dans son études, réduirait considérable l'importance de l'impuissance apprise et augmenterait le sentiment d'efficacité personnelle.

Si ces résultats mettent clairement en lumière l'existence de ce phénomène, bien connu outre-Atlantique, et sa participation dans la maladie alcoolique, ils exposent également l'importance des entretiens individuels pour « désapprendre » cette impuissance.

En effet, le groupe aurait ce désavantage d'induire que seule l'énergie collective aurait une action sur cette pathologie, et réduirait donc paradoxalement le sentiment d'efficacité personnelle.

C'est alors que la relation duelle avec le médecin généraliste prend toute sa place dans ce travail vers le désapprentissage de cette impuissance, pour peu que ce concept empiriquement pressenti, lui soit appris.

Les deux axes d'améliorations sollicités par les principaux acteurs de soin de la maladie alcoolique sont finalement très proches.

Que ce soit les équipes mobiles ou le développement des groupes de paroles, il s'agit avant tout d'instaurer plus de proximité, de lien avec les patients dont les difficultés et rechutes interviennent dans la très grande majorité des cas à domicile.

Aller au cœur du sujet pour une action plus juste et plus cohérente avec ce que cette maladie fait vivre au patient, son entourage et la société.

### **3. L'impuissance apprise**

Cette notion a été étudiée en 1975 par Martin Seligman, professeur de psychologie expérimentale avec une première expérience réalisée chez le chien et visant à évaluer l'impact des événements aversifs sur l'animal (29).

Dans une boîte à deux compartiments dont l'un était électrifié, il apprit à des chiens à sauter du côté non électrifié pour être à l'abri des chocs. Ensuite, il soumit la moitié des animaux à des chocs électriques inévitables, et répétitifs pour ensuite les replacer dans une boîte à deux compartiments où ils pouvaient à nouveau accéder, en sautant, à un côté non électrifié. Il constata alors que les 2/3 des chiens qui avaient reçu des chocs inévitables avaient désappris qu'ils pouvaient accéder en sautant à un compartiment non électrifié.

Inversement les chiens « contrôles », qui n'avaient pas reçu de chocs inévitables, conservaient l'apprentissage de l'échappement aux chocs. L'inhibition des chiens choqués fut baptisée « impuissance apprise » ou « désespoir appris » (helplessness), et se montrait réversible.

En effet, Seligman a aussi montré que si l'expérimentateur intervenait auprès des chiens devenus résignés pour les tirer de l'autre côté du muret lors de l'envoi du choc électrique, ils sortaient de cet état d'impuissance apprise.

Ce modèle fut considéré comme un analogue expérimental de la dépression humaine, dans la mesure où chez les animaux comme chez les humains, le traumatisme réduirait la motivation à répondre et les expériences traumatiques interdiraient l'apprentissage de nouvelles réponses, favorisant ainsi la dépression et l'anxiété.

Le modèle reformulé de l'impuissance apprise a été proposé par Abramson, Seligman et Teasdale (1978) qui ont cherché à approfondir chez l'homme les facteurs cognitifs qui permettraient de prédire une réponse d'impuissance apprise.

Bien connu outre-atlantique sous le terme de Learned Helplessness, ce phénomène se produit très rapidement et la majorité des personnes sont concernées.

En effet, lors d'une vidéo édifiante, un professeur met moins de 5 min pour placer la moitié de ses élèves en situation d'impuissance apprise par l'intermédiaire d'un simple test (30).

Le vécu alors décrit par les élèves en quelques secondes est spectaculaire :

Joey : « je me suis senti stupide », une autre élève « j'avais envie de partir », Joelle « je me sentais encore plus confuse », Chelsea : « frustrée », et enfin Brian : « je n'avais plus confiance en moi ! »

La rapidité d'installation du processus, chez des personnes insérées, socialement entourées et stimulées intellectuellement comme peuvent l'être des lycéens, montre la puissance de ce phénomène et l'impact qu'il peut avoir dans l'accompagnement du malade alcoolodépendant.

C'est notamment sur ce modèle que l'on rencontre très fréquemment des personnes en demande d'emploi démotivées de trouver un travail après plusieurs refus, des élèves en échec scolaires face à des résultats décrits comme négatifs, des équipes sportives enchaînant défaite sur défaite...

Lors de l'analyse dimensionnelle des résultats, on voit que la répétition des situations vécues comme des échecs par le patient et par le médecin induit chez eux ce phénomène **d'impuissance apprise**.

Dans ce contexte, le patient perd sa capacité d'envisager une issue favorable à son alcoolodépendance et le médecin, quant à lui, perd son sentiment d'efficacité pour prendre en charge cette pathologie.

Cette impuissance se généralise à des situations où le sujet aurait pu être efficace, d'où l'importance de connaître et comprendre ce concept.

En effet, l'impuissance apprise tend à disparaître quand on réussit à surmonter une nouvelle épreuve, d'où la nécessité pour le praticien et le patient de déterminer ensemble des objectifs réalisables, afin de favoriser le sentiment d'efficacité personnelle de l'un, comme de l'autre.

Cette notion donne également toute sa puissance à l'accompagnement du médecin dans le cycle de la dépendance du patient. Son rôle d'aide, de « passeur » vers l'étape suivante, tout en respectant le rythme du patient, peut permettre de lui redonner toute sa dimension active dans cette pathologie chronique.

De même pour le patient, chaque objectif réalisé lui permettra de « désapprendre » ce phénomène au profit d'une consolidation de sa motivation, de son désir de changement alors de nouveau envisagé comme possible.

L'impuissance apprise doit être identifiée comme telle, qu'elle intervienne chez le patient ou chez le soignant. L'objectif de l'intervention du soignant ayant pris conscience de ce phénomène étant, entre autres, de retrouver la confiance en soi et la motivation perdues, en travaillant à recréer le lien entre actions et résultats.

### **C. Point de vue des patients**

Une thèse de médecine générale, réalisée en 2009 auprès de 199 patients, a évalué « l'attente des patients alcoolo-dépendants vis-à-vis de leur médecin généraliste avant et après sevrage » (31).

Ce travail a mis en évidence plusieurs résultats très intéressants.

**Avant le sevrage**, 60% des patients ont eu plusieurs consultations sur l'alcool, favorisées par des consultations fréquentes, l'invitation à en reparler et le conseil d'abstinence.

Ce premier résultat vient se confronter à une des problématiques exprimées par les médecins généralistes qui est le manque de temps.

En effet, les consultations fréquentes, même de courte durée avec une intervention brève, ont un fort impact sur la décision de sevrage des patients, ce que confirme cette étude.

Lors de cette enquête, cette décision est pour 41% des patients directement liée à la discussion auprès de leur médecin et valorise donc une fois de plus la place prépondérante de la médecine générale dans cette pathologie .

De même, on voit une véritable adaptabilité du praticien de premier recours, avec des discussions différentes en fonction du contexte vécu par le patient. Ainsi, les discussions étaient plus complètes chez les personnes en rechute avec une invitation à en reparler significativement plus souvent. De même, la multiplication des consultations favorisait une information plus complète sur le thème de l'alcool.

Les attentes du patient vis-à-vis du médecin généraliste avant la cure étaient donc principalement :

- Parler de la consommation
- Parler de dépendance
- Parler des risques somatiques
- Envisager les possibilités de traitement
- Orienter vers un spécialiste
- Expliquer l'abstinence

A noter que « le rôle de « prendre en charge leur maladie » était d'autant moins attribué au médecin que les patients consultaient assidument », ce qui éclaire différemment le sentiment d'impuissance des médecins vis-à-vis de la maladie de leurs patients.

En effet, dans cette étude, l'investissement régulier du médecin auprès du patient semble le « libérer » de tout résultat, et donc de tout échec éventuel.

Néanmoins, les patients soulignaient fortement, lors des focus, un sentiment d'impuissance de leur médecin généraliste.

Ces deux dernières notions mettent en lumière des attentes et des objectifs différents de la part du médecin et du patient, et montre l'utilité d'entamer un accompagnement après avoir déterminé un objectif commun, celui du patient, réalisable et guidant la conduite du soignant.

Dans les attentes **après le sevrage**, 79% des patients attendaient un suivi du traitement avec leur médecin, 75,4% attendaient un suivi psychologique et 66.3% un lien avec les acteurs de la prise en charge.

La confiance en leur médecin pour assurer la suite de la prise en charge était très importante et 85.2% pensaient garder le même médecin.

Les entretiens par focus group mettaient en avant 2 notions fortes :

- Le médecin généraliste faisait l'unanimité dans le suivi du maintien de l'abstinence
- Les attentes fortes étaient : écoute et disponibilité.

Les conclusions reprenaient :

- L'idée « d'une divergence de perception concernant le problème d'alcool », avec des médecins qui éprouvent une certaine difficulté à aborder le sujet et des patients qui acceptent bien la discussion.
- « Des patients demandeurs et impliquant fortement leur médecin généraliste avant et après le sevrage ».

Cette étude vient donc corroborer l'importance de la place du médecin traitant dans la prise en charge de l'alcoolodépendance.

La difficulté exprimée à aborder le sujet, que l'on retrouve également dans notre étude, n'est pas un sentiment isolé. En effet, une étude Suisse de 2005 montre que seulement 12.8% des médecins généralistes souhaitent aborder les problèmes liés à la consommation d'alcool avec les patients alcoolodépendants (32).

Le contraste avec les attentes du patient met une fois de plus en avant l'existence de « deux mondes », vivant les mêmes choses et que la maladie ne fait se rencontrer que trop peu souvent.

Cette étude sur le ressenti du patient vient également renforcer la nécessité d'un lien de qualité avec le médecin généraliste avant et après le sevrage, pour les patients et également pour l'addictologue hospitalier.

En effet, le médecin généraliste a donc bien cette place particulière de « pierre angulaire » dans l'accompagnement de cette maladie, pierre sur laquelle il est bon de s'appuyer, en lui apportant des bases solides afin de ne pas tomber dans le phénomène d'impuissance apprise.

En conclusion, si cette étude s'est attachée à mettre en lumière le ressenti du médecin généraliste, son vécu n'en reste pas moins similaire à celui qu'éprouve le patient, particularité de cette maladie où l'absence de mot sur les zones d'ombres qu'elle fait vivre, est à l'origine de bien des maux.

## VI. CONCLUSIONS

L'alcool est un produit connu de l'homme depuis la nuit des temps et l'usage au fil des siècles nous laisse aujourd'hui penser que l'alcool-dépendance est une très vieille maladie.

Cette maladie touche actuellement plus de 10% de la population générale. Ses retentissements biologiques, physiques, psychologiques et sociaux en font un vrai problème de santé publique ainsi qu'une vraie spécialité de médecine générale.

En effet, le médecin généraliste regroupe de nombreuses compétences lui permettant une prise en charge globale, centrée sur le patient alcool-dépendant ainsi qu'une gestion pertinente du suivi et de la coordination des soins de cette maladie chronique et transversale.

Néanmoins, la maladie alcoolique reste une pathologie très complexe, aussi bien dans son approche, que dans sa prise en charge, avec des moyens thérapeutiques assez pauvres et des résultats qui ne sont pas immédiats.

Les cures de sevrage physique en alcool sont un des moyens thérapeutiques actuels qui permettent un arrêt complet de la consommation durant le séjour et la mise en place d'un suivi visant à prévenir les rechutes. Ces rechutes ne sont malheureusement pas rares et interviennent dans la majorité des cas lors du retour à domicile. C'est alors que le lien avec le médecin généraliste prend tout son sens.

Si l'addictologue envisage très facilement le médecin généraliste comme la pierre angulaire du suivi ambulatoire à la sortie du patient, comment le médecin généraliste se situe-t-il dans cette prise en charge après la cure ?

Afin d'apporter un éclairage à cette question fondamentale dans le suivi des patients et de mettre en lumière des axes d'amélioration dans ce domaine, cette étude se propose d'évaluer le ressenti du médecin généraliste face à un patient alcool-dépendant sortant de cure de sevrage en alcool.

Pour cela, nous avons réalisé une étude qualitative par trois entretiens collectifs, ou focus group, auprès de seize médecins généralistes en activité. Le canevas d'entretien, évalué lors d'une étude précédente, a été soumis aux médecins lors de trois rencontres filmées, dont le compte rendu, verbal et non verbal, a ensuite été extrait sous forme de verbatim.

Par la suite des analyses thématiques, descriptives et dimensionnelles ont été réalisées pour mettre en avant les principales difficultés rencontrées par les médecins généralistes et tenter d'en comprendre l'origine.

La durée des entretiens ainsi que la richesse des échanges montrent que les médecins généralistes se sentent concernés par leur place dans la prise en charge de cette pathologie. Cependant, ils mettent en avant plusieurs difficultés liées à la maladie alcoolique en elle-même, avec notamment l'investissement

personnel important qu'elle sous-tend : MG3FG2: « Moi, je trouve que c'est une pathologie: ou on donne rien, ou on donne tout, mais c'est très chronophage et envahissant! », sentiment repris par 10 médecins.

La cure a globalement un effet positif sur le regard du médecin, avec une valorisation évoquée par 7 médecins et une remobilisation ressentie par 5 médecins.

Néanmoins, les obstacles à la prise en charge sont très nombreux avec en premier lieu la répétition des rechutes, le regard de la société : MG6FG2: "Le 1er obstacle, c'est l'idée de la maladie alcoolique qu'on a dans notre société!" et le déni des patients face à leurs troubles.

Cette combinaison de situations vécues comme des échecs, à répétition, associés à un sentiment d'absence de maîtrise, génère un sentiment d'impuissance qui se retrouve aussi bien dans le vécu du médecin généraliste et que dans celui du patient. Ceci pourrait expliquer l'installation d'un phénomène appelé « impuissance apprise » au cours duquel les médecins et les patients perdraient leur capacité à envisager une issue favorable à l'alcoolodépendance.

Pour finir, plusieurs axes d'amélioration ont été proposés par les médecins interrogés avec en majorité la nécessité de développer les groupes de parole et d'orienter l'accompagnement vers le domicile, jugé « plus pertinent ». Enfin, si cette étude s'est attachée à mettre en lumière le ressenti du médecin généraliste, son vécu n'en reste pas moins similaire à celui qu'éprouve le patient, particularité de cette maladie où l'absence de mot sur les zones d'ombres qu'elle fait vivre, est à l'origine de bien des **maux.**—

Le Président de la thèse,  
Professeur Jean-Louis Terra

Vu et permis à signer  
Lyon, le 12.02.2015

VU :  
Le Doyen de la Faculté de Médecine  
Lyon-Est

Professeur Jérôme ETIENNE



VU :  
Pour Le Président de l'Université  
Le Président du Comité de Coordination  
des Etudes Médicales

Professeur François Noël GILLY



## VI. BIBLIOGRAPHIE

1. Les hommes préhistoriques consommaient déjà alcool et drogues [Internet]. [cité 21 juin 2015]. Disponible sur: [http://www.maxisciences.com/pr%E9histoire/les-hommes-prehistoriques-consommaient-deja-alcool-et-drogues\\_art32590.html](http://www.maxisciences.com/pr%E9histoire/les-hommes-prehistoriques-consommaient-deja-alcool-et-drogues_art32590.html)
2. AA2015-1-RBP.indb - RBP2014-SFA-Mesusage-AA.pdf [Internet]. [cité 21 juin 2015]. Disponible sur: <http://www.sfalcoologie.asso.fr/download/RBP2014-SFA-Mesusage-AA.pdf>
3. Lenoir M et al. Intense sweetness surpasses cocaine reward PLoSOne 2007 ; 8 : e698.
4. Addictions [Internet]. [cité 21 juin 2015]. Disponible sur: <http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/addictions>
5. Le modèle biopsychosocial : beaucoup plus qu'un supplément d'empathie - revmed [Internet]. [cité 21 juin 2015]. Disponible sur: <http://www.revmed.ch/rms/2010/RMS-258/Le-modele-biopsychosocial-beaucoup-plus-qu-un-supplement-d-empathie>
6. Huas D. Abord clinique des malades de l'alcool en médecine générale. Paris ; Berlin ; Heidelberg [etc.]: Springer; 2005. 1 p.
7. Huas D. Alcool & médecine générale. Neuilly-sur-Seine: GMSanté; 2010. 1 p.
8. Intervention de crise suicidaire - 4-3-terra.pdf [Internet]. [cité 21 juin 2015]. Disponible sur: <http://www.git-france.org/fichierjef11/4-3-terra.pdf>
9. Observatoire français des drogues et des toxicomanies, Pousset M. Drogues et addictions, données essentielles. Saint-Denis La Plaine: Observatoire français des drogues et des toxicomanies; 2013.
10. ofdt 2013 complet.pdf.
11. INPES Alcool.pdf.

12. Plans précédents - Mildeca - Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives [Internet]. [cité 21 juin 2015]. Disponible sur: <http://www.drogues.gouv.fr/site-professionnel/la-mildeca/plan-gouvernemental/plans-precedents/index.html>
13. Parution du Plan gouvernemental de lutte contre la drogue et les conduites addictives 2013-2017 | Fédération Addiction | prévenir, réduire les risques, soigner [Internet]. [cité 21 juin 2015]. Disponible sur: <http://www.federationaddiction.fr/parution-du-plan-gouvernemental-lutte-contre-drogue-les-conduites-addictives-2013-2017/>
14. Sm1699 The Harmful Use Of Alcohol And Primary Health Care. Status Quo And Future Priorities | Wonca Europe [Internet]. [cité 21 juin 2015]. Disponible sur: <http://www.woncaeurope.org/content/sm1699-harmful-use-alcohol-and-primary-health-care-status-quo-and-future-priorities>
15. Programme « maladie » Partie I Données de cadrage – Indicateur n° 9 : Nombre de consultations de professionnels de sante par habitant - 2011\_plfss\_pqe\_maladie\_9.pdf [Internet]. [cité 17 mars 2014]. Disponible sur: [http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/2011\\_plfss\\_pqe\\_maladie\\_9.pdf](http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/2011_plfss_pqe_maladie_9.pdf)
16. FICHE\_MEMO\_CADRAGE\_REPERAGE\_ALCOOL\_COI\_20140320\_VD - reperage\_precoce\_et\_intervention\_breve\_en\_alcoologie\_en\_premier\_recours\_-\_note\_de\_cadrage.pdf [Internet]. [cité 21 juin 2015]. Disponible sur: <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014->
17. Lacroix Cormier P. Etude du comportement des médecins généralistes face au malade alcoolique en fonction de leur vécu personnel, familial et professionnel. Lyon; 1995. 116 p.
18. Rapport\_BourgEnBresse\_VersionFINALE - diagnostic\_bourgenbresse.pdf [Internet]. [cité 21 juin 2015]. Disponible sur: [http://www.ors-rhone-alpes.org/pdf/diagnostic\\_bourgenbresse.pdf](http://www.ors-rhone-alpes.org/pdf/diagnostic_bourgenbresse.pdf)
19. Nos missions [Internet]. [cité 21 juin 2015]. Disponible sur: <http://www.anpaa.asso.fr/lanpaa/qui-sommes-nous/nos-missions>

20. Soutiain, parcours de sante et medecins, addiction AIN, Bourg en Bresse, soutien coordination medecin. Vilhopain [Internet]. [cité 21 juin 2015]. Disponible sur: <http://www.soutiain.fr/>
21. Initiation à la recherche [Internet]. [cité 17 mars 2014]. Disponible sur: [http://cnge.fr/les\\_productions\\_scientifiques/initiation\\_la\\_recherche/](http://cnge.fr/les_productions_scientifiques/initiation_la_recherche/)
22. Guide méthodologique pour les thèses qualitatives. GMTQuali.pdf [Internet]. [cité 21 juin 2015]. Disponible sur: <http://www.nice.cnge.fr/IMG/pdf/GMTQuali.pdf>
23. Offre de soin sur le territoire du département de l'Ain. Etude-completeopt.pdf [Internet]. [cité 21 juin 2015]. Disponible sur: <http://www.ain.fr/upload/docs/application/pdf/etude-completeopt.pdf>
24. L'alcool, casse-tête des médecins [Internet]. [cité 21 juin 2015]. Disponible sur: <http://www.ipsos.fr/decrypter-societe/2013-12-13-1-alcool-casse-tete-medecins>
25. these\_groppi.pdf [Internet]. [cité 21 juin 2015]. Disponible sur: [http://www.cmge-upmc.org/IMG/pdf/these\\_groppi.pdf](http://www.cmge-upmc.org/IMG/pdf/these_groppi.pdf)
26. ROHMAN ME, CLEARY PD, WARBURG M, et al.
27. Alcooliques Anonymes [Internet]. [cité 21 juin 2015]. Disponible sur: <http://www.alcooliques-anonymes.fr/>
28. Does Alcoholics Anonymous Participation Decrease Learned Helplessness and Increase Self-efficacy? - viewcontent.cgi [Internet]. [cité 21 juin 2015]. Disponible sur: [http://digitalcommons.pcom.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1112&context=psychology\\_dissertations](http://digitalcommons.pcom.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1112&context=psychology_dissertations)
29. Impuissance apprise — Wikipédia [Internet]. [cité 21 juin 2015]. Disponible sur: [https://fr.wikipedia.org/wiki/Impuissance\\_apprise](https://fr.wikipedia.org/wiki/Impuissance_apprise)
30. Comment induire « l'impuissance apprise » - YouTube [Internet]. [cité 21 juin 2015]. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=j9I95BJsINc>

31. these\_terrade.PDF - fichier\_these\_terrade5e240.pdf [Internet]. [cité 21 juin 2015].  
[http://www.sfm.org/data/generateur/generateur\\_fiche/555/fichier\\_these\\_terrade5e240.pdf](http://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/555/fichier_these_terrade5e240.pdf)
32. Daepfen & Gaume. Implementation and dissemination of brief alcohol intervention.

## **VII. ANNEXES**

### **A. Annexe 1 : Canevas d'entretien**

#### **Canevas d'entretien visant à évaluer le ressenti du médecin généraliste face à un patient alcoolodépendant sortant d'une cure de sevrage en alcool.**

##### **1-La maladie alcoolique :**

Quelle place a la maladie alcoolique au sein de votre pratique quotidienne ?

##### **2-Le patient alcoolodépendant :**

Quel regard portez-vous sur un patient alcoolo dépendant sortant de cure ?

##### **3-L'entourage du patient alcoolodépendant :**

Quels sont selon vous les éléments satellites de cette maladie qui pourraient modifier votre prise en charge du patient alcoolo-dépendant ?

-famille/communauté/société en général

##### **4-Les traitements de la maladie alcoolique :**

Quels sont les obstacles que vous rencontrez dans le traitement de la maladie alcoolique ?

##### **5-Le lieu de la cure, service hospitalier :**

Comment qualifieriez-vous votre lien avec le service hospitalier d'addictologie ?

##### **6-Les axes d'amélioration:**

Quelles seraient vos attentes pour une prise en charge plus optimale de cette pathologie?

**B. Annexe 2 : Présentation «Médecin généraliste et patient alcoolo-dépendant sortant de cure : évaluation de la pertinence d'un canevas d'entretien**

Médecin généraliste et patient  
alcoolo-dépendant sortant de cure

Pertinence d'un canevas d'entretien

## La Maladie alcoolique

- Un problème de santé publique

- Une spécialité

de médecine générale...

*Coordina-on des soins*  
Services  
hospitaliers  
entourage et  
travail: maladie  
transversale

*1<sup>er</sup> recours:*  
Place privilégiée du  
MG dans le  
dépistage l'alcoolo4  
dépendance

*Approche centrée pa-ent*  
Poly pathologie,  
Soin du pa2ent alcoolo4  
dépendant dans son  
contexte

*Approche globale:*  
Problèmes aigus  
et chroniques liés  
à l'alcool

- Une prise en charge difficile

*Educa-on, préven-on:*  
Message délivré  
devant divers modes  
de consomma2on

## Les rechutes

- Fréquentes : maladie chronique!
- Culpabilisantes pour les patients, décevantes pour les soignants
- Le plus souvent: à domicile
- Médecin généraliste en 1<sup>ère</sup> ligne

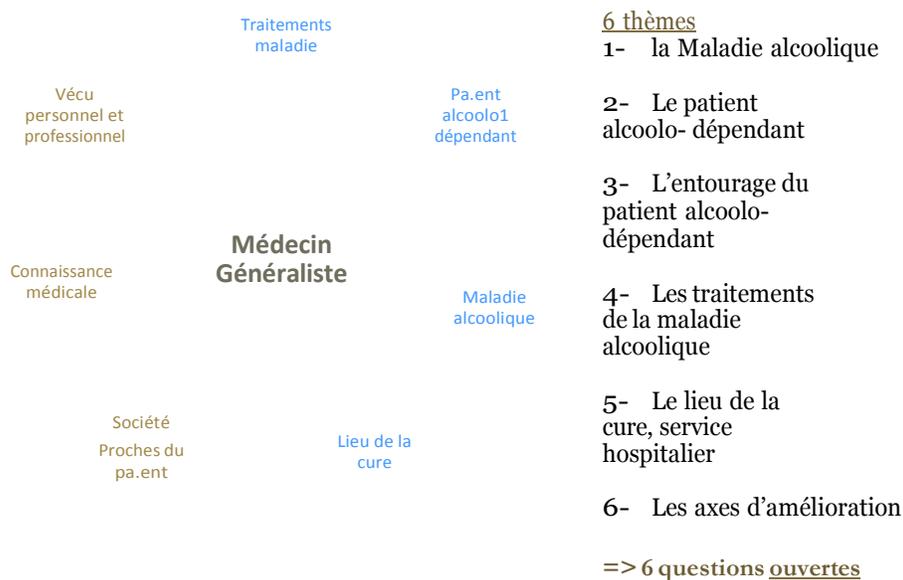
## La Problématique

- Question: Place du médecin généraliste dans la prise en charge après la cure?
- Hypothèse: place importante
- Objectif: Evaluer le ressenti du médecin généraliste face à un patient alcoolo-dépendant sortant d'une cure de sevrage en alcool.
- =>Mémoire: Tester le canevas d'entretien

# L'étude

- Evalue la pertinence du canevas d'entretien
- Qualitative => champ du « ressenti »
- Entretien collectif = focus groups, enregistré par vidéo
- Verbal et non verbal
- Population : médecins généralistes en exercice, volontaires, recrutés lors d'un groupe de pairs
- Critère d'exclusion: lien avec l'addictologie

## Le canevas d'entretien



## Résultats

- 6 médecins généralistes: 2 femmes et 4 hommes
- En moyenne, 30 ans d'exercice...
- 1h18 min d'enregistrement vidéo
- Entre 3 et 7 idées fortes soulevées par question
- Entre 4 min et 20 min de temps de réponse
- Reformulations pour les questions 1 et 2

## Idées fortes

- 1-Comment vivez-vous la maladie alcoolique au sein de votre pratique quotidienne? => **7 idées fortes**

**L'impuissance:** MG2 « j'ai l'impression qu'en 25 ans, j'ai ramé beaucoup pour en sauver pas beaucoup... »

- 2- Comment appréhendez-vous un patient alcoolo-dépendant sortant de cure? => **3 idées fortes**

**La chronicité:** MG6 « le soucis c'est que souvent au bout de 15 jours ou 3 semaines de sortie de cure, c'est là qu'on a les problèmes ... »

- 3- Quels sont selon vous les éléments satellites de cette maladie qui pourraient modifier votre prise en charge du patient alcoolo-dépendant?=> **3 idées fortes**

**La société:** MG3 *redressé et agitant un poing fermé* « L'impact du gendarme a parfois autant d'impact que la famille ou le médecin, il semblerait que sur ces personnalités, il faut quelque chose de fort. »

## Idées fortes

- 4- Quels sont les obstacles que vous rencontrez dans le traitement de la maladie alcoolique?=> 7 idées fortes

**Le déni:** MG5 *au fond de son siège, avec un air de dépit et mimant un mur devant lui:* « non mais c'est dur parfois, tu as le sentiment de parler à un mur, que tu auras autant de retour que si tu parlais à un mur »

- 5- Comment qualifieriez-vous votre lien avec le service hospitalier?  
=> 3 idées fortes

**Le manque d'information:**MG4 *répondant immédiatement à la fin de la question, redressé sur sa chaise:* « nul! C'est à dire qu'il n'y a pas de lien. Je ne dis pas qu'ils sont nuls, je dis qu'il n'y a pas de lien! »

- 6- Quelles seraient vos attentes pour une prise en charge plus optimale de cette pathologie? => 3 idées fortes

**Une meilleure cotation:** MG1: « si j'avais une après-midi de consulte, que ça ne soit pas 23€ la consulte, alors je préférerais! »; *avec un mouvement de l'index s'appuyant sur la table pour affirmer ses propos:* « s'il y avait une cotation 2C, moi je le ferai ! »

## Discussion

- Focus groups: débat !!
- Même groupe de pairs
- Temps de réponse non corrélé au nombre idée forte
- Idées fortes déjà soulevées dans d'autres études
- Pas de biais évident par l'enregistrement vidéo

# Perspectives

- Formulation des questions à revoir
- Validité interne à améliorer

Triangulation et validation préalable de leurs réponses par les enquêtés

- Pas de validité externe
- Compte tenu des réponses=> Travail de thèse.

## **C. Annexe 3 : Présentation du focus group au participants**

### Thèse d'Addictologie: Médecin généraliste et patient alcoolo- dépendant sortant de cure

Présentation du Focus Group aux enquêtés

Anne-laure HÉBERT-PONCET  
Interne de Médecine Générale  
Faculté Lyon Est

Novembre 2014

## Pourquoi cette thèse...?

- Postulat:
  - Interne en addictologie à Fleyriat  
! découverte de la maladie alcoolique!
  - Maladie de santé publique +++
  - Prise en charge complexe! Rechutes fréquentes +++
  - Majorité des rechutes = domicile
  - 1<sup>er</sup> recours de soin? Le médecin généraliste !!

## Problématique

- Question: Place du médecin généraliste dans la prise en charge après la cure?
- Hypothèse: place importante
- Objectif: Evaluer le ressenti du médecin généraliste face à un patient alcoolo-dépendant sortant d'une cure de sevrage en alcool...  
...du service d'addictologie de Fleyriat!

## Canevas d'entretien

- Évalue le ressenti = il n'y a que des bonnes réponses!!
- 6 questions ouvertes , 15 min de temps de réponse environ
- Testé lors d' un travail de mémoire: 1<sup>er</sup> focus group
- 2 Objectifs:
  - Principal: Amélioration du lien médecine ambulatoire- service d'addictologie
  - Support indispensable de ma thèse qualitative

# Focus Group

- Ressenti de plusieurs enquêtés en même temps
- Différences d'opinions et débats = Richesse +++
- Analyse du verbal et du non verbal
- Recueil par vidéo = consentement oral de chaque participant + anonymat respecté

- Je reste disponible pour tout entretien individuel complémentaire dont vous auriez besoin par la suite.
- Un très grand merci par avance pour votre disponibilité et votre aide si précieuses à la réalisation de ce travail !!

## D. Annexe 4 : Cycle de Proshaska et DiClemente

### Amener le pa\*ent à une dynamique de changement

2  
ENGAGER  
le dialogue

Les différentes étapes du processus de changement peuvent se représenter par une spirale c'est le **Modèle trans-théorique du changement** de Prochaska et Di Clemente.



D'après J.O.Prochaska, C.Di Clemente. In search of How people change. Applications to addictive behaviors. American psychologists 1992 : 1102M1114  
adapté par G. Brousse et P. Bendimerad



24

Diapositive de la présentation « Dépendance à l'alcool : du repérage au suivi, des mots pour en parler » réalisée par le Pr Georges BROUSSE et le Dr Patrick BENDIMERAD.

## **E. Annexe 5: Verbatim Focus Group 1**

Février 2014. St Trivier de Courtes.

Durée enregistrement 1h18min

### **VERBATIM FOCUS GROUP 1**

#### **Question 1 : La maladie alcoolique :**

**Comment vivez-vous la maladie alcoolique au sein de votre pratique quotidienne ?**

**C'est-à-dire en termes d'investissements personnels, professionnels, comment la vivez-vous au quotidien ?**

MG1: « Bien ! Bien ! Bien ! »

*Rire gêné de MG4*

MG2 : « Je n'ai pas beaucoup de ressenti moi en fait, vu que j'débarque »

MG3 : « Bah t'as forcément un ressenti ? »

MG2 : « Ben oui mais c'est mon ressenti d'urgentiste ! Moi, à la cure j'y pense pas, je pense qu'à l'après cure... Les mettre dans la cure... »

*Puis avec un sourire en coin :* « Pas à leur sortie quoi ! »

MG4: « De toute façon, quand ils sont en postcure, t'as déjà la moitié du boulot qui est fait ! »

MG1 : « Mais la cure? C'est à dire qu'ils sont hospitalisés ? » *Avec un regard surpris :* « J'en ai très peu ! »

MG3: « Mais cure dans des centres de cure ? Comme à Létra où je ne sais pas où ?? »

Moi : « J'entends la cure comme un service hospitalier de sevrage physique. »

MG2: « Même à Elsa ? À domicile ? Où c'est vraiment quand ils sortent de l'hôpital ou bien quand ils vont être hospitalisés ? »

Moi : « Alors moi, je m'intéresse au moment où ils ont été hospitalisés, quand il y a une structure d'addictologie qui les a pris en charge pour un sevrage physique. »

MG2 : « Non parce que là, on est vachement loin d'un hôpital psy ! »

MG3 : « Bien souvent il y a la postcure? En général c'est fait, euh... si ce sont des choses sévères, il y a une cure où il y a une désintoxication. Ensuite ils vont en post cure, bien souvent parce que, en général, c'est pas très brillant, lorsqu'ils sont hospitalisés une semaine et qu'ils sortent, c'est voué, je ne veux pas dire à l'échec mais à tous les coups ! »

*Sourcils froncés de MG1.*

*MG3 poursuivant :* « Moi c'est mon impression. »

*Visage fermé de MG5*

MG2: « En gros, dans le service de gastro, ils en font de moins en moins souvent des sevrages ! Parce que ça sert à rien sur la consommation, ils les envoient presque tout le temps en hôpital psy ! »

MG3: « Mais oui ! Mais oui ça sert à pas grand-chose, ça sert avant pour aller en post cure ! »

MG2 à MG4: « J'sais pas ce qu'ils ont ici dans l'ain ? »

Moi : « Alors moi ma question, c'était plus sur la maladie alcoolique en général.

Pour cette question ci, on ne s'occupe pas de la cure.

Comment cette maladie vous la ressentez ? Est-ce qu'elle a des répercussions sur la façon dont vous arrivez à vous investir professionnellement, personnellement ? Et quelles répercussions cela a sur vous en fait ?

*Bras croisés et en retrait des MG5, MG3 et MG6.*

*Yeux baissés de MG1, attitude attentive du MG2 et regard fuyant de MG4*

Moi : « est-ce que c'est quelque chose que vous aimez bien ? Moins bien ? »

MG1 *souriant* : « Moi j'aime bien les alcoolos ! »

MG4 : « Ouais, c'est vrai que j'avais remarqué que t'en n'avait beaucoup ! » *Sourire*

Moi : « D'accord, c'est quelque chose que vous vivez bien vous ? »

MG1 : « Oui oui ! » *Sourire*

MG4 : « Alors moi je me dis... Ouh là, ça va prendre du temps celui-là... ! Alors déjà tu as les alcoolos connus, qui n'ont aucune demande pour se sevrer ! Donc cela tu leur dis à chaque fois, « euh... il faudrait peut-être arrêter de boire ! » ça répond ou ça ne répond pas...

Et puis un jour parfois, ça répond, mais c'est 1/10 ! »

*Et se rasseyant au fond de sa chaise en s'adossant* : « Mais quand ça répond, ça va prendre du temps... !ça va prendre du temps, donc y'en a pas 10 à la fois ! »

MG2 : « alors moi, je n'en suis pas encore à cette phase là ! Je suis à la phase où je commence à les découvrir et j'me dis : « toi va falloir que je t'en parle un jour mais » ...*Rires...* « Sans plus quoi !j'suis pas à cette phase là où je peux en parler ouvertement. »

MG1 *se tournant vers MG4* : « Pourquoi t'en parle pas ? »

MG2 : « Eh bien parce que je les connais à peine ! Avant de faire le tour de la question, d'entamer le sujet qui va fâcher, parce que le sujet « va falloir penser à arrêter la bibine », c'est un sujet qui fâche... »

MG4 et MG1 en chœur : « Mais détrompes-toi ! Détrompes-toi ! »

MG4 : « Mais ça les soulage ! »

Dans le même temps MG1 insistant : « Mais oui ! Détrompe-toi ! »

MG2 : « t'es sure ? »

MG1 rebondissant sur les propos de MG4 : « Mais oui c'est sûr ! »

MG4 : « Et puis tu es médecin, t'es pas leur pote ! « Monsieur il faut arrêter de boire, vous avez vu vos examens ! » *mimant un faciès crispé.*

*Pendant ce temps, attitude en retrait et dubitative de MG3 et MG5.*

MG2 : « Ouais ouais, mais j'ai du mal à l'évoquer en première consultation... »

MG4 : « En deuxième consultation ?! »

MG2 : « Ouais ouais, faut voir, j'ai pas encore eu de deuxième consultation ! » *petit rire*

MG4 : « Je peux te rassurer en fait, ça ne marche pas ! Des fois, tu le fais toute leur vie, et il ne répond pas ! »

*Attitude désapprobatrice de MG1*

MG4 : « Après tu as le mari qui te dit : « Ouais ma femme elle boit...! » *poursuivant avec un soupire* : Ouais bon ben... »

MG1 : « Ils te répondent : « comme tout le monde ! » Comme tout le monde, c'est quoi ? C'est tout ! »

MG4 : « Ouais, ils sont dans le déni de toute façon »

MG1 : « Mais il faut poser les questions ! »

MG2 : « Ouais c'est vrai, moi je suis pas au stade où je pose les questions, je me dis... »

MG4 : « comment je vais faire ? »

MG2 : « Tu tapes bien dedans, mais sans plus ! »

MG4 : « Si si, c'est comme pour les dépressifs : « avez-vous des idées suicidaires ? » *Avec une petite voix* :  
« C'est un peu invasif, mais tant pis, il faut le dire ! »

Moi : « donc pas un sujet tabou ?! »

MG4: « Ouais, c'est professionnel, tu vois. »

MG1 : « Mais il y a une façon de leur dire ! « Vous estimez votre consommation d'alcool à combien ? »  
Cela lui renvoie à une question ! Parce que, si on leur demande brutalement :

« vous buvez combien ? » Je trouve que c'est très... Accusateur ! »

MG2 : « Mais il ne faut pas avoir confiance... L'estimation est souvent super super fausse! »

MG4 : « Tu multiplies par trois ! »

MG2 : « C'est ça ! Oui c'est ça ! »

*Attitude désapprobatrice de MG1 qui agite son droit pour dire non* : « non ! Pas forcément, non ! »

MG4 : « Ben moi je multiplie par trois ! »

MG1 : « Chez les pompiers, on pose la question si ils se droguent ! Et mes confrères disent : « pff, ils répondent pas ! » Ben moi je dis si, si tu poses la question, ils répondent ! Mais si tu ne poses pas la question, t'as pas de réponse ! »

MG4 : « Faut pas avoir peur je crois. »

MG1 : « Non faut pas avoir peur. »

MG3 : « C'est comme dans les avions la, tu sais, quand tu fais ton listing : avez-vous de la drogue, est-ce que vous vous droguez...

Et oui, bien sur ! On est allé aux États-Unis ! » *Sourire amusé*

MG4 *riant*: « Ah, oui, il y a ce truc ? »

MG2 *sur un ton humoristique* : « Êtes-vous communistes ? Avez-vous des pensées terroristes ? » *Rires*

MG4 : « J'sais plus ! euh oui, parfois ! » *Rires*

MG1 recentrant le débat : « Si mais il faut poser les questions ! »

Moi m'adressant à MG1 : « Donc plutôt un vécu facile pour vous ? »

MG4 intervenant : « Non pas facile ! »

*Réaction immédiate de MG5* : « Non ! Non ! Non !

Pour moi, l'alcool c'est un contre-transfert négatif, d'emblée ! Que je suis obligé d'euh... »

MG4 *surpris* « Qu'est-ce que tu veux dire ? »

MG5 : « ça me gonfle !! Ça me gonfle et c'est des gens que je n'aime pas ! »

MG4 : « Et ça se voit dans ton regard ! »

MG5 *acquiesçant* : « Ouais ! »

MG4 *ironique* : « Oui, et après ils viennent chez moi ! » *Rires*.

MG5 : « Ceci dit, eh bien j'essaye de m'adapter quand même.

C'est vrai aussi qu'il y a un long passé de déni, d'échecs, de choses comme ça...

Et j'ai l'impression qu'en 25 ans, j'ai ramené beaucoup pour en sauver pas beaucoup quoi ! »

*Se tournant vers MG3* : « j'en ai quelques-uns sont arrêtés, on n'en avait parlé, mais très peu. C'est de l'accompagnement... Mais je fais maintenant de l'accompagnement avec les alcoolos comme avec les cancéreux ! Il y en a quelques uns que je sauve, mais moins que les cancéreux...

Mais il y en a beaucoup que l'on accompagne, sachant que c'est plus gratifiant d'accompagner un cancéreux, *se tournant vers MG1*, que d'accompagner un alcoolo ! »

*MG1, visage fermé et regard vers le bas*

MG4 s'adressant à moi : « C'est ça le problème, ça nous met en échec tout le temps, tu vois ? ! Dans 9 cas sur 10, c'est une mise en échec du médecin, alors...!

*Avec des mimiques d'inconfort tu le sais à l'avance comme ça... »*

Moi : « Cela a des répercussions personnelles difficiles ? »

MG4 : « Oui tu sais que c'est difficile »

MG5 : « Maintenant, je n'en attends plus de miracles ! Alors de là à les culpabiliser trop... ou être trop inquisiteur, non ! Je crois qu'il y a des fois où j'aborde les choses, pas systématiquement, je n'en fais pas un fanatisme et tout... Mais il y a des fois aborder le problème, c'est pas ça qui pose le problème, mais c'est plus la sensation d'épuisement parce que c'est long, et parce que je sais que ce n'est pas gagné d'avance, et que cela va être, malgré toutes les promesses tous les trucs euh... *les mains et les yeux au ciel.*

MG2 : « Cela fait parti des populations psy chroniques dont l'alcoolisme fait parti. Tu as aussi les familles hystériques depuis des siècles...!

MG5 : « Non mais moi, les hystéries ça me fait marrer ! Ça me fait marrer, c'est bien !

L'alcoolique lui, il put, il ne se lave pas, il a tous les trucs qui sont chiants quoi ! !

S'adressant à moi : « Quand je te disais qu'il y avait des contre-transferts !! »

MG6 *très surpris*: « Tu les rejettes vraiment ? Tu les rejettes vraiment ? C'est pas ton truc ! »

MG5 : « Mais je sais très bien ! C'est pas mon truc, je sais, je ne vais pas leur tendre les bras ! *Avec un sourire ironique* : J'essaye de pas trop les fermés ! »

MG4 : « Oui, ça te demande un effort quoi ? »

MG5 : « Pour moi oui ! »

MG4 : « Pour moi aussi, j'ai un peu l'impression qu' il ne faut pas en avoir plusieurs à la fois ! Ça te bouffe de l'énergie ! »

MG5 : « C'est le truc tu le sens, qui t'use. »

MG3: « Je suis un peu de ton avis, euh... c'est pas mon type de rencontre moi l'alcoolique. *En murmurant*, c'est pas ma tasse de thé...

Et je les prends en charge dans le cadre d'une poly pathologie, parce qu'il y a beaucoup de choses, ils sont souvent hypertendus. Mais c'est une personnalité que je ne saisis pas bien, qui te passe entre les doigts quoi qu'il en soit, qui te roule. Oui c'est quand même une addiction !

A la limite, Je préfère un jeune toxico, qui veut vraiment s'en sortir, je pense qu'on a plus d'impact.

Le vieil alcoolo, sans qu'il soit toujours très vieux..., mais l'alcoolo filou qui va continuer, pour te mettre en échec, à boire pour te ...ou qui va continuer à cloper, parce que bien souvent il clope en même temps... »

MG2 rebondissant aux propos de MG3: « Mais l'alcoolo c'est pas celui qui emmerde le plus bien souvent, c'est la famille, le conjoint ! »

MG3: « Alors oui bien souvent ils viennent main forcée parce que c'est souvent la famille, la femme, déjà ça n'adhère pas... »

MG2: « Oui, *imitant une famille* : « il faut faire quelque chose pour qu'il arrête ! »

MG4 *poursuivant cette imitation* « Oui, j'en peux plus ! Faites quelque chose, il faut qu'il arrête ! »

Moi : « On abordera cette question après. »

MG3: « Parce que le vrai alcoolo, c'est ça en fait ! »

MG2: « Oui parce que le vrai alcoolo c'est sa famille ! »

MG3: « Oui parce que le vrai alcoolo, n'importe comment il échappera à tout !!

Donc ça a un côté très décevant mais pas que ça, c'est un abord de personnalité très difficile, sur laquelle on accroche et par contre je ne le rejette pas. Je prends en charge comme je peux, mais plutôt ses pathologies annexes que son alcoolisme, en sachant que je suis un peu défaitiste là-dessus, que c'est perdu d'avance... »

MG6 *sur un ton triste*: « Moi j'ai eu des expériences malheureuses, avec deux jeunes, que je connaissais depuis tout petit... Cela s'est terminé par des décès. L'un avec une hémorragie digestive, l'autre avec une pancréatite aiguë. Le premier avait 38 ans, le deuxième avait 42 ans. Je les ai suivis pendant trois ou quatre ans. C'est vraiment une pathologie difficile !

D'un côté on essaye de les supporter, de les aider mais il y a tellement d'éléments familiaux qui rentrent là-dedans... »

MG1 : « Mais il y a quelque chose qui m'a surpris là, vous dites ILS nous tiennent en échec ?? Avec notre pouvoir médical ??... On n'a pas de pouvoir ! Moi ça ne me gêne pas de ne pas avoir de pouvoir, et de prendre les choses autrement ! »

MG3: « Tenir en échec, ça n'est pas pour nous, ça n'est pas une susceptibilité personnelle... Mais ils jouent avec cet échec ! C'est une espèce de jeu, ils sont contents de dire que finalement ce que tu fais ne sert à rien... »

MG1 : « C'est toi qui le penses ! Mais c'est plutôt nous qui ne savons pas les faire adhérer à un projet ! »

MG5: « La demande n'est jamais bien claire ! La souffrance n'est pas bien exprimée, on est obligé d'aller la chercher ! »

MG6 : « Il ne faut pas oublier que l'alcool est le meilleur antidépresseur qui soit, et donc tu dis qu'ils sont bien comme ça, mais ils ne sont pas si bien que ça finalement ! »

MG1 rajoutant : « Et c'est le meilleur anxiolytique aussi, c'est donc qu'ils ne sont pas si bien que ça ! »

MG4: « Oui mais avec l'alcool ça va pas si mal que ça ! »

MG3: « Alors c'est certainement l'expression de problèmes sous-jacents, mais faut-il aller chercher ces problèmes sous-jacents... Est-ce que ce sont des patients que vous avez envie de suivre plus que moi ? Car je reconnais que je ne cherche pas à le faire... »

MG6 en parlant d'une patiente avec un lourd passé de traumatismes psychologiques dans l'enfance et venant consulter pour demander une cinquième cure de désintoxication en alcool : « Moi je lui réponds : « tant que vous n'aurez pas réglé votre problème psychologique, et bien vous allez à l'échec ! »

MG1 rajoutant immédiatement: « Et la rechute ça fait parti du traitement aussi ! »

## Question 2 :

### Le patient alcoolodépendant :

#### Comment appréhendez-vous un patient alcoolodépendant sortant de cure ?

MG6 : « il faut déjà savoir comment la cure a été demandée ? Qui l'a demandé ? S'il était motivé pour la faire ? Le type qui te dit moi je vais y aller, c'est déjà pas mal. »

MG4 : « Quand ils sortent de cure, il y a déjà la moitié du boulot qui est fait ! Ils sont pris en charge par une équipe d'addicto, on peut servir de secours quand ça ne va pas aller. »

MG6 : « Le souci c'est que souvent au bout de 15 jours ou trois semaines de sortie de cure, c'est là qu'on a les problèmes. Moi je n'ai jamais eu les problèmes dans la semaine qui a suivi la sortie de cure mais au bout de trois semaines, je trouve que c'est le délai. Quand tu as passé le cap des trois semaines, tu as déjà un peu plus de chance. »

Moi, m'adressant au groupe : « Parce que ce sont des patients que vous avez envie de plus suivre ou bien parce que la cure ne change pas votre regard ? »

MG1 : « Moi ceux qui ont des problèmes d'alcool, j'en ai deux qui sont allés en cure mais en général ça se passe avec moi. »

MG4 *très étonnés* : « Sinon c'est toi qui les traite ? »

MG1 acquiesçant: « oui ! »

MG6 *tout aussi surpris*: « tu fais le sevrage ? Tu fais le sevrage physique ? »

MG1 *détendu et souriant* : « oui ! »

MG5 : « Moi j'ai fait ça aussi, deux fois... Mais j'ai trouvé que le suivi n'était pas génial, que cela m'absorbait trop d'énergie et qu'après, il y a des rechutes... »

MG1 : « Moi j'accepte la rechute et je leur en parle aux gens, en leur disant que ce sera pas un échec. »

MG5: « Moi je suis très rural, et pour moi l'alcoolisme c'est un truc de mec !

L'alcool c'est plutôt un truc de mec, les femmes c'est plutôt les médicaments, les antidépresseurs... En gros l'alcool ça reste viril, c'est la campagne. Que des gens arrivent à substituer l'alcool pour des médicaments... *avec une expression dubitative* : c'est pas si facile en campagne pour un mec de se dépouiller du truc du mec quand l'alcool sert de béquilles !

Je vois que culturellement ça reste bien un truc rural ou c'est les mecs qui picolent.

*Et poursuivant avec un humour et une gestuelle exagérée* : Alors évidemment à l'hôpital c'est régressifs, on les maternelise, on les féminise ... Ils sont castrés là-bas et quand ils reviennent, ils repicolent et ça redevient des mecs !! »

*Sourire amusé de MG1 qui reprend sur un ton affirmé* : « J'suis pas d'accord ! J'suis pas d'accord avec ta virilité, ta castration et ta féminisation ! »

MG4 : «Ceci dit, à la campagne, prendre des médicaments pour la déprime, c'est être fou et ça c'est inacceptable ! »

MG5 ajoutant : « oui, ou diminué. »

### Question 3 :

**L'entourage du patient alcoolodépendant :**

**Quels sont selon vous les éléments satellites de cette maladie qui pourraient modifier votre prise en charge du patient alcoolodépendant ?**

**Je parle de la famille, de la société, de la communauté en général.**

MG4 s'adressant à moi : « Tu veux dire les éléments autour du patient alcoolodépendant qui favorisent l'alcoolisme ou bien qui pourrait aider au contraire ? »

Moi : « Tout ! »

MG2 *vers ses collègues* : « Est-ce que vous avez des alcoolismes mondains ici ? »

MG5: « Il y en a mais c'est rare.»

MG2: « Ou des VRP qui passent leur journée à... *mimant l'action de boire avec son pouce* »

MG3: « C'est plus difficile parce qu'on a tout l'aspect sociétal qui intervient énormément ! Je pense à quelqu'un qui se fait ramasser son permis, ça a un impact quand même ! L'impact du gendarme a des fois autant d'impact que la famille ou le médecin. Il semblerait que sur ces personnalités, il faut quelque chose de fort ! »

MG4: « Moi j'en ai un qui s'est fait retirer son permis, et il a mis sur sa boîte aux lettres : rue du pastis... »

MG3 rebondissant à ces propos: « Justement ça rejoint tout à fait la personnalité de l'alcoolique : « Moi je suis alcooliques, je l'assume, la société me fait chier, je fais ce que je veux ! » Voilà on a souvent ça. C'est une tare qui est gratifiante quelque part. »

MG1 immédiatement : « C'est ce qu'il te mette en façade, mais ça n'est pas la réalité des choses. Quand tu grattes un peu, il s'effondre »

MG3 : « Je suis bien d'accord avec toi et c'est pour ça que la peur du gendarme a un impact fort, parce que ce sont peut-être des gens faibles.

L'aspect de la société qui leur tombe dessus, par le biais du gendarme, a un impact fort.

Alors il y a deux choses : il y a le vieil alcoolo, qu'on va traîner, et puis il y a un alcoolique jeune, moi je fais la différence.

Et autant, je fais l'effort, j'ai fait l'effort, pour un alcoolique jeune, qui démarre dans l'alcoolisme. Quand je dis ça ne m'intéresse pas, en fait si ça m'intéresse parce que là ça a beaucoup d'importance.

Et puis, il y a l'alcoolo qu'on va connaître, qui est chronique, on sait comment ça va se terminer, il va se faire sonder ou je sais à quoi.

Le gars qui a déjà fait trois cures et puis qui repart, là on sait que... *avec un air désespéré*

Je traite les pathologies annexes mais l'alcoolisme, il s'équilibre avec quelque part.»

MG4 en parlant du suivi des patients alcoolodépendants : « Mais il faut y croire, parce que si tu n'y crois pas il le voit tout de suite ! Si tu ne crois pas en sa capacité de s'en sortir, il voit ! »

MG5 *s'adressant à moi* : « Tu demandais si l'entourage avait un impact ? Mais bien sûr que cela a une influence !

*Et s'adressant à ses collègues* : « Mais vous avez bien tous vous, de ces familles où ça se bat, ou ça picole ?! C'est la misère, Zola, l'Assommoir!!

Mais ça ce sont des vieilles familles... Les jeunes sont tellement mal dans leur peau qu'ils picolent à grands coups...

Le vieux garçon qui n'a pas trouvé de femmes, qui picole, qui est dans toutes les sociétés, qui est alcoolique, qui est gentil comme tout...

*Se tournant vers MG1*: Eh bien celui-là m'est sympathique ! » *Sourire de MG1*

MG4 ajoutant: « Il est sympathique parce ce qui il est intégré »

MG5 : « Oui il est intégré mais il est dangereux comme tout aussi ! Mais celui-là je n'aurais pas de contre-transfert négatif. »

*Et poursuivant l'air désabusé, les bras au ciel* : « Mais le gars qui tape sa femme, ses enfants... *sur un ton énervé* : « Celui-là, ça passe moins bien ! »

MG1 : « Mais souvent les alcooliques, ce sont des couples. Pas qu'ils boivent tous les deux, mais ce sont des couples mère-fils, ou conjoint-conjointe, ça marche par couple ça.

Alors souvent il faut «éliminer» le conjoint parce que tu ne peux pas travailler, il y a toujours l'autre qui te dit : « Faites lui peur ! » »

MG2 : « Oui, ce truc de « faites lui peur ! », cela m'est déjà arrivé ! Mais ce truc ne marche pas!»

MG1 : « Mais pareil, la force de la gendarmerie, ça ne marche pas ! Ils conduisent sans permis, il s'achète une voiture sans permis, et il continue de picoler ! La contrainte moi je trouve que ça n'a jamais marché ! »

MG2 : « ça dépend pour celui qui est jeune, 27 ans, un enfant, qui perd sont permis... Cela a peut-être plus d'impact que chez le gars de 70 ans »

MG4 : « Je crois qu'en ce moment chez les jeunes, le truc chronique, c'est plutôt le H ! »

MG3: « Bien souvent, on a les deux !»

MG4 : « Mais des fois tu es surpris ! Moi il y en a un à qui j'ai fait faire des gamma GT toutes les semaines... eh bien il a arrêté! Oui il y a arrêté ! Je n'y croyais pas !!

*Puis avec un air dépité* : Bon, Maintenant il a un cancer ORL...

Bon je pensais surtout qu'on n'allait pas y arriver. Le mec arrivait tout le temps bourré, et je lui ai dit : « Bon, au point où vous en êtes, vous allez mourir si vous continuez ! »

Eh bien, dites donc, cela a fait de l'effet !

*Puis s'adressant à MG1 en souriant* : Mais bon, c'est peut-être le deuxième dans ma carrière celui-là »

MG1 : « Mais j'ai des échecs moi aussi et je me dis que ce n'est pas la faute du patient, mais plutôt moi qui ne sais pas faire ! »

MG5 : « Comme grosse motivation, cela peut aussi être le décès, ça peut aider à faire réfléchir. Et c'est là où il y a plus de paroles, plus de demandes, et c'est là où moi j'accroche plus ! »

MG3: « Ce qui est difficile à recevoir au cabinet, quand il est déjà imprégné. »

MG2 *rebondissant rapidement*: « Au cabinet, jamais ! Mais aux urgences, tout le temps ! *Poursuivant avec un sourire ironique* : c'est mon quotidien ! »

MG6 : « Et bien là, tu prends un rendez-vous pour plus tard.»

#### Question 4 :

##### Les traitements de la maladie alcoolique :

##### Quels sont les obstacles que vous rencontrez dans le traitement de la maladie alcoolique ?

MG5 *ironiquement*: « Aucun ! »

MG1 : « Je pense que le principal obstacle c'est nous ! Si tu dis à quelqu'un : « Il faut arrêter de boire ! »

Moi quand on me donne un ordre, je me cabre tout de suite !

On te donne un ordre, tu te dis : « Mais qu'est ce qu'il m'emmerde celui-là ?! » »

MG6 : « L'alcoolique il est venu chez toi, donc j'ai le sentiment que tu peux quand même lui proposer des choses ! »

MG4 : « Tu fais des propositions, et puis il adhère ou pas. »

MG1 : « Tu fais des propositions, mais lui aussi peut-en faire, dire ce qu'il se sent capable de faire. Moi j'en ai un actuellement, c'est de la bière, c'est 7-8 pastis quotidien et il me dit :

« Je bois comme tout le monde » Alors comme tout le monde, c'est quoi... ?

Il s'est dit « Je bois beaucoup quand même... »

Et là, il me dit qu'il n'y a plus que deux pastis maintenant quand on se rencontre, parce qu'il a aussi un copain qui picole...

Et puis il me dit que c'est difficile, qu'il a prit conscience qu'il était dépendant et puis que même si c'était difficile, on pouvait commencer à travailler là-dessus... ! »

MG4 : « Moi j'ai le sentiment qu'il y a tout un chemin de traverse qu'il faut faire avant qu'il puisse affronter ça de front. Moi c'est arrivé plusieurs fois où les gens, alors qu'on avait abordé le sujet de l'alcoolisme, venaient toujours pour autre chose : une épaule, un poignet... Et en même temps, on arrive à tourner autour du problème jusqu'à ce que ça avance un peu. »

MG1 : « Mais tu en parles aussi ! Ils viennent pour une épaule mais tu leur mets sur le tapis. Ils viennent peut-être pour ça, mais ce sont des gens qui ne parlent pas les alcoolos ! »

MG4 *acquiesçant et poursuivant* : « Tout se passe comme si elle disait indirectement : « Ne me considérez pas que comme une alcoolo. J'ai mal aussi au dos » Il y a une intimité qui se crée. »

MG1 : « Oui, tu ne l'abordes plus de front, tu fais avec. C'est elle qui compte, ça n'est pas toi qui lui dis : « Arrêter de picoler !! » »

MG4: « C'est vrai que quand elle vient pour ses épaules, elle parle d'elle, elle parle d'autre chose, d'elle qui souffre... Mais pas de l'alcool, quelque chose de plus valorisant, de plus normal. »

MG1 : « Mais quand ils viennent pour une épaule, tu peux toujours poser la question : « Est-ce qu'il y a autre chose ? » »

MG4 *réagissant immédiatement et se redressant sur sa chaise* : « Ah non !! Tu n'as pas le temps ! 23 € pour un quart d'heure, tu ne peux pas !! »

MG1 *tranquillement* : « Tu as la cotation ALPQ je sais pas quoi, 69 euros et des poussières. Il faut s'en servir ! »

MG5 *s'adressant à moi et recentrant le débat* : « Tu demandais s'il y avait des obstacles, des problèmes...??

Moi je ne sais pas mais je pense qu'il y a des minimums pour avancer.

Le minimum c'est qu'il faut qu'il y ait une relation, un truc qui passe. Et après je pense qu'il faut qu'il y ait une souffrance : si l'alcool ne ressent pas une souffrance quelque part, on ne va pas pouvoir faire quelque chose. Si tout va bien ce n'est pas bon... ! »

MG6 *interrompant MG5 d'un air surpris*: « Mais il ne viendra pas te voir celui-là !! »

MG5 : « Oui mais une souffrance liée à son alcoolisme ! Souffrance dans son couple, sur le plan professionnel... Là on va pouvoir peut-être embrayer sur un truc ! Mais s'il n'y a pas de souffrances ressenties alors... »

MG1 *rétorquant avec conviction* : « Mais ces gens ne parlent pas ! Les alcooliques sont des gens qui ne parlent pas ! Si tu ne vas pas la chercher la souffrance, il ne faut pas te servir sur un plateau ! »

MG5: « Oui mais il faut qu'il y ait une souffrance ressentie. »

MG3: « Oui mais si l'alcoolisme se passe bien, il ne vient pas te voir »

MG2 *ajoutant avec un regard approbateur à MG5* : « Que tu es une espèce d'amarre pour dire : « Je peux vous aider ! » »

MG3 : « Oui, mais il n'y a pas UN mais DES alcoolismes ! »

MG5 : « Le jeune qui boit tous les week-ends, parce qu'il est mal dans sa peau, et que c'est son seul moyen d'approcher les filles... Celui-là, tant qu'il ne s'est pas foutu contre un platane, qu'il n'en a pas tué un ou deux, avant qu'il vienne me voir c'est dur !!

Celui-là il ne ressent pas de souffrance. Moi ça me fait chier parce que je ne sais pas comment le choper. Bien sûr que je sais, parce que tout se sait chez nous, je vois bien comment il se comporte, mais il va se dire : « Qu'est ce qu'il vient me faire chier ? » je ne vais pas jouer au gendarme... ! »

MG1 : « Mais tu lui en parles, c'est tout ! C'est TA gêne ! »

MG2 : « Oui mais moi qui les connaît depuis peu de temps, c'est pas facile d'embrayer la dessus. S'il n'en a aucune souffrance, je vais plus le faire chier qu'autre chose. »

MG1 : « Oui, mais je reviens sur le cas des pompiers, si tu ne poses pas la question, tu n'as pas de réponse »

MG5 *reprenant vers MG1* « Le jeune qui vient pour sa licence de foot, si je lui en parle, les critères que je vais lui donner vont me faire passer pour un vieux con ! »

MG4 : « Pour les jeunes que tu as suivis depuis longtemps, tu restes le médecin des parents... Ils ont le sentiment que d'une façon ou d'une autre cela va revenir aux oreilles de leurs parents. Dans leur tête, c'est comme ça ! »

MG5 *acquiesçant* : « C'est une image parentale, et les parents ils ont jamais rien que des idées de vieux cons, ça je l'ai bien senti... ! »

### Question 5 :

#### Le lieu de la cure, service hospitalier

#### Comment qualifieriez-vous votre lien avec le service hospitalier d'addictologie ?

MG1 : « Nul ! C'est-à-dire qu'il n'y a pas de lien. Je ne dis pas qu'ils sont nuls, je dis qu'il n'y a pas de lien. »

MG2 : « Les compte-rendus, ça n'existent pas. Même aux urgences, alors que j'envoyais beaucoup de sevrage à Bletterans, on n'a aucun retour. Et quand tu appelles là -bas, tu les fais chier ! »

MG6 : « Cela dépend des services, parce qu'à Fleyriat, on a un service qui fonctionne bien. Le service d'addictologie fonctionne pas mal. »

MG4 : « Le service fonctionne pas mal, mais bon des fois, j'ai été un peu déçu. »

MG2 *s'adressant à MG4*: « Est-ce que tu reçois un courrier, ou quelque chose ? »

MG6 et MG4 *ensemble* : « Ah oui oui ! Bien sûr ! »

Et MG6 *poursuivant* : « Ah oui et on a un courrier qui est détaillé. Moi je le connais personnellement alors, c'est peut-être un peu différent mais dans l'ensemble ça fonctionne pas mal.

*Et avec un ton plus réservé* : le problème du sevrage, c'est qu'ils sont cocoonés, ils sont dans un petit monde hermétique, alors forcément ça se passe bien... »

MG5 : « Le problème, quand ils sortent, c'est de marcher sans béquille »

MG4 : « Le Dr Bernabeu est très bien, mais une fois il m'a déçu, car je lui avais envoyé un patient que j'avais plutôt bien travaillé, il était presque prêt pour la cure... Et le lendemain, il est revenu et il l'avait presque démonté. Et puis il y croyait plus du tout à la cure. »

MG3 : « Les psy, ils ne sont pas tendre avec les alcoolos. Rien qu'à Macon, celui qui les reçoit en urgence, *se tournant vers MG3* comment s'appelle-t-il ?... Il les envoie chier... Ils nous les renvoie et « Vous reviendrez quand ça ira mieux ! ». Et c'est pareil, en général on n'a pas de nouvelles, tu ne sais rien. Et moi je vois quand les gens sont difficiles, les cures, si elles ne se sont pas suivies de postcure, c'est voué à l'échec. »

Moi *m'adressant à l'ensemble du groupe*: « Vous avez le sentiment de ne pas être impliqué dans les soins après la cure ? »

MG5 : « Si, le Dr Bernabeu envoie de temps en temps pour des problèmes somatiques et le lien que j'ai, moi j'aime bien ! Parce que quand le Dr Bernabeu envoie des courriers, il est complètement euphorique... *poursuivant avec un sourire amusé* Et quand en général je reçois le courrier, le mec a déjà rattaqué la bibine...!

Mais cela me fait plaisir de voir qu'il y a des gens qui croient encore à la médecine comme ça, qui sont confiants... »

MG1 *réagissant immédiatement*: « Mais il ne faut parfois pas qu'une cure, c'est une maladie chronique ! »

MG3 : « Mais on n'a pas l'impression qu'ils les revoient. Ils les balancent un peu dans la nature... »

MG6 : « Mais si, parce qu'ensuite il les envoie vers des psychologues »

MG1 *les yeux au ciel cherchant une réponse* : « Quelle est la chanteuse qui a dit...? Celle qui bêle là ?? Elle dit : « on a toujours une fragilité et on est toujours malade de l'alcool. » Eh bien c'est vrai, oui, il faut être vigilant ! »

MG3: « oui, oui c'est vrai c'est Véronique Sanson. C'est une alcoolo, c'est vrai, une excellente musicienne, mais une alcoolo. »

MG1, répondant à MG5 disant qu'il fallait écouter les addictologues : « On aimerait bien les écouter, mais ils ne disent rien !! »

MG4 : « Non mais attends, quand ils nous font une lettre sur un patient alcoolo, c'est vrai que tu ne le vois plus tout à fait pareil ton patient après, *...et avec des gestes mimant la complexité...* Tu te dis, le mec il s'est forcé, il a bien vu ça... Cela te recharge un peu l'image du patient moi je trouve. Bon c'est vrai qu'après quand tu le revois et qu'il a rebu... »

MG1 *insistant*: « La rechute fait partie du traitement ! La rechute fait partie du traitement ! »

MG6 *s'adressant à MG1* : « J'aimerais bien savoir comment tu fais ton sevrage physique à domicile ? »

MG1 : « Avec du Seresta... »

MG4: « Et de l'eau ! »

MG1 : « Oui avec du Seresta et de l'eau. Mais il faut que l'intéressé soit partie prenante »

MG3 *immédiatement*: « Ah ben voilà, on y vient ! Tu viens de le dire, c'est ça le problème !! »

MG4 : « C'est vrai que c'est pas si compliqué que ça. Le type que j'avais sevré comme ça, je lui avais dit de boire 3L d'eau par jour la 1<sup>ère</sup> semaine et lui avait donné un anxiolytique, du Seresta. »

MG5 : « Le problème après c'est qu'il faut remplacer la béquille par autre chose, parce que l'alcool il avait bien un rôle.»

MG1 : « Oui mais si tu remplaces une addiction par une autre, ça ne sert à rien. »

#### **Question 6 :**

##### **Les axes d'amélioration :**

**Quelles seraient vos attentes pour une prise en charge plus optimale de cette pathologie?**

**Qu'est-ce que vous aimeriez ?**

**Des liens renforcés avec les services d'addictologie ?**

**Seriez-vous en demande de formation ?**

**Vous avez peut-être d'autres idées. Qu'est-ce qu'il paraîtrait utile pour mieux prendre en charge cette pathologie ?**

MG5: « En ce qui concerne les formations, moi qui ai un transfert plutôt négatif, je dirais plutôt non. »

MG4 : « Moi je n'ai pas envie d'en faire des formations. Après, ce n'est pas que cela me déplairait, mais quand tu as une pleine salle de consultation et que tu as l'alcool qui vient de parler de ses problèmes...*les bras au ciel...* Tu te dis, je n'ai qu'un quart d'heure pour lui, de toute façon ça ne va pas le faire, c'est déjà voué à l'échec... !

Si j'avais une après-midi de consulte, que ça ne soit pas 23 € la consulte, alors je préférerais. »

MG5 : « Il ne reste jamais dans une salle d'attente pleine l'alcool ! »

MG4: « Non, mais tu te sens contraint par le temps ! Tu te dis qu'il va falloir qu'il revienne, mais il ne va peut-être pas revenir... »

MG1 : « Et alors ? »

MG4 : « Eh bien on aime bien le boulot fait jusqu'au bout, fait comme il faut. »

MG1 : « Non, mais moi j'accepte d'être mis en échec ! Une fois, deux fois, voire plus »

MG4 : « Mais c'est peut-être ça que moi je n'aime pas... Mais il y a quelque chose qui n'est quand même pas tout à fait adapté à la médecine générale ! »

Moi : « Il faudrait plus de temps ? Des consultations mieux rémunérées ? »

MG4 : «C'est plus de temps, oui plus de temps, une cotation, oui, une cotation !! »

MG5 : « Moi honnêtement, je ne sais pas si, même si c'était mieux rémunéré, je le ferai ?! Je ne suis pas sûr... Je ne suis pas sûr ...»

MG4 : « S'il y avait une cotation, moi je le ferai ! Une cotation 2C ! »

MG1 : « Mais tu as Hamilton, tu peux le faire ! »

MG2 : « Non mais c'est dur, parfois tu as le sentiment de parler à un mur, que tu as autant de retour que si tu parlais à un mur... Et ça m'embête en fait, les échecs, je sais que ça fait parti du boulot mais... »

MG1 : « Tu te remets en question en te disant que tu as pas su faire »

MG2 : « Mais tu as pas l'impression d'avancer, un échec, deux échecs, trois échecs... *Gros soupir...* La galère ! »

Moi : « Est ce qu'un réseau avec des gens plus proches de vous ?

*M'adressant à MG1* Parce qu'avec les addictologues vous avez un lien qui est nul... Même si les addictologues ne le sont pas

*Puis regardant MG5*, ou bien pas toujours dans la réalité, d'après ce que vous disiez MG5, Est-ce qu'une structure qui soit plus proche de vous, comme une équipe mobile vous conviendrait?

MG4 s'insurgeant : « Oh non ! Encore un réseau ? ! Mais on ne va plus rien faire !

Moi : « est-ce que cela peut paraître une solution d'avoir des gens plus proches de vous ? »

MG4 : « N'empêche pourquoi il n'y a pas de réseau alcoolo ? Pourquoi ils ne vont pas les chercher chez eux ? Parce que tu as des réseaux qui font des tas de choses qui sont faciles à suivre, *et poursuivant sur un ton plus revendicateur* : mais le réseau ils n'en font pas pour les addicto ! »

MG3 : « Mais il y a des centres, où les gens se rassemblent, et ça marche ! Il y a un psy qui les prend en charge... Il font une espèce de psychothérapie de groupe »

MG4 : « Une cotation moi ça m'irait bien mais il ne faudrait pas que ce soit un réseau car ça m'horripile ! »

MG2 : « Et dans les maisons de santé pluridisciplinaire, il n'y aurait pas moyen d'impliquer d'autre personne ? »

MG4 : « Oui, une infirmière, pas payée par nous, mais une infirmière de santé publique à qui on les refilerait toutes les semaines ? »

MG2 : « Oui c'est vrai, parce qu'à force la relation elle s'épuise !

On a une psychologue qui vient de temps en temps mais je vais utiliser de plus en plus.

Oui parce que la relation que tu as exclusive, médecin patient, ça peut vite t'épuiser.

MG1 : « Tu as une association, les Alcooliques Anonymes. Le pire, c'est de se risquer à pousser la porte et de tomber sur des gens : « Ah toi aussi tu y es... ? » »

MG4 : « Moi j'en ai quelques-uns qui y allaient, ça les a tenus assez longtemps. C'était quand même un truc ça ! »

MG3 : « Mais il y en a peu qui adhèrent »

MG2 *poursuivant sur ses propos précédents* : « Oui, peut-être que le seul truc c'est de s'éloigner de la relation exclusive avec le médecin. C'est la seule façon de s'en sortir, pour le patient comme pour le médecin. »

MG1 : « Moi, j'en ai eu un qui est arrivée triomphalement en me disant : « on a fêté ma première année d'abstinence !! » Cela l'avait encouragé. »

MG2 : « C'est quelque chose que je conçois bien en ville, mais ici c'est un frein ! Ils n'y ont pas accès facilement. »

MG1 : « Le frein, c'est le regard de l'autre, parce qu'ils se connaissent ici, tient ! »

MG2 *acquiesçant* : « Oui c'est vrai ! C'est vrai ! »

MG4: « Il n'y a pas un numéro pour les alcoolos? »

MG5 : « Moi je suis quand même très reconnaissant aux addictologues de prendre en charge des patients qui ne m'intéressent pas beaucoup. Ils font un boulot que je n'ai pas forcément envie de faire, et cela m'arrange bien... Je veux bien m'occuper du somatique, et que d'autres fassent la prise en charge... »

MG3: « Même le somatique permet d'avancer un peu... C'est un moyen un peu indirect de dire que... Mais bon est-ce que tu as un impact, je ne sais pas ! »

MG3 *poursuivant en parlant d'un jeune homme alcoolique qui avait fait de son appartement un musée du pastis*: « il y a quand même quelque chose de navrant là dedans, une vraie détresse en fait. C'est pour ça, il y a des alcooliques qui te touchent plus que d'autres, il n'y a pas UN mais DES alcooliques.»

MG5 : « J'ai le sentiment moi, que la consommation a diminué, que ça picole quand même beaucoup moins dans les cafés et dans les sorties... *Et s'adressant à ses collègues* Ben c'est la peur de se faire gauler. Rappelle-toi il y a 30 ans le nombre de jeunes qui se tuaient en voiture, maintenant il y en a moins. Les générations ont changé, la génération qui buvait du vin et du Ricard n'existe plus.

Maintenant ils prennent peut-être plus de drogues... Mais ça a changé j'ai le sentiment qu'ils consomment tout de même moins. »

MG1 : « Mais les gens d'un certain âge disent encore : « Moi je ne bois jamais d'alcool, que du vin... » »

Fin de l'entretien avec une discussion autour des différentes boissons alcoolisées et leur mode de consommation.

## **F. Annexe 6: Verbatim Focus Group 2**

Novembre 2014. Bourg en Bresse

Durée enregistrement 2h32min

### **VERBATIM FOCUS GROUP 2**

#### **Question 1:**

#### **Quelle place à la maladie alcoolique au sein de votre pratique quotidienne?**

MG1 : « Déjà poser la question, en terme de dépistage, quand on y pense, parfois on a des a priori. Comme on peut le faire pour le tabac. Poser la question : « savoir est ce que vous buvez un peu ? » Si la réponse est oui, il s'agit de voir si ça peut être pathologique ou pas, dans un 1<sup>er</sup> temps s'est ce que je fais. »

Moi : « Une question plutôt facile à poser, un vécu qui est plutôt simple ? »

MG1 : « Ah oui oui, j'hésite pas ! Comme le tabac, je le mets au même niveau. »

MG2 : « Moi aussi je trouve que la question est facile à poser, après nous on est vraiment dans un environnement rural et je trouve que l'alcool est complètement banalisé et du coup, effectivement quand on pose la question les personnes vous répondent : « Ben oui, à table, des bières, l'apéro ! » mais... Du coup si on veut quantifier et qu'on pointe que ça fait quand même beaucoup et bien les gens sont surpris, ils ne voient pas où est le problème souvent.

Du coup, ensuite je trouve que c'est difficile d'aller plus loin...

Enfin on y arrive, on explique qu'on va faire le point sur l'état de votre foie, pousser à la prise de sang pour voir un petit peu mais, je trouve que c'est pas toujours simple parce que très banalisé... !!

MG3 : « Pour moi, il y a deux alcoolismes différents. *S'adressant à MG2* Il y a l'alcoolisme dont tu parles, c'est plus quand on se retrouve avec un bilan où il y a des gamma GT élevés »

MG2 *acquiesçant* : « Oui, ça et avec une petite cytolyse »

MG3 : « Oui, quand il y a un syndrome métabolique, tu essayes d'aborder le truc... »

MG2 : « Oui, mais là on n'en est même pas à ce stade, c'est avant, pour faire la prise de sang... je leur dis : « on va faire un bilan, voir où vous en êtes... » Mais des fois, je suis vraiment étonné de la discordance qu'il y a entre les chiffres et la consommation, et je me dis que ce n'était pas le but parce que je me trouve à aller dans leur sens et que oui, alors ça banalise leur consommation ! »

MG3 *surpris* : « La discordance des chiffres ? »

MG2 : « Oui, c'est-à-dire que des fois j'ai une biologie normale alors qu'il y a une consommation excessive. »

MG4 *s'adressant au MG2* : « Oui, je comprends ce que tu veux dire ! Il y a consommation excessive et maladie alcoolique avec le problème psychique et social. »

MG3 *rebondissant*: « L'alcoolisme, le problème est vraiment social !!

Il y a en effet l'alcoolique qui nous pose des problèmes, qui nous dit : « Ah bien je veux bien être alcoolique mais dans ce cas là tout le village est alcoolique ! »

Ce sont des patients qui nous posent des problèmes, mais ce ne sont pas ceux là qui vont aller en cure... »

MG2 *avec un hochement de la tête* : « oui oui, c'est vrai ! »

MG3 : « Et puis tu as l'alcoolique qui a des problèmes d'intégration sociale et, *se tournant vers moi*, pour répondre un peu à la question, moi je trouve que c'est essentiellement des problèmes de couple !

Moi je trouve cela aussi lourd de suivre l'alcoolique, que le conjoint ou l'aidant et sur la question « en quoi cela nous implique », moi je trouve que c'est une pathologie très intéressante car ce sont souvent des patients très attachants, et leur conjoints aussi !

Il y a une détresse où effectivement on est très sollicité, mais je trouve que c'est une pathologie : ou on donne rien ou on donne tout mais c'est très chronophage et envahissant !

Il suffit d'avoir deux ou trois patients à suivre en même temps pour un problème d'alcool pour que ça envahisse pas mal le quotidien.

Alors c'est un peu cyclique, mais effectivement je trouve qu'il y a plusieurs types de problèmes d'alcool. »

MG1 : « Oui, il y a celui qui arrive en disant j'ai un problème avec l'alcool »

MG3 *ajoutant* : « Devant un problème de facteurs de risque cardio-vasculaire. »

MG1 *poursuivant* : « Oui l'autre c'est le problème social, qui dit : « ma femme elle n'en peut plus...! » »

MG4 *ironiquement* : « Oui, et comme on suit les familles, il y a parfois la femme qui dit : « Mon mari boit alors la prochaine fois que vous le voyez en consultation ... »

*Rires de MG4, repris par MG2 MG3 et MG5.*

MG5 : « Oui, et il y a aussi celui où tu sens bien que le problème c'est l'alcool, mais on n'en a jamais parlé, parce qu'il est jeune .Mais il vient plein de fois parce qu'il a mal au ventre, ou qu'il a du reflux...

Et là, en fait, il faut en parler, et c'est pas si simple de poser la question...

Enfin, moi, je suis assez cash, et du coup on l'aborde.

Mais d'arriver à poser sur la table que le problème il est là ?! Qu'il n'est pas qu'il ait mal au ventre, ou qu'il ne digère pas...? Oui cela m'est arrivé pour un jeune ou encore une petite mamie qui faisait des chutes où le problème c'était ça...

Et de le prendre à bras le corps en disant « On va se voir pour ça et après on va mettre en place un traitement »... Mais d'arriver à le poser... *mimiques d'inconfort.*

MG1 *s'adressant à moi* : « Mais la question ? C'étaient quels sont les éléments... »

MG6 *précisant pour moi à MG1*: « Je crois que c'était plus sur notre ressenti, sur la façon dont on vivait les choses ! »

MG3 : « Oui, l'alcool dans notre quotidien. »

MG6 : « bon eh bien moi je vais essayer d'en parler.

Moi j'ai travaillé au centre d'alcoologie quelque temps, c'est donc a priori que cela m'intéresse pas mal...

Moi je fais un truc au feeling, c'est-à-dire que je choisis le moment où je décide d'aborder le truc et parce que j'envisage d'emblée cela comme un problème énormissime dans le temps que ça va me prendre, de l'énergie, de ce que cela va déclencher si on va au bout...

Je sais aussi qu'on ne va pas s'en sortir, ou quasiment pas...

MG3 *surpris* : « Mais tu veux dire que tu es pessimiste d'emblée ? Enfin, « s'en sortir » ? »

MG5 *en haussant les épaules*: « T'es objectif ! »

MG6 *en dessinant 2 camps avec ses mains*: « Enfin si tu regardes les chiffres, dans mes patients, il y a tous ceux qui ont une consommation excessive pour lesquelles je ne vais pas aborder le sujet car, j'estime que c'est leur vie comme ça et que socialement ça ne pose pas de problème...

Quand je découvre ces gens et qu'ils sont déjà âgés, je ne vais pas me pointer alors qu'ils ont 70 ans en leur disant « vous buvez trop... ! » Mais c'est un choix et puis peut-être que pour certains je le ferai...

Et puis il y a les autres, que je laisse venir, ou j'essaye d'instaurer une grande confiance sans jamais en parler et puis un jour : je balance TOUT !

C'est le jour où j'ai le courage et le temps, ou le courage d'avoir le temps où le temps d'avoir le courage...

Voilà c'est comme ça, les deux mélangés !!

Enfin voilà dans mon esprit, le jour où on n'y va, c'est ... *avec les bras au ciel dans un soupire, c'est pouffff !!!* »

MG7 *surpris*: « Pourquoi on n'y va ? »

MG6 : « Oui, en tout cas c'est pas pour cinq minutes...!

Cela va être, ou pour le sauver, ou pour lui rendre service, ou pour sauver sa famille, son couple, ou sauver sa femme, qui partira quand même... Ou voilà... !

Qualitativement, j'ai l'impression que c'est énorme, et qu'il faut que je sois prêt.

MG3 *sur un ton surpris également*: « Et tu as l'impression que tu as le choix du moment ? »

MG6 : « Alors non, je n'ai pas le choix du moment mais JE choisis le moment c'est sûr !

Alors attention, je choisis le moment, mais la consultation de : « je viens vous voir parce que je bois trop », on a déjà fait un pas énorme !

Parce que bien souvent la consommation d'alcool avait été cachée, mentie...

Ce sont des addicts, comme les toxicos, dont bon nombre nous mentent tout le temps...

Il y a quand même un énorme pas qui est fait quand ils viennent vous dire : « je viens vous voir parce que je bois trop ! »

Moi je dis que le gars qui n'en a jamais parlé et à qui on n'en a jamais parlé, quand on lui balance tout dans la gueule, il faut être sûr qu'il revienne !

Donc qualitativement, c'est un de mes plus gros problèmes lors de ma consultation, indépendamment des maladies gravissimes, cancer et tout ça..., les toxicos je ne les vois pas, comme ça pour moi c'est vite vu !! »

MG7 *toujours surpris* : « Tu veux dire que la seule toxicose que tu vois, c'est l'alcool ? »

MG6 : « Alors oui oui !! Je ne fais pas de substitution, ou très peu, j'en ai quatre, parce que le contrat il est trop... Bref, passons, ça n'est pas le sujet.

Donc pour moi c'est le truc le plus énorme de ma journée, ou de mon mois... Mais c'est aussi parce que j'aime ça ! »

MG2 *rebondissant* : « Oui alors que moi, qui n'aime pas ça, je me dis que je vais vite passer la main au spécialiste et du coup, ce n'est pas moi qui vais être au centre de la prise en charge, et ça ne va pas trop me pomper quoi. Parce que du coup je sais que je vais adresser. »

MG1 *s'adressant à MG2 sur un ton interrogatif*: « En te disant que tu n'as pas le temps, les compétences...? »

MG2 *tranquillement* : « Ben ouais je n'ai pas les compétences, et je n'ai pas l'envie de faire ça. »

MG1 : « Oui par contre tu fais ton rôle en te disant c'est à moi de... »

MG2 *finissant la phrase de MG1*: « Oui, c'est à moi de dépister. Mais je me rends compte, que je ne dois pas dépister les alcooliques cachés, qui ne veulent pas en parler.

Je pense que je suis nul, que je ne les repère pas, je n'ai pas le nez quoi...

Donc du coup, ceux qui viennent me voir pour un problème d'alcool, c'est assez facile de les orienter... *avec sourire gêné.*

Et que ceux qui viennent me voir avec effectivement un problème d'alcool derrière, et que j'en parle, au bout d'un moment je les oriente aussi...

*S'adressant à MG6* : pour moi, ça ne me prend pas trop personnellement.

MG5 vers MG6 : « Enfin oui, pour moi ça n'est pas vraiment mon gros truc mais parfois ça me tient tellement à cœur de poser les choses sur la table que le vrai problème sous-jacent est un problème d'alcool... Parce que oui j'ai eu plusieurs personnes ou c'était de la dépression ou des problèmes

conjugaux. Il faut arriver à faire dire à la personne que s'il n'y avait pas cet alcool, tout irait probablement beaucoup mieux !

Et de le mettre dans une démarche pour qu'il puisse adhérer à la solution de se traiter pour l'alcool, c'est finalement ça que je trouve difficile... !

Mais après ça, c'est vrai que lorsqu'il a dit qu'il avait un problème , qu'il est prêt à se faire aider pour ça, qu'on arrive ensemble à ça, alors oui après, je refile le bébé !

Parce que je lui dis : « Oui, il vous faut l'addictologue qui va vous suivre dans ce cas-là et il y a des gens très bien formés pour ça ! » et je les envoie.

Mais c'est poser ce truc-là, oui, qui me tient à cœur et que j'ai même du plaisir à faire !

Mais qui très difficile parce que souvent, je me trouve devant le déni du truc : « je vis bien avec ça »  
*S'adressant à MG3* et c'est ce dont tu parlais tout à l'heure : « Tout le village boit autant que moi » et c'est pas pour ça qu'ils sont déprimés, ronflent plus à cause de l'alcool, ou que leurs femmes partent... »

MG1 *s'adressant à MG6* : « Oui parce que toi tu les suis, tu les adresses peu ? »

MG6 : « Tout dépend... Ce que je peux suivre je les suis. »

MG1 : « Oui c'est ça. C'est que tu vas assez loin dans la prise en charge aussi. »

MG6 : « Alors là, je ne saurais pas te dire comme ça, je fais vraiment au feeling,

Il y a des patients que j'envoie à l'hôpital, que j'envoie au centre d'alcoologie, que j'envoie directement en centre à Bletterans, des choses comme ça...Je connais 2-3 trucs mais euh... Non je ne vais pas tellement loin, enfin il ne me semble pas. »

MG3 : « Oui, moi je me rends compte que je les suis, mais plus sur le versant dépression. »

MG5 : « Oui sur le plan psychologique, soutien. »

MG3 : « Oui, *et ajoutant avec un ton nuancé* sur le plan pratique, là quand tu dis : « je vous adresse à Éric BERNABEU », et bien tu as la consultation au mois de février... !

Enfin moi je trouve, parce que *s'adressant à MG6* je suis étonnée de ta réflexion d'aborder le truc en disant « J'en ai pour la journée », parce que souvent je trouve que c'est toi qui va au devant et là tu as une réponse : « Non mais ne vous en faites pas, je ne bois pas une goutte... » Ou bien sinon, s'ils reconnaissent, tu as : « Non mais moi je maîtrise »...

*Les yeux au ciel* J'essaie de me replonger dans une situation ... Si, il y a une fois, tu sentais que ENFIN, quelqu'un en avait parlé ! Et là elle a vidé son sac !

Mais sinon je trouve que quand tu abordes toi, que tu te dis « là j'ai le temps, je peux aborder la question », *se tournant vers MG6* si jamais cela n'a été dit avant, toi d'emblée, tu y arrives?

Cela entraîne des questions derrière et une confiance ?

Moi je trouve que souvent on en parle, tu lances des perches, et puis un jour ça explose !

Parce qu'il n'a plus de permis... Ou bien l'épouse dit « il faut venir !! »...

Enfin souvent moi ça se finit par une visite à domicile... »

MG6 : « Alors moi, quand je dis cela, c'est en amont de ça. C'est-à-dire on n'en a jamais parlé, il n'y a jamais eu de problème. »

MG3 : « Et les gens en parlent comme ça ? »

MG6 *avec un geste de deux mains qui déposent sur la table* « Eh bien là je déballe tout ! C'est pas eux qui m'en parlent c'est moi qui leur en parle. »

MG3 : « Et eux ils acceptent ? Ils disent : « Oui il y a un problème avec l'alcool, et cela m'intéresse que vous en parliez ! » ? »

MG6 : « Eh bien dans la plupart du temps non ! Enfin comment dire, oui, ils me répondent : « Non je ne bois pas, je bois comme tout le monde » !

MG3 : « oui et là ?! »

MG6 : « Eh bien là, *en souriant et en mimant un faible écart entre ses doigts* j'insiste un tout petit peu... Si je suis sûr de mon coup, j'y vais à fond ! J'y vais à fond, il va m'en vouloir mais... »

MG3 *interrompant MG6*: « Tu y vas à fond... ? ! Mais, en face t'as un mur non ?! »

MG6 : « Mais il va entendre ! »

MG3 : « Ben oui, mais du coup ça va te prendre...*cherchant ses mots et mimant un lien*Tu ne pars pas sur un... »

MG6 : « Eh bien si je le connais lui, sa femme, je déballe tout ! Même peut-être un peu dans la caricature, mais après lui il voit ! Soit il ne revient jamais... »

MG3 acquiesçant : « Oui le temps que ça te prend, c'est le temps d'exposer ton discours. C'est pas tellement le retour de la personne. »

MG6 : « Oui que je sache ce qu'il est capable d'entendre et puis on a le temps qu'ils disent, ça prend un peu de temps quand même. »

MG3 *dans une attitude qui indique qu'il a compris*: « Ah oui, voilà ! »

MG6 : « Oui enfin ça n'est pas que j'y passe un temps fou, mais j'ai cette façon de faire que JE décide et JE déballe tout, plus que ce qu'il avait prévu de me dire... »

MG5 : « Oui, ça te prend du temps, mais de l'énergie surtout ! Parce que tu es obligé de déballer un truc que tu as gardé en fait. Tu déballes ! »

MG6 : « Oui, ça te prend de l'énergie, parce que tu n'es pas sûr que tu vas le revoir... »

Mais l'expérience prouve qu'ils reviennent tout le temps !! Donc voilà, j'ai plutôt tendance à continuer, mais ce ne sont pas des consultations très sympathiques...

Mais c'est différent de : « je viens parce que je bois trop... »

Mais... C'est tellement tu, on est dans le déni, etc....

*Poursuivant sur un ton revendicatif* Par exemple, combien de vos patients sont sous le coup d'une suspension de permis sans que vous le sachiez ? Un bon paquet !!

Au centre d'alcoologie, il y a la queue, et vous en tant que médecin généraliste vous avez l'impression que vous n'êtes pas concernés !! Il y en a des milliers ! Des milliers !

Donc voilà, cela veut dire que dans le cadre simple de la médecine générale, on passe à côté et voilà, c'est comme ça que je le vois.

Et c'est normal ! S'ils viennent nous voir parce qu'ils ont mal ici, mal là, mal partout, on peut pas tout faire...

Donc pour moi, il y a un temps pour tout. Je veux bien les soigner pour tout, mais pour ça, c'est un truc spécifique, c'est pour ça que je disais, c'est ... *dessine une sphère avec ses mains*... mais je n'y passe pas ma vie, mais de l'énergie oui ! »

MG7 *s'adressant à moi* : « Je ne sais pas si on a répondu à la question : quelle place l'alcool tient dans votre pratique ? »

MG6 *en souriant* « Eh bien moi c'est une place particulière, vous l'aurez compris ! »

MG7 : « C'est une pratique tellement complexe, que c'est difficile à définir... »

Il y a de la frustration, il y a du temps, il y a des délais par rapport au désir, c'est une pathologie très riche, on va dire.

Alors, ou on la voit riche, ou bien on la voit pauvre on va dire...

C'est intéressant, parce qu'on a quand même une relation particulière avec nos patients, et que le transfert, ou je ne sais pas comment on peut appeler ça, se fait peut-être plus facilement avec nous, surtout que ce sont souvent des gens que l'on connaît depuis longtemps...

Souvent on les a fréquenté longtemps dans leur alcoolisme sans leur en parler, donc on sait qu'ils sont habitués et donc c'est vrai qu'un moment, *avec un geste de la main qui franchit un obstacle* hop ! On arrive à franchir le pas. »

MG3 : « Oui, *s'adressant à MG7* quand tu dis « une relation particulière » *puis se tournant vers moi* et pour répondre en partie à la question sur le plan personnel, moi je trouve que c'est une population plutôt attachante.

Quoi, dans le vécu personnel, moi je m'y investis beaucoup parce, *prenant un ton révolté*, que j'ai une colère énorme contre l'alcool !!

Je trouve ça d'une telle injustice ! C'est aussi ce côté un peu désespérant de voir en face le nombre de fois où les patients réalisent que ça les fait déprimer, comme ça les met en échec socialement, par rapport au couple etc... Et que quand tu discutes ils comprennent tout ça, ils ont vraiment envie d'arrêter, ils repartent avec un espoir... !

Et que tu te dis que ça les rattrape par une espèce de pulsion ?! je trouve ça...*sourcils froncés*

Le fait est qu'il ne faut jamais être alcoolique, mais lorsque tu es alcoolique...

Et qu'une personne est tellement dégradée en état d'alcoolisme par rapport à une autre personne !!

Et puis en plus de cela, ça touche tout le monde, tu peux être intellectuel, culturel, paysan, *mimant une sphère avec ses mains*, ça touche vraiment tout le monde ! Ça touche toutes les couches socioculturelles !

Et donc à chaque fois j'ai cette envie, à la fois je suis désespéré et à la fois si je peux en sortir un ?!

Et je trouve aussi que la population qui prend du temps, c'est la population de jeunes.

Moi j'en ai un ou deux, qui ont 25 ans... »

MG5 : « Oui, on a envie de se battre, comme tu sais tout ce qu'il va arriver derrière... »

MG3 : « Oui, tu te dis si je peux en sauver un !! »

MG1 : « Ce qui est un peu étonnant, c'est les patients que l'on suit... Là je pense à un... et qui vont voir un autre médecin pour parler d'alcool...!

Ce n'est pas étonnant en fin de compte, oui typiquement, ce genre de malade, il n'aura peut-être pas envie d'en parler à son médecin de famille ?! »

MG2 : « Parce que c'est honteux, c'est ça ! »

MG1 : « Oui oui ! C'est ça ! »

MG5 : « Oui, je me souviens qu'on a récupéré un patient comme ça. C'est sa femme qui l'avait ramené. En fait il s'est trouvé que j'ai abordé le truc simplement.

Il était venu parce qu'il avait mal au ventre, il avait vomi... Il était juste venu pour avoir son arrêt parce ce qu'il avait vomi la veille.

Et puis moi, j'interroge, « vous buvez ? » « Ah ben oui, j'avais bu », mais je lui dis « vous buvez régulièrement ? »

Il avait pas du tout le faciès, jeunes, deux ou trois enfants, une bonne mine, il n'avait pas du tout le faciès d'un alcoolique...

Et là il m'a sorti, qu'il buvait, qui plus est, qu'il était en sevrage, enfin qu'il allait voir un médecin qui lui renouvelait ses prescriptions de Subutex, sans jamais le voir !!

Enfin il avait trouvé un médecin qui lui faisait ses renouvellements Subutex...

Je lui ai dit « Non mais ça va pas du tout la ! »

Pour le coup ça m'avait bien pris demie heure, trois quarts d'heure, en lui disant « Non mais là il faut arrêter tout maintenant ! »

Bon eh bien du coup, il continue de venir chez nous maintenant !

Il a arrêté l'alcool, mais il a toujours le Subutex qu'on n'arrive pas bien à baisser...

Enfin bon, il s'est trouvé qu'on a posé le truc directement sur la table, et c'est passé !

Et il a peut-être apprécié qu'on rentre directement dans le truc ?! »

MG3 : « Il y a la honte, mais il y a aussi la peur de n'être résumé qu'à ça ! »

MG1 : « C'est vrai qu'après il y a la peur que tout ne soit vu que sous cet angle. »

MG3 : « Oui, j'ai une patiente, qui est imbibée, même si elle est jeune et que j'ai adressé pour un motif indépendamment de l'alcool, où j'ai fait une lettre détaillant ses trois motifs.

Et j'ai reçu une lettre, de je ne dirai pas qui, qui commence par : « cette patiente qui est avant tout une grande éthylo-tabagique... » *Et mimant la colère* Ça m'a mis dans un état !!

Et tu vois, il y avait quand même trois problèmes importants et la lettre n'est résumé qu'à ça... *minant une distance de 5 cm entre ses doigts.*

Donc je trouve ça bien que l'on garde un regard autrement, parce que, est-ce que c'est forcément un problème médical ? Ça reste un problème social aussi !

Celui qui boit, qui se désocialise, qui perd son permis qui perd son boulot... ?

À quel moment ça devient un problème médical ? Quand ça touche l'équilibre familial... ? Est-ce qu'on doit s'interposer dans ce problème si le patient ne le veut pas forcément ?

Est-ce qu'on le fait parce qu'on sent qu'il met ses jours en danger ou bien parce qu'on a une pression familiale ?

## **Question 2:**

### **Quel regard portez-vous sur un patient alcoolodépendant sortant de cure ?**

MG7 : « Quelles cures ? Cures longues ? Cures courtes? Cures médicales ?

Moi : « Alors, cela peut être une cure courte de 14 jours au CH de Fleury ou bien une cure un peu plus longue en centre de post cure.

Ma question était de savoir, si à un moment donné le patient prend en charge son alcoolisme, est-ce que cela change votre regard sur lui ? Est-ce que pour vous c'est quelque chose de différent dans la façon dont vous allez l'aborder ?

MG2 : « Ben oui! Ben moi oui !complètement ! »

MG3 *ironiquement* : « Déjà, tu es au courant ! »

*Rires de tous*

MG2 : « On va pouvoir poser les choses sur la table ! »

*Rires qui se poursuivent*

MG2 : « Du coup je suis super fier de lui !Je me dis que s'il est arrivé à le faire une fois, alors il pourra le refaire ! Je me dis pas que s'est acquis pour la vie, *en souriant*, mais que le problème d'alcool a été posé effectivement... et que maintenant je vais pouvoir l'accompagner, l'écouter et qu'il me parlera librement de ça.

Pour moi, oui, j'ai un autre regard. Il y a un avant et un après, entre un patient qui n'a jamais fait de cure et un patient qui sort de cure ; oui moi c'est mon ressenti. »

MG3 *s'adressant à MG6* : « Comme tu disais, il y a déjà du boulot de fait ! »

MG6 : « Oui, oui c'est vrai mais pas forcément pour son bien, ou en tout cas, pas forcément pour son bien être direct...

Bien sûr je crois que mon ressenti va être différent, mais c'est surtout pour lui que ça va être différent...  
Au lieu d'être le gars à qui on n'en parle jamais, qui est bien tranquille, à qui on ne casse pas les pieds, qui fait le fier chez lui parce qu'il est saoul du matin au soir etc....  
Eh bien du coup il va porter toute la honte de la terre sur les épaules et c'est ça le problème !  
Et rares sont ceux qui en tirent une fierté immédiate ! Pour certains c'est immédiat, mais pour bon nombre c'est... *en haussant les épaules d'un air désespéré*, voilà quoi !  
Moi, autant je suis dans le rentre dedans quand il faut les bouger, autant là, je crois qu'il faut essayer de les soutenir, de les convaincre qu'ils ont fait le bon choix, et si on peut avoir l'adhésion de la famille dans ce sens c'est bien aussi !  
Il faut quand même un resserrement familial à ce moment-là, parce qu'ils sont quand même transformés, et puis ils sont vite plus sympas avec leur famille !  
Mais néanmoins, ça n'est pas facile pour eux... »  
MG3 : « Oui, et puis ils sont fliqués ! »  
MG4 : « Des fois, ils ne viennent pas nous en parler spontanément, on l'apprend quand on reçoit le compte rendu d'hospit, ou de cure...  
*Puis s'adressant à moi* : je ne sais pas, vous nous envoyez systématiquement le compte rendu d'hospitalisation ou bien si c'est avec l'accord du patient ?  
Moi : « Au 5B c'est systématiquement, comme un compte rendu hospitalier, sauf si le patient nous dit effectivement de ne pas le faire. »  
MG7 : « Moi je pense justement que ça ne change pas grand-chose une cure ou pas de cure, mais c'est vrai qu'il y a eu une prise en compte de sa pathologie mais... *haussant les épaules*  
Ça permet d'avoir encore des matériaux en plus. L'alcool s'est toujours la même histoire, ça va durer longtemps, alors qu'il fasse une cure deux cure trois cures...  
À la quatrième cure ça ne change plus grand-chose...  
Mais ce n'est pas la cure en elle-même qui est signifiant de quelque chose, peut-être la première cure, la première fois ?  
Après c'est une péripétie dans la longue histoire de l'accompagnement de l'alcoolique, on sait que ça va durer de toute façon, que ça ne va pas s'arrêter.  
Enfin, je n'ai jamais vu un alcoolique faire une cure et puis hop ! après c'est fini !!  
Ce qui est intéressant après, avec l'expérience, c'est que l'alcoolisme, de toute façon, cela nous apprend plein de choses, à faire la médecine différemment peut-être...  
*S'adressant à MG3*, tu demandais même si c'était une maladie ?  
A prendre en charge ces patients avec de la patience, du recul, avec du temps, se dire qu'on est là à côté, mais est-ce qu'on fait grand-chose ?  
Mais bon, il faut qu'on soit là de toute façon c'est notre boulot !  
Mais on ne peut pas non plus attendre un miracle, peut-être que le miracle il va se passer un jour, mais il ne sera pas obligatoirement sous nos yeux, c'est-à-dire que s'il se fait, on ne sera pas là, car par définition, les patients n'auront plus besoin de nous.  
Mais la cure, *s'adressant à moi*, je comprends votre question car vous faites des cures et vous voulez savoir en retour ...mais pour moi, c'est un élément parmi tant d'autres dans l'histoire de l'alcoolique. Cela peut être avec sa famille, c'est une péripétie !  
MG3 : « Oui, mais justement comme c'est long, c'est une péripétie qui remobilise un peu tout le monde et je pense que l'effet positif de la cure il est autant... *puis se reprenant*

Enfin déjà je trouve qu'il y en a comme tu dis qui sont imbibés du matin jusqu'au soir, et que du coup tu les retrouves, tu arrives à retrouver la vraie personne qu'il y a derrière.

Ceux qui ont arrêté de boire en cure ou en poste cure, ils ont du coup moins ce syndrome dépressif.

*Poursuivant avec enthousiasme*, moi ça me remobilise, on repart avec un regard neuf, on n'y croit de nouveau ! »

MG7 : « Je pense que cela serait intéressant de faire une étude clinique sur la sortie de cure, parce que moi je pense qu'il y a des patients qui en sortant ont un effet paradoxal... D'ailleurs j'en ai eu un ou deux qui le lendemain de la sortie de cure se sont bourrés et alors là, comme il faut...*en agitant une main pour signifier l'importance de cet acte.*

Ils avaient passé quatorze jours à ne pas boire, et c'étaient alors comme une réaction à ce qu'on leur avait imposé ...

Donc, je veux dire, on est dans le psychologique ! Ce que ça fait ? Ce qu'on leur a dit pendant la cure?

C'est ce que disait MG6 tout à l'heure, ça peut être bien, ça peut être moins bien... »

MG3 : « Oui mais de toute façon, ça a changé quelque chose, ils ont de nouveau quelque chose à te raconter, la famille se remobilise...

Il y a quand même une certaine reconnaissance des gens, même si c'est vrai que les gens sortent parfois avec une étiquette, qu'ils ont du mal à gérer mais notamment, lors de ces 14 jours, ils comprennent un peu mieux ce qu'est la maladie alcoolique.

Moi le retour que j'ai du 5B, c'est qu'il y a une équipe très encadrante et qui a beaucoup d'empathie, qui est bienfaisante ! Du coup ils ont un autre regard...

Tu as de nouvelles choses à aborder, le regard change et moi ça me remobilise à chaque fois, oui quand même ! Et puis on en a quand même pour qui ça réussit ! »

MG5 : « Eh bien oui, *s'adressant à MG6 et MG7*, je vous trouve quand même plutôt pessimiste ?!

C'est peut-être que moi je suis trop optimiste, et c'est vrai aussi que j'en ai moins vu depuis que je suis installé des patients alcooliques.

Mais c'est vrai que j'en ai pas vu tant que ça où j'ai eu des rechutes et tout ça...

Mais, *en parlant des cures*, quand ça arrive, *se tournant vers MG2*, Je suis aussi plutôt super fière d'eux !

Je suis plutôt à les encourager, à voir avec eux ce qui pourrait les faire rechuter.

Hier j'ai vu une dame, ça faisait 15 jours qu'elle n'avait rien bu.

Je l'avais vu en lui disant d'aller au centre d'alcoologie, et elle est revenue hier en me disant qu'elle avait fait son truc et que depuis 15 jours, elle ne buvait plus.

Le docteur Dr LUMARET lui a donné un traitement, et donc oui, j'étais pleine d'enthousiasme !

Elle m'a expliqué qu'elle devait y aller avec une copine et que, par hasard, elle devait aller à un magasin d'imprimante juste à côté.

Et elle me dit que sa copine lui a dit : « Allez on n'y va ?! » et du coup elle y est allée !

Au départ elle ne voulait pas, de peur être stigmatisée et puis finalement c'est sa copine qui a poussée la porte et ça y est, le suivi a lancé !

*Poursuivant avec enthousiasme* Donc c'est vrai, qu'avec cette patiente je suis plutôt, oui, pleine d'espoir !!! »

MG1 : « Oui, mais ils sont quand même pas mal dans la séduction... »

MG5 *réagissant immédiatement*: « Ah non non ! Moi la mienne elle n'est pas dans la séduction ! »

MG1 : « Enfin moi, la seule que j'ai, elle est clairement dans la séduction...! On a le sentiment qu'elle veut faire plaisir ! Elle me rassure quoi...

Enfin moi ça n'était pas une sortie de cure, c'était une sortie de l'hôpital psychiatrique.

Alors là, ce que je trouve intéressant, c'est que le psychiatre note bien que le problème d'alcool est complètement mis de côté alors qu'elle a eu un accident... alcoolisée... !

Alors, que du coup pour elle, ce n'est pas du tout le problème...

Et ce qui n'est pas mal, c'est que maintenant, quand je la vois je lui dis : « et alors, le suivi? »

Je peux maintenant lui dire : « est-ce que vous allez bien à votre suivi ? Est-ce que vous y êtes allées ? Et pourquoi vous n'êtes pas allées ? Quel traitement vous prenez ? »

Et puis j'apprends, comme je suis moi aussi un peu novice, je lui demande comment ça se passe...

C'est vrai que cela a ce côté pratique ! C'est comme un diabétique à qui on demande s'il a fait son fond d'œil, etc... Ou bien un patient suivi pour dépression au CMP, on lui demande s'il a bien été voir son psychologue, on lui demande où il en est ?

Enfin je trouve que ça a ce côté de permettre un soutien, de dire ben, *s'adressant à MG6*, on accompagne quoi !

Enfin bon j'imagine que plus tu t'éloignes et plus... *mime une pente*

Enfin moi je n'ai pas beaucoup d'expérience, c'est tout récent. »

MG5 : « Moi, le jour où il sort de cure, j'essaye de positiver, je positive ! !

Sauf s'il a rebu dès le lendemain, mais ça ne m'est jamais arrivé d'avoir ce cas là...

Là je suis contente, je le félicite, comme celui qui a arrêté de fumer !! »

### **Question 3: Quels sont selon vous, les éléments satellites de cette maladie qui pourraient modifier votre prise en charge du patient alcoolo-dépendant ?**

**J'entends par « éléments satellites » : la famille, la communauté, la société en général ?**

MG3 : « Qui pourraient aider le patient ou modifier notre prise en charge ? »

Moi : « Modifier votre prise en charge. »

MG4 : « Eh bien il y a quand même tout qui joue ! Même au niveau du travail, il y a parfois les médecins du travail qui nous appellent.

A tous les points de vue je trouve que c'est...La famille, oui c'est sur... *silence*

Moi, *relançant le débat*: « Vous avez évoqué la notion de couple par exemple... ? »

MG3 : « Oui, moi le premier que je mettrais, c'est le conjoint ! »

Moi il y a plusieurs situations où je ne suis que le conjoint... en soutien psycho affectif même parfois... ou parce que ça n'est pas moi qui suis le patient, ou parce que le patient est absent, qu'il ne consulte jamais, le seul retour que j'ai c'est par...

MG6 *finissant la phrase de MG3*: « Procuration ? »

MG3 : « Oui c'est exactement ça ! Par procuration !

D'ailleurs le dernier patient pour lequel je me suis investi, qui est le mari d'une patiente, que je ne connais même pas...

En aidant ma patiente à prendre du recul, en parlant avec elle, et bien elle a pu trouver des situations pour que ça se passe mieux.

Elle s'est aperçue qu'en appelant quand il était en déplacement, ils arrivaient mieux à discuter et à parler de ça plutôt que dans le ...*mime avec ses 2 mains face à face*... le conflit !

Je lui avais aussi conseillé d'écrire, ce qu'elle a fait.

Le fait d'en parler, elle arrive un peu à prendre du recul, à trouver les bons côtés parce que du coup, je lui fais positiver sur la personne qu'il y a en dehors de l'alcool.

Et là, du coup, il boit moins ! Donc oui, je pense qu'effectivement il y a une théorie, je ne sais pas si on peut appeler ça une théorie..., mais on se rend compte que parfois le couple est la raison de l'alcoolisme sur des conjugopathies, quand ils noient leur chagrin dans l'alcool, ou quand on est dans une pathologie alcoolique plus familiale et on se rend compte que le conjoint, ou bien la famille ou les parents entretiennent parfois l'alcoolisme par une image très négative de la personne et l'enfoncent...

Donc je trouve que l'entourage familial est parfois aidant mais le plus souvent...

Ce qu'on comprend...

Donc jouer sur l'entourage, quand on est médecin de famille, s'il y a un élément sur lequel on a ...*mime avec sa main gauche l'action d'agripper* ... un rôle à jouer...!

*Se tournant vers MG6* : « Oui, ce terme par procuration me va très bien ! »

MG4 : « Ce que je ne trouve pas évident dans le couple c'est le secret professionnel parce que parfois on aurait envie de dire : « Et alors comment va ... » pour les faire parler !

Et à la fois on se dit « mince, comment lui il voit les choses ? Selon la question que je vais poser, est ce qu'il va apprendre des choses que je n'aurais pas du dire ? »

*Se tournant vers MG3*, je trouve que ça n'est pas toujours évident quand on voit les 2 de savoir comment aborder avec l'autre...

MG3 : « Oui, est ce que ça je suis sensé le savoir ou bien ? »

MG4 *acquiesçant* : « Oui, c'est ça ! »

MG3 : « Oui moi dans ces cas, je suis assez franc jeux !

Quand les gens me disent : « Il faut poser la question sans dire que c'est moi ! », sauf dans le cas où il faut poser la question qui soulève le problème de l'alcool où j'essaie de tester avant, moi j'annonce *signe direct avec la main vers l'avant*, je dis que j'en ai parlé !

*Se tournant vers MG4* : « Parce que oui, effectivement c'est très vite inconfortable ! »

MG4 : « Oui, on a l'impression de marcher sur des œufs... »

MG3 : « Oui par contre dans un système de groupe je trouve que c'est pas mal qu'on essaie de dire que, si on suit l'un, l'autre il vaut mieux qu'il soit suivi par quelqu'un d'autre.

C'est sûr que c'est compliqué de t'empêcher de prendre un parti pris, de ne pas te dire « oui ben je comprends pourquoi il boit parce que quand j'entends l'autre... », de ne pas te dire « lequel dit vrai ? ».

Moi, je pars du principe que si l'alcoolique te dit qu'il a bu 1 verre même s'il en a bu 5, ce qui est intéressant c'est d'entendre que ce qu'il a envie de te dire, c'est qu'il a bu 1 verre !!

Si tout le temps, dès le lendemain, tu as l'autre qui te raconte tout ce qu'il a bu...

Tu te demandes : « Qui c'est que je crois ? Est que c'est elle qui ne le supporte plus et qui exagère ? » Je trouve ça fatigant quand il faut essayer de savoir... »

MG2 : « Oui, toi tu es dans une relation de confiance ?! »

MG3 : « Ah oui, complètement ! »

MG2 : « Moi je trouve intéressant justement de suivre le couple, parce que ça permet de recouper des informations, et notamment, je pense à un couple de jeunes, qui a des enfants, où la femme parle, me raconte, les conséquences sur les gamins, etc...

Que du coup, c'est aussi pour moi un levier où je l'interroge sur ses enfants, enfin j'essaie de trouver des points d'accroche.

Pour moi je trouve que c'est intéressant d'avoir les 2 !

Et en même temps oui, c'est pareils, des fois tu as envie de prendre parti pour l'un, pour l'autre et tu dis bon... »

MG3 : « Oui parfois c'est vrai que tu te rends compte que t'es complètement à côté de la plaque, que c'est un problème complètement minimiser et qu'en fait ça entraîne des conséquences familiales énormes !

Et là, dans ce cas, pourquoi ne pas rencontrer, ou du moins solliciter une rencontre, avec la femme ... ? »

MG4 : « Oui, en fait vous demandez avant si vous ne pouvez pas en discuter avec la femme ? »

MG3 : « Oui c'est à dire que quand les gens me disent : « Je vais vous raconter quelque chose », qu'on est dans la relation...*mouvements des deux mains qui miment l'échange*.. Moi je leur dis très vite : « Si vous m'en parlez, je vais en parler aussi et dire que ... ! »

*S'adressant à MG2*, Enfin voilà, parce que je suis tout à fait d'accord avec toi. »

MG6 : « Alors moi, il y a plusieurs cas de figure ! Il y a les gens que je suis , comme vous...

Il y ceux que je suis de façon complètement indépendante, c'est à dire le mari et la femme venant toujours séparément...

Il y a aussi le cas où je ne suis que l'épouse et où j'entends toujours parler du mari et si je ne le connais pas du tout, c'est un peu différent.

Mais si je suis l'alcoolique, disons l'homme car c'est quand même souvent eux, bref...

Quand j'en entends parler par les tiers, qu'ils soient ou non de sa famille, moi jamais je ne dis un moi sur celui qui est concerné, pour moi c'est le secret médical !

Je peux entendre tout ce qu'ils ont à me dire mais jamais je ne euh... et je n'enquête pas non plus au niveau des tiers !

*Insistant avec un mouvement de main de droite à gauche pour dire non* C'est à dire que je ne le fais pas du tout du tout..., j'essaie de garder une certaine neutralité.

Pour moi la consultation ne peut pas être par procuration, SI je suis la personne !

Si je ne la suis pas alors je peux tout entendre et même dire des tas de choses !

Mais si je suis la personne en question, après sa femme peut bien me dire n'importe quoi, moi je ne vais jamais rien dire la dessus ! »

MG3 : « A la femme ou à lui ? »

MG6 : « A la femme ! Je ne vais jamais rien dire à sa femme mais par contre, probablement qu'à lui, je vais lui parler de sa femme... »

MG3 *essayant de comprendre*: « Si c'est lui qui boit, tu vas pas raconter tout ce que lui te raconte, à sa femme ? »

MG6 : « Non ça n'est pas ça que je veux dire. Je veux dire que je ne peux pas faire la consultation de LUI quand c'est quelqu'un d'autre qui vient me consulter, même pour ce problème là. Je ne vais pas m'amuser à ça... »

MG3 : « Ah non mais moi, la femme, j'entends sa souffrance à ELLE ! Je n'essaie pas de faire la consultation de lui à travers sa femme ! Moi j'entends la souffrance...

MG6 : « Ah oui d'accord ! Ah oui, moi je parlais pas de ça ! Parce que ça souffrance à elle... euh .... Là c'est autre chose. »

MG3 : « Moi c'est là où je trouve que l'alcool m'envahit parce les gens...

MG2 *s'adressant à MG3 en revenant sur les échanges précédents* : « Ce que tu dis c'est que pour traiter sa souffrance à elle tu essaies de traiter leur relation qui est souvent la cause de l'alcool ? C'est ça que tu disais ? »

MG3 *en faisant de cercles avec les 2 bras* : « elle est vient parce qu'elle n'en peut plus de supporter son mari ! »

MG6 : « Oui là je vois très bien ! »

MG3 : « Alors forcément on va parler du mari ... j'essaie pas de savoir si ce qu'elle me dit est vrai ou pas, j'entends sa plainte à elle !

Mais du coup, en l'occurrence, dans ce cas , je me suis aperçu que quand tu écoutes les gens , le conjoint, quand tu compatis, quand tu l'écoutes, quand tu essaies de comprendre son impuissance, enfin voilà... et bien la personne se sentant écoutées, mieux, et bien elle va retourner chez elle avec une meilleure image de son mari parce que tu as essayé de lui faire prendre un peu de recul. Elle n'est plus complètement enfermée dans son problème car elle a entendu quelqu'un qui savait s'occuper elle, elle a du coup un autre regard sur son mari et parfois cela peut désamorcer un problème. »

MG6 *acquiesçant* : « Oui je comprends. »

MG3 *poursuivant* : « Mais je ne cherche pas ...*dessinant un petit cercle qui se rétrécit avec sa main*  
Mais tu t'aperçois qu'en t'occupant des ... *dessinant un plus grand cercle avec sa main*

MG6 : « Oui, moi je ne fais pas comme ça, moi j'agis par excès dans la prise en charge de l'alcoolique et du coup probablement que dans cette prise en charge là, je vais négliger de m'intéresser à la souffrance de sa femme directement.

Je ne vais m'intéresser qu'à lui ! En gros ma priorité ce ne sera pas de la voir elle, de la revoir, ou de la rerevoir mais je ne vais voir lui et que lui ! »

MG3 : « Enfin moi, j'ai l'impression que je passe plus de temps avec les gens qui souffrent de cet alcoolisme, mais qui viennent me voir quoi, je ne vais pas les chercher ...

Quand j'ai un alcoolique, je ne vais pas chercher sa femme ! »

MG6 : « Oui, non, ça j'ai bien compris. Moi je ne vais pas être très fort la dessus, je ne sais pas si j'ai suffisamment d'empathie pour la famille...enfin je n'ai qu'un conseil à dire c'est : « Cassez-vous ! » donc euh, il vaut mieux que je me taise... et je me concentre sur lui ! »

MG3 : « oui, d'accord. »

MG6 *poursuivant* : « Parce que je sais que si on est dans l'échec... il aurait mieux valu qu'elle se barre... »

MG7 *rebondissant sur le conversation de MG3 et MG6*: « Sur un plan médical c'est un non sens ! Je veux dire la prise en charge, elle est singulière ! Je veux dire c'est par rapport à la personne qui a sa pathologie et point finale, c'est tout ! On a pas à rentrer dans une espèce de position qui risque de devenir moralisatrice pour dire euh... « qu'est ce qu'on fait ? »..euh *mimant avec ses mains 2 clans par avec une bascule droite – gauche*.

MG6 : « Ah non mais ça n'est pas ce que dit MG3 ! »

MG7 : « Donc il faut surtout rester médical , la prise en charge elle est unique !! »

MG6 : « Elle aide du coup tout le tour !! »

MG3 : « Mais c'est ça quand tu fais du médical, quand t'en a un qui souffre, t'en a 15 autour !! »

MG7 : « Il n'y a rien d'autre qui doit rentrer en compte, c'est la souffrance du patient !

Alors oui, la femme d'un cancéreux elle souffre ! Bon ben, alors c'est vrai qu'il n'y a pas effectivement la connotation socio culturelle... »

MG2 *s'adressant à MG7* : « Oui n'en mais tu vois, c'est souvent la cause ! Il y a quand même beaucoup de conjugopathie autour de l'alcool donc si tu traites l'un sans...

MG7 *immédiatement sur un ton sec* : « Oui mais ça n'est pas de la conjugooo..., on ne soigne pas la conjugopathie mais l'alcoolisme ! Parce qu'à ce moment là on est plus dans le même cadre de soin !! »

MG2 : « D'accord ! »

MG7 : « On est dans le cadre de l'alcoologie, on soigne la personne qui souffre d'alcoolisme et à ce moment là c'est une relation unique, singulière. Ça ne doit pas déborder, je suis bien d'accord avec MG6 !

C 'est la personne dont on s'occupe et on a pas à savoir les effets collatéraux et de se servir de ses effets collatéraux pour lui dire que tiens, on pourrait lui que...

MG6 : « C'est pas tout à fait ça quand même parce que je m'appuie beaucoup sur... voilà s'il à sa famille, je vais beaucoup m'appuyer sur sa famille en lui en parlant à LUI et pareil, en y allant franco ! Mais par contre, je crois, avec une petit peu d'expérience maintenant, que ça ne marche pas ..., que ça ne change rien, il n'y a rien à faire..., s'il y va, il y va ! Il a beau avoir des supers gamins et une super nana...*profond soupire* poufff

Ça c'est quand même un p'tit peu chiant car on a beau essayer de s'appuyer...

Moi ça m'intéresserait beaucoup que ça marche, mais ça ne marche quand même pas très bien...enfin ça marche pas souvent ! »

MG3 : « Y en de temps en temps quand même... »

*Petit silence de l'ensemble des participants*

MG3 *reprenant* : « Comme autre élément satellite, ça c'est plus les alcooliques célibataires dans les petits villages, c'est la mairie. »

MG2 : « Oui c'est ça ! Qui t'appelle ! »

MG3 : « C'est eux qui te change ton truc parce qu'au bout d'un moment tu te dis...t'as envie de laisser les problème sans... car il ne dérange personne mais tu as une grosse pression parce que quand t'as la secrétaire de mairie qui t'appelle... tu vois les problème quand tu as les appels...une fois la pharmacie, puis la secrétaire de mairie, après l'assistance sociale... »

MG2 : « Oui voilà, les hospitalisations à la demande d'un tiers pour alcool, ben... »

MG3 : « Et c'est marrant de voir que sur les 3 ou 4 du village, c'est un peu par vagues .

T'en entends plus parler et d'un coup les appels s'intensifient !

T'as la voisine qui appelle, et machin... tu réponds un peu à tout le monde et puis... *mimant une vague qui descend*...buuuuup

MG2 : « Oui c'est ça, exacte ! »

MG3 *mimant une vague qui remonte* : « et puis hop ! T'en a un autre qui monte... »

Donc dans la prise en charge, c'est ce qui nous embête beaucoup... on est content quand ça retombe. »

MG6 : « Oui, y a pas longtemps dans le village où je suis, y a un gars très connu qui s'est fait prendre en voiture avec une alcoolémie positive et du coup, ça c'est très vite su.

C'était dans le cadre de son boulot et tout ça... donc il a eu une suspension de permis.

Hors il a un travail où il et tout le temps par monts et par vaux et puis tout le monde le sait donc...

La première fois, ça s'est passé, il est venu en me le disant qu'il était sous le coup d'une suspension de permis, qu'il allait falloir qu'il s'organise et tout ça... mais surtout qu'il fallait qu'il arrive à s'arrêter de boire, parce que donc ça ne pouvait plus durer comme ça et puis euh...ok peut importe, ça c'est passé ! On a mis en place des stratégies et tout ça.

Et puis après, dans les jours d'après, dans les semaines d'après TOUT le monde m' a parlé de lui dans le village!!TOUT le monde !Alors j'entendais parler de lui, de lui, de lui... mais lui je ne le voyais plus !

A un moment donné je l'ai appelé en disant « Et alors ce qu'on a dit ?? » C'était quand même largement passé aux oubliettes...

MG3 *surpris*: « tu l'as rappelé pour le *cherchant ses mots* ?? »

MG6 : « Oui, je l'ai rappelé... j'entendais beaucoup parler de lui : « il fait comme ci et comme ça » et puis tout le monde y allait de son commentaire « il boit quand même moins...et puis non du coup on est pas sur qu'il boive moins... il fait moins la bringue, et non il fait toujours autant la bringue... » sa femme m'en

parlait, ses enfants m'en parlaient, tous ses voisins, tout ça ... ! C'est dingue ! Enfin ça n'est pas un bon exemple pour la question car pour le coup j'avais vraiment l'impression de n'avoir aucun appui ! »

MG5 : « Oui, moi aussi ça me rappelle quelqu'un que tout le monde connaissait et du coup j'avais du aller l'hospitaliser d'office un jour où il avait pris pleins de médicaments.

Et après je l'avais revu, donc il était sevré, donc super bien ! C'est que quand ce sont des gens connus ... et puis après dans le village tu as des nouvelles : « Ah comme il est bien maintenant ! »

C'est quelqu'un qui est adorable, dans le village tout le monde l'aime bien ! Et tout le monde sait qu'il a des problèmes avec l'alcool et donc quand ensuite tu sais qu'il va bien c'est... *S'adressant à moi* : J'avais entendu ça dans la question : « Est ce qu'on les prend différemment en charge ? »

Un petit peu car moi ce gars là, je ne le connaissais pas, du moins la 1<sup>ère</sup> fois que je l'ai vu. C'était au moment où on a fait l'HDT et c'est vrai que je l'ai revu après et que tout le monde m'avait toujours dit que c'était quelqu'un de super gentil, qu'il avait le cœur sur la main et tout... Et c'est vrai qu'après ça a peut être changé ma vision de lui parce que c'est vrai que c'est quelqu'un de gentil et que les gens ont gardé cette image de lui quand même, pas que son image d'alcoolique...

Mais peut être que, là ça n'était pas sa femme mais le monde autour..., j'aurais fait pareil dans le jour où je l'ai vu ? Mais c'est vrai qu'ensuite dans l'accompagnement, quand on connaît un peu le contexte alors des fois ça change... »

MG1 : « Mais c'est vrai qu'on en parlait un peu mais ce qui est dur ce sont les enfants !

Le cas que j'ai eu, le père m'envoyait le fils pour m'adresser sa mère, pour la faire hospitaliser, pour un problème d'alcool ! Donc j'ai dit au fils qu'il n'y avait pas d'intérêt à la faire hospitaliser... et le fils il a 23 ans !!

Donc il s'est retrouvé dans la position presque, pas paternelle mais quasiment, d'amener sa mère qui était dans la position d'un enfant à côté *imitant la maman en tête baissée et les épaules basses* : « Non mais tu es d'accord avec ça ? Tu sais que je t'aime ... » et c'est vrai que j'ai trouvé qu'il y avait quelque chose d'hyper violent là !!

Et lui, je l'ai complètement zappé le fils. Dans la consultation c'est lui qui a parlé mais je ne lui ai pas du tout... je ne pouvais pas quoi ! Je me suis complètement occupé de la patiente et c'est après coup que je me suis dit que j'aurais du avoir, *se tournant vers MG7* comme tu parlais, un rapport singulier.

J'ai pas eu de réflexe de prendre la patiente tout e seule, mais en même temps je les ai reçu 3 /4 d'heure dans mon bureau , j'ai essayé d'évaluer le risque suicidaire !

Est qu'il y en avait un ou pas ce jour là ? Parce que pour moi, *poursuivant avec un air dubitatif* l'hospitalisation en urgence pour l'alcoolisme ? ?

Je me suis dit : « eh bien est ce qu'il y a un risque suicidaire ? »

Bon j'ai pas senti de risque suicidaire même si c'est difficile à évaluer, je n'étais pas en rapport singulier. C'est après coup que je me suis dit que je ne l'avais pas interrogé elle !

Elle était toujours sous le joug du fils, qui était sous le joug du père qui n'était pas là... qui aurait pu me l'amener pendant 3 semaines, mais qui ne l'a pas fait pendant ses vacances et le premier jour où il reprend le boulot, il dit à son fils : « Amène ta mère chez le médecin ! J'en peux plus ! Il faut que tu fasses quelque chose ! Tu la fait hospitaliser !! »

Alors j'ai trouvé ça violent ! Et c'est le lendemain qu'elle fait son accident de voiture, qu'il y a eu les gendarmes, l'hôpital et tout ça...

Et c'est vrai que les enfants ... j'ai eu un autre patient c'est pareil.

Le fils on sent que ça la complètement ... *chassant quelque chose avec la main*

Qui était hyper brillant, dès qu'il a pris conscience que son père était un alcoolique notoire, qu'il a perdu son poste... qu'il s'est dégradé professionnellement et tout

Eh bien lui après coup... *mime une pente descendante avec la main.*

Quand la femme t'en parle, ben oui ! Mais le fils on ne le voit pas...

C'est là qu'on voit la collatéralité... on l'évacue, on peut rester avec le seul patient alcoolique, mais on se dit : « y en a d'autres à côté et est ce qu'ils sont pris en charge ? Et comment faire aussi ? »

*Puis s'adressant à moi* : « Est ce que vous, vous êtes amené à vous dire : « est ce qu'il faudrait ? Ou c'est trop vaste ? » Mais on se dit, lui il est jeune quoi !

L'autre il a peut-être 65 ans, il est peut-être encore jeune, il a encore une vie ?

Mais celui qui a 25-30 ans, on se dit le pauvre quoi ! Quelle image il a !!

Il a vu son père qui avait un poste à haute responsabilité et qui se retrouve à 60 ans à n'avoir pas un kopeck et ... être complètement errant... ! Enfin voilà, c'est plus le même homme !! »

MG2 : « Oui il faut éviter de parler des facteurs génétiques... »

MG1 : « Oui voilà, la grande inquiétude c'est : « est ce que je vais devenir comme lui ? »

Et moi je me suis mis à la place de ce type là, 24 ans , qui amène sa mère chez le médecin généraliste dans un état ! Et qui est obligé de gérer le truc... c'est d'une violence !!! »

MG3 : « Oui, et puis t'as l'image maternelle... »

MG1 : « J'ai trouvé ça... *les yeux et les paumes de main vers le ciel* ah ouais !!

Et je ne sais pas, ces jeunes patients... Parce que elle même avait été choqué par son père qui avait eu un accident de voiture alcoolisé, qui est MORT, d'un accident de voiture...

Alors voilà, on est dans une espèce *avec un mouvement cyclique des mains* de bis repetitas...

Et on se demande si elle, elle avait été prise en charge à l'époque ? Est qu'on avait essayé au moins... ? »

MG3 : « Oui, donc le contexte familial est encore... »

Et effectivement, c'est là que je reprends cette idée de colère que j'ai contre l'alcool, parce que je le prends vraiment comme un élément, parfois j'aurais envie de dire comme une troisième personne qui vivrait à la maison... !

Et souvent quand même j'essaye d'expliquer le phénomène... cette attirance... quoi le phénomène de dépendance et qu'il n'y a pas qu'une question de faiblesse par rapport à l'image du père ou de la mère... de se dire que ... ça n'est pas effectivement qu'une trainée qui n'a pas de volonté, comme chez les obèses... d'essayer de montrer qu'une fois que t'es tombé dedans, il y a tout des mécanismes !

Oui, je repense à ce que nous avait fait Eric BERNABEU , de nous expliquer tous les mécanismes de réentrée, de dépendance etc.... d'expliquer que neurochimiquement, il y a quand même quelque chose qui est... je trouve que pour l'image de ses parents c'est...

MG1 : « Je trouve que ça peut être très différent s'il s'agit de ta mère ou de ton père.

Je trouve qu'on peut avoir un vécu, selon si t'es très proche...

Le fils dont je pensais c'est comme si son père lui avait mis une honte absolue, alors que là, pas du tout ! Avec sa mère il était vraiment dans l'idée de la protéger... de voilà... !

Donc ça n'est pas du tout le même rapport... voilà...

Et puis le travail ? Je ne sais pas, vous avez des vécus où c'est parfois le travail qui a pu jouer ? Ou qui a pu aider ou pas ? Ou mettre le doigt sur le problème ? »

MG2 : « oui moi, le travail ... j'ai pas mal de patients qui bossent à Renault Trucks... et ça picole pas mal là bas... et du coup, c'est un peu, ils disent : « Ben du coup, quand on bosse là bas, on boit ! » ».

MG1 *avec un sourire amusé* : « Ah oui ?! »

MG2 : « Oui, du coup ils banalisent, donc c'est très compliqué...

*Puis s'adressant au groupe* : Ben vous aussi, vous avez tous ces patients de chez Renault Trucks ? »

MG3 : « Ah oui , je ne sais pas comment ils arrivent à avoir des caristes chez Renault trucks...parce que...  
*en riant* pour trouver un chauffeur... ! »

MG2 : « Ben oui !! »

MG6 : « Ben ça change un p'tit peu quand même chez Renault trucks. »

MG1 : « Ben oui, là ils sont tous déprimés parce qu'ils sont au chômage partiel. »

MG6 : « Et puis il y a les pompiers aussi, c'est connu... »

MG7 : « Et la poste ! »

MG6 : « A une époque, mais moins maintenant ! Les pompiers, je ne sais pas là où ils en sont, mais à un moment donné, ça a aussi posé un certains nombre de problèmes.... !

Donc en fait, c'est pas aidant, c'est même plutôt l'inverse ... ! *rires de tous*

Et donc pour l'aspect facilitant...

Non, quand on est appelé par un médecin du travail ?... finalement est ce que ça arrive assez souvent ? Je ne sais pas... »

MG2 : « Pour revenir sur le contexte des villages... nous c'est vrai qu'on habite dans un village où il n'y a pas beaucoup, enfin il y a quelques bars...

Du coup on a un bar qui fait un peu resto où on va chercher les pizzas de temps en temps... et à chaque fois, il y a quelques patients qui sont hyper gênés de me voir !

Par exemple...enfin certains : « Ah mais vous venez là ? » parce qu'en fait c'est pas le resto juste à côté du village... « Ah ben oui de temps en temps »

MG1 *ironiquement* : « pour boire un coup ?! »

MG2 *en riant* : « oui , oui, du coup les gens sont hyper gênés !

C'est vrai dans les villages où tout le monde se connaît, c'est vrai que forcément !

MG6 : « Oui, c'est vrai ! Moi je pense que le travail s'est pas souvent le premier problème !

Souvent le premier c'est le sein de la famille...

Parce qu'en fait les alcooliques sont souvent des hommes, et ils ont un fonctionnement souvent...où s' ils ont un boulot, en fait ils ne le perdent pas si souvent que ça, à cause de l'alcool, parce qu'ils arrivent à gérer le truc...

Par contre, ils cognent leur femme chez eux !... c'est plutôt ça je pense

Pour les bars, il y en a un dans mon village et j'évite d'y aller : en 15 ans j'y suis allé 2 fois... Les gens ils ont sinon l'impression qu'on les flique. »

MG1 *s'adressant à MG6* : « oui, par ce que tu vois, ce type qui a perdu son boulot, ce qui était étonnant c'est que, il avait un super poste ! Il perd son boulot et il n'était obnubilé que par un seul truc : ses problèmes sexuels, il ne parlait que de ça !!

Il ne parlait Ni du problème d'alcool, Ni du problème du travail, Ni de son fils qui allait hyper mal, Ni de sa femme qui était complètement...voilà !

Il ne parlait que de ses problèmes sexuels ! Et il n'entendait rien d'autre ! On avait le sentiment qu'il ne disait qu'une seule chose « je suis en train de perdre ma virilité » mais... il ne faisait pas le rapprochement ?! C'était étonnant...

Il était complètement estomaqué en me le disant ... tout se détruisait autour de lui et le seul truc sur lequel il se focalise, c'est lui quoi !! C'était assez déroutant !

*S'adressant à moi* : Mais bon je ne sais pas s'il s'agit d'une autre question ou bien... »

Moi : « Si, c'est très bien ! C'est tout à fait bien !!

Toutes ces questions sont entrecoupées et pour interpréter ...c'est voilà, on ne peut pas tout mettre dans des cases ... et effectivement c'est très bien car vous avez parlé de plein de choses et du coup on en vient maintenant au traitement de la maladie alcoolique :

#### **Question 4:**

**Quels sont selon vous les obstacles que vous rencontrez dans le traitement de la maladie alcoolique ? Vous en avez déjà évoqué beaucoup mais voilà, quelles sont les difficultés que vous rencontrez dans le traitement de cette maladie ?**

MG3 *s'adressant à moi* : « Quand tu dis traitement, tu parles de la prise en charge médicale, sociale, pharmacotique... ? »

MG7 *s'adressant à moi également* : « Traitements ou prise en charge ? »

Moi : « Traitement s! Et aussi prise en charge !

En fait qu'est ce qui, en médecine ambulatoire, va être compliqué ? »

MG3 *immédiatement* : « le patient... ! »

Moi : « Alors oui, le patient effectivement »

MG5 : « Le groupe d'amis du patient quoi... !Le groupe de fréquentation du patient quoi...

La famille tu peux arriver à connaître mais les copains du village....C'est assez compliqué... Surtout dans un village !!

Parce qu'un jeune, il peut carrément des fois décidé de changer de vie, mais dans un village... c'est vraiment compliqué quand même ! »

MG4 : « Alors j'en connais deux qui sont carrément partis de la région ! »

MG5 : « Oui, où ils disent qu'ils boivent un Perrier quand les autres boivent... »

MG4 : « Et puis il y a la question de la confiance aux patients...qui te disent : « Ah non , je ne bois plus », puis en souriant avec la bonne haleine, bien alcoolisée... ! »

MG5 : « Oui ben moi, je leur dis, qu'ils n'ont pas une haleine...tu sais je les regardes bien et je leur dis : « Non mais il ne fait pas me mentir ! Vous avez bu avant de venir, je ne suis pas... » et puis parfois je leur dis « J'ai quand même l'habitude ! »

Enfin ça dépend qui c'est, mais je leur fais comprendre... »

MG6 : « De toute façon, un patient qui s'est arrêté de boire, vous le voyez ! Sans le sentir, s'il s'est arrêté de boire, vous le voyez ! »

MG5 : « oui, oui, je crois ! »

MG6 : « Sauf s'il buvait peu mais un alcoolique qui s'est arrêté de boire, quand il revient, vous le voyez. Et puis , si vous vous dites pas qu'il ne boit pas, ça doit être qu'il boit... ! »

MG5 : « Oui ,c'est vrai qu'on se demande pas trop, quoi qu'il te dise, tu sais !

C'est plutôt le déni quoi, on se heurte au déni ! »

MG4 : « Oui c'est vrai. C'est vrai qu'il faut gérer le déni ! »

MG6 : « Moi je ne vois que des obstacles... je ne suis pas très...

*S'adressant à moi* :Voilà, qu'elles sont les choses qui ne sont pas des obstacles ? »

Moi : « Non, mais c'est ça ! Quels sont tous les obstacles justement? »

MG3 : « Déjà le traitement pharmacologique, parce qu'il n'y en a pas, quoi ! »

MG6 : « Alors oui, les obstacles au complet : le dépistage, le dire, le sevrage ... 1<sup>er</sup> obstacle !!

Il faut les envoyer ? Le peu de sevrage à domicile qu'on fait... parfois il faut les hospitaliser et ils ne veulent vraiment pas ! »

MG2 : « Oui et parfois une hospitalisation n'est pas possible du fait de leur travail ! Nous on a beaucoup d'agriculteurs, et c'est compliqué de les hospitaliser ! Et eux ils sont très motivés pour arrêter ! Enfin, je veux dire quand il le sont, s'ils veulent faire un sevrage à domicile, c'est qu'ils sont très motivés et du coup on y arrive !... des fois... *silence*

Ça rechute mais... »

MG6 : « Oui, et puis ça leur colle tellement une étiquette, personne n'y est préparé !

1<sup>er</sup> obstacle, c'est l'idée de la maladie alcoolique que l'on a dans notre société !! C'est à dire que le 1<sup>er</sup> obstacle c'est ça !!

Si on considère que jamais personne ne va se faire prier pour se faire hospitaliser sur une colique néphrétique, c'est peut être pas le bon exemple car ils veulent y aller plutôt deux fois qu'une... Alors que là, c'est vraiment notre problème avec cette maladie qui est ou honteuse, ou dans le déni... C'est assez terrible le profil psychologique et de l'alcoolique et des familles et puis de la vision sociale, c'est un obstacle..., à mon avis, général !! »

MG3 : « Qui change peut être un tout petit peu ? »

MG6 : « Ouais, je sais pas... ! Je me souviens très bien d'une émission où il y avait un alcoologue et puis des tas de gens dont certains étaient probablement alcooliques, et c'était : « Qui va boire un verre d'alcool pour se détendre ? » et ben il n'y a qu'une personne qui a levée la main : c'est le médecin alcoologue ! Voilà pour dire à la fois ça fait peur, parce qu'il y a plein de gens qui ne sont pas capables de dire qu'ils vont boire un verre d'alcool pour se détendre !! »

MG3 : « Et à la fois, je pense qu'aujourd'hui la personne qui dit « Non je ne bois pas ! », on commence à avoir un regard un peu admiratif, on se dit qu'il y a peut être une prise de conscience ? »

MG2 : « Quelqu'un qui aurait bu et qui dit « je ne bois pas ! » ?

MG3 : « Oui ou quelqu'un qui dit « je ne bois pas d'alcool » alors y'en a déjà la moitié qui se disent : « si c'est alcool zéro, alors c'est qu'il a été alcoolique quoi... ! »

Et de temps en temps, je me fais la réflexion, si quelqu'un dit « non, je ne bois pas », comme avec les slogans « pas d'alcool au volant », t'as l'idée de te dire « tiens c'est quelqu'un qui est responsable ! » et c'est un peu comme le tabac, l'image du tabac en ce moment, ça n'est plus... et pour l'alcool, c'est pareil ! Si tu entends alcool zéro, tu te dis qu'il s'est posé la question, qu'il a pris du recul par rapport à ça.

Moi ce que je trouve très dur, *s'adressant à MG6* c'est que quand tu dis « on ne repère pas forcément les alcooliques » moi je trouve que si, quand on parle de la famille, qui au bout d'un moment craque et te dis « ça fait vingt ans que mon mari boit ! » et que tu suis cette personne depuis 20 ans et que tu savais pas, qu'elle prenait sur elle pour cacher ça à tout le monde ! Que les enfants sont au courant mais n'ont rien dit, que tout s'organise pour ne pas que ça se sache... Donc tout est fait pour ne pas que ça se voit alors quand ça sort au grand jour, tout s'écroule, la famille...

Mais le jeune qui se fait prendre, *s'adressant de nouveau à MG6*, tu disais qu'il y avait beaucoup de retrait de permis, moi je trouve qu'on arrive à une génération où ils se prennent un retrait de permis et ils tiltent ! Ils vont faire une cure ou ils poussent une porte comme tu dis, alors là ils se disent : ou alcool zéro et je mène une vite normale, ou... »

MG6 : « Probablement parce que chez les jeunes il y a une mutation. Le problème c'est qu'ils sont extrêmement poly toxicomanes, donc évidemment l'alcool ça va vite être ringardisé... »

MG3 : « Oui, oui ! »

MG6 : « Ou limité à certaines conduites auto destructrices etc.... En effet l'alcoolisme comme on l'a connu est en train de changer. »

MG1 *s'adressant à MG6* : « Et donc qu'est ce qui te pousse à traiter ou prendre en charge quelqu'un, car on a le sentiment que tu es assez pessimiste ? »

MG6 : « Je suis réaliste parce que je regarde les chiffres !! »

MG1 : « Oui, mais est ce que tu vas te dire : « lui je vais lui donner un arrêt de travail ! Est ce que je vais lui donner un anxiolytique ? Ou un traitement antabuse ?

Est ce que tu vas partir la dedans ou bien tu vas te dire que ça ne sert pas à grand chose car il va rechuter... ? »

MG6 *réagissant immédiatement* : « Ah non ! Je vais traiter !! Et je vais même y passer du temps et proposer la cure mais si la question est : quels sont les obstacles ? Moi je le redis, je ne vois que des obstacles !! Aucun effet facilitateur dans la prise en charge et j'ai même envie de dire, dans sa conclusion !

*Poursuivant sur un ton revendicateur* C'est à dire qu'à l'heure actuelle, notre société est complètement incapable de valoriser quelqu'un qui s'est arrêté de boire, qui lors d'une réunion va boire uniquement de l'eau ou du jus de fruit parce qu'il a une maladie alcoolique, qu'il a traité, on en parle strictement jamais ! Et c'est plutôt porteur d'une idée négative : c'est alcoolique ! Alors que c'est vrai, c'était un alcoolique mais qui s'en est sorti, qui a probablement plus de valeur que quelqu'un d'autre ! »

MG1 : « C'est exactement le même problème qu'avec la dépression ! »

MG2 : « Oui mais c'est aussi le problème... ici on a pas vraiment de groupe de parole ou de chose comme ça ! Moi j'ai un ami américain qui est venu vivre ici, qui était sevré.

Quand il est arrivé, il m'a dit : « Où sont les groupes de parole ? » parce qu'il en avait besoin pour son suivi.

Je lui ai dit : « eh bien écoute, je vais me renseigner » et du coup il avait appelé Eric BERNABEU.

Et puis du coup, ils sont repartis vivre ailleurs mais il était interpellé qu'il y en ait pas ici, dans nos villages, dans le Revermont ?? « Mais il faut que je le crée ! »

MG6 : « Et oui, et ça rejoint exactement ce que je viens de dire ! Moi je pense que dans chaque village où il y a un bar, et bien il devrait y avoir une cellule de prise en charge de l'alcoolisme !! C'est un problème qui est vieux comme... !! *En passant sa main au dessus de sa tête*

MG2 : « Et du coup c'est vrai que moi, j'ai une patient qui voulait y aller dans ces centres là, mais il disait : « Dans la rue, le gens vont me voir rentrer... »

Et donc , elle y est allé et elle a vu que s'était une porte visible et elle a dit : « Non, moi j'ai pas osé pousser la porte » »

MG3 : « Et ce qui est incroyable, quand on voit le nombre d' alcooliques, ce dont tu parlais *s'adressant à MG2*, tous les alcooliques qui s'ignorent, qui disent : « Moi je suis pas alcoolique ! » et quand tu leur dis : « Est ce que vous pouvez vous arrêter pendant 15 jours ? » Et bien ....Et du coup, tu pourrais te dire que quelque chose qui est très généralisé, quand il y en a un qui dit : « Eh bien moi je suis alcoolique ! » et bien tu en as 3 qui pourraient dire : « Et bien moi aussi ! » et le problème c'est quand tu as une étiquette d'alcoolique, tu as beau dire, je ne bois plus, je suis repentis et bien ça reste pareil... ! »

MG6 : « Surtout je crois un peu dans notre pays ou dans certains pays d'Europe, parce que pour les pays anglo-saxons, les anglais, ça n'est pas un problème !

Moi j'en connais un très très bien et son vrai problème d'alcoolisme, il a 32 ans et il a pu en parler. Mais lui il a trouvé quelqu'un qui pouvait s'en occuper, un accompagnement, une prise en charge... »

MG2 : « Oui comme un parrain »

MG1 : « Nous on a soit le médecin généraliste qui est trop isolé qui n'a pas le temps et qui peut pas le faire, soit le milieu qui est hyper spécialisé et tu peux pas y aller... »

MG6 : « Pour la petite histoire, la sœur de ce gars là m'a dit que son frère est alcoolique , et qu'il s'est traité . Elle est mariée à un français, un très bon ami à moi, qui m'a dit qu'il n'était pas alcoolique, la petite nuance... »

MG2 : « Qui a dit quoi ? »

MG6 : « Il m'a dit : « Non mais il n'était quand même pas alcoolique !! » Alors que sa sœur me dit : « Si, il était alcoolique, il s'est sevré et tout ça » mais le français me dit « ah non il était QUAND MÊME pas alcoolique !!! »

Faut voir comme il était alcoolique, ça oui il l'était !!

MG3 : « Le problème s'est qu'aujourd'hui, à qui ça viendrait à l'idée de faire un truc convivial sans alcool ? »

MG2 : « Ben non parce que le vin s'est bon aussi, tu vois ? »

MG3 : « Moi j'ai un patient, ça m'avait marqué, il a arrêté de boire et 6 mois après il est revenu me voir en disant : « Je bois plus mais je m'emmerde !! » »

MG6 : « Mais tu ne fais pas non plus de soirées où tu n'as pas autre chose à boire que de l'alcool ?! »

MG3 : « oui, c'est vrai »

MG6 : « Donc je pense que notre discours est quand même biaisé parce qu'on boit relativement bien moins que le moyenne. Moi j'ai des patients qui font des soirées où il n'y a rien d'autre à boire que de l'alcool !!

*S'adressant à MG2* Toi tu conçois l'alcool comme quelque chose de sympa, qui va peut être facilité la discussion, comme ça peut l'être pour certains... »

MG2 : « Oui ou juste pour le gout du vin ?! »

MG6 : « Oui mais toi t'es quand même particulière ! » *rires de tout le monde*

MG3 : « Et il y a un nouvel élément sur le traitement qui nous pourri la vie : c'est le Baclofène ! Moi j'en ai deux trois, chaque fois qu'il y a un problème : « Mais POURQUOI maintenant qu'il y a un traitement ? Pourquoi vous lui refuser le traitement ??? »

MG1 : « Je ne sais pas si tu te souviens de la soirée qu'on avait fait où il disait que la prescription, même à l'hôpital, on ne pouvait pas être dans tous les clous , où il fallait avoir testé tous les médicaments, vu un psychiatre, enfin un truc de fou !

Donc t'es toujours HORS AMM, enfin c'est ce qu'il nous avait expliqué le Dr BERNABEU, donc c'était assez désespérant... Donc en fait ça nous arrange de ne pas pouvoir le prescrire

MG2 : « Et du coup en résumer : le traitement médicamenteux y'en a pas !

Alors quand les patients nous disent : « Pourquoi vous le mettez pas sous Aotal ? »

Je les regarde : « Parce l'Aotal ça sert à rien, en dehors du Seresta... »

MG1 *ironiquement*: « Si ça permet au moins de prescrire, t'auras au moins testé un médicament ! »

MG3 : « Pour les médicaments, t'es pas plus motivé que le patient, enfin moi... »

MG1 : « T'as les anxiolytiques, enfin c'est peut être les seuls qui leur apportent quand même... »

MG3 : « Les anti déprimeurs... il paraît qu'il ne faut pas traiter la dépression de l'alcool ? »

MG1 : « Oui à part les anxiolytiques... »

MG6 : « Oui, il y a aussi un bon nombre de patients qui sont aussi très psychiatriques et alcooliques, ça n'est pas forcément que la dépression de l'alcoolique ! »

MG3 : « Oui, moi j'en ai un qui a eu quinze anti déprimeurs avant d'arrêter de boire et depuis qu'il a arrêté, là il ne déprime plus du tout ! Il est à fond les ballons !!! »

MG6 *sur un ton désabusé*: « Mais enfin voilà, on n'a pas de traitement, voilà pourquoi on est mal ! »

MG7 *précisant*: « médicamenteux ! »

MG3 *ironiquement* : « Oui parce que sinon, on a plein d'autres outils !! »

*Eclat de rire de l'ensemble des médecins*

MG6 *sur le même ton* : « Oui, c'est sur ! »

MG3 : « Oui enfin, autant le service d'addictologie du Dr BERNABEU... autant le centre d'addictologie de Brou, je trouve ça très décevant !

J'ai toujours le même retour... enfin tant qu'il continue d'y aller tu te dis que c'est qu'ils sont encore conscients qu'ils ont un problème... »

MG6 : « Oui, enfin au point de départ je crois que ça n'est pas tout à fait la même clientèle : en gros à l'hôpital, si tu adresses les gens c'est dans le cadre d'une prise en charge orientée, le médecin généraliste oriente son patient. Autant au centre d'addictologie, ils sont souvent orientés par la police ou par le juge, hors circuits de médecine.

Ils sont contraints et pour bon nombre, ils ne voient jamais leur médecin généraliste, il le fuit. »

MG3 : « Oui mais souvent ils ressortent avec leur RDV mais... »

MG6 : « Oui mais ce que tu vas organiser avec le 5B, statistiquement, ça a plus de chance de marcher ! »

MG3 : « Pour moi, quand je les envoie au centre d'alcoologie, c'est hypocrite, je me débarrasse du problème ! »

MG6 *surpris* : « Ah oui ? Et pourquoi ? Parce qu'il y a des médecins, des psychos, y a tout ce qu'on veut ? »

MG5 : « Ah non, moi je me heurte plutôt à tout ce qu'on dit : « Si je vais entrer là bas, on va me voir etc... » . Entrer dans un centre d'alcoologie, c'est déjà accepter cette étiquette et à partir du moment où tu y vas , tu auras toujours cette étiquette ! »

MG6 : « Oui cette étiquette, et puis dans la salle d'attente tu as des gens qui sont comme toi et tu les vois, et tu te dis : « Ouh là ! Mais ils sont moches et puis ils puent ... » et puis du coup parfois ils n'y retournent pas ! »

MG5 : « J'ai vu un jeune qui fume hier, et du coup je lui ai dit de prendre contact avec le centre d'addictologie... la consultation a duré une heure, parce que c'était un problème entre la maman et le fils et 17ans, qui fume déjà beaucoup de clopes, et du cannabis, tous les jours...tous les jours ... !

Et il a déjà fait une connerie alors il devait faire des travaux d'intérêt généraux et il lui fallait un certificat de contre indication aux travaux d'intérêt généraux... ! *rires généralisés des participants.*

Et donc je le vois, je parle avec lui et pour lui, tout allait très bien !

C'était rien de fumer, c'était rien de boire et puis de tout façon il fallait qu'il sorte...

Il avait lu plein de choses sur internet, sur le cannabis... et je lui ai dit qu'il en connaissait certainement plus que moi et qu'il fallait qu'il consulte auprès d'un médecin addictologue ! Mais rentrer dans un centre d'addictologie, d'alcoologie, alors voilà ! C'était rentré dans un truc avec une étiquette ! Mais je lui ai dit qu'il fallait qu'il voit quelqu'un qui puisse lui donner une information adaptée, qu'il avait besoin de se faire aider ! »

MG1 : « Alors la question que je voulais poser, parce que je n'ai jamais eu à le faire :

Quand vous pensez à la cure, quand vous en parlez, quand vous la prescrivez, qu'est ce qui vous incite à le faire ? Parce que pour moi c'est le stade « ultime »... !

Est ce que c'est le degré d'alcoolisme ? Est ce que c'est la dangerosité ? Qu'est ce qui vous fait dire : « Eh bien je pense qu'aujourd'hui, vous avez besoin d'aller en cure ! »

Est ce que c'est le patient qui vous la demande ? Moi je n'ai jamais été confronté. »

MG2 : « Moi, ça a toujours été le patient qui m'a demandé. Parce que j'ai l'impression qu'il faut que ça vienne du patient, qu'il ne faut pas que tu l'imposes, parce que soit il vient pour faire plaisir à sa famille,

mais sans intime conviction et alors ça marchera le temps que ça marchera... mais quand il vient en disant...

Pour l'instant, je n'ai pas beaucoup d'expérience, mais ça tient ! »

MG4 : « En fait, moi je ne n'y verra pas comme l'ultime recours. J'y proposerais plutôt assez facilement. »

MG7 *en souriant* : « Ça serait bien que ça soit l'ultime recours, car ça voudrait dire que ça serait la dernière fois ! »

MG3 : « Pour moi c'est un peu comme l'hospitalisation d'un dépressif. »

MG1 : « oui alors à un degré assez grave ! »

MG3 : « soit t'as la personne qui se révèle à toi pour demander une cure, où il ya un problème, ou bien il a effectivement une pression extérieure... »

MG1 : « faire souffler l'entourage quoi ! »

MG3 : « soit c'est plus dans une relation de confiance, où j'essaie de les voir de façon rapprochée et où à un moment il y a une prise de conscience. »

MG1 : « Ah oui et là tu vois plutôt la cure comme une éducation thérapeutique où il prend plus conscience de sa pathologie ? »

MG3 : « Oui, voilà ! Si ça fait 3 fois qu'il te dit : « Je vais y arriver tout seul ! » et que ça marche pas, ou bien parce qu'il a la frousse de se dire, je ne vais pas y arriver...

Et du coup, moi souvent je propose. T'en a qu'on un espoir magique dans la cure... !

MG1 *s'adressant à moi* en tout cas la différence entre la cure et l'hospit chez le Dr BERNABEU, c'est un peu plus court chez le Dr BERNABEU c'est ça ?

MG7 : « C'est pas la même technique ! »

MG6 : « Le truc c'est que, à un moment donné, si tu veux qu'il s'arrête de boire, qu'il arrive à l'alcool zéro, c'est pas pour tout le monde que ça va se passer extrêmement mal !

Mais si tu veux qu'il arrête, à un moment il va falloir l'hospitaliser pour qu'il fasse un sevrage, sinon il va faire un DT chez lui et ça va être terrible !

Ce sont les DT qui arrivent aux urgences ! Donc tu ne peux pas le faire seul.

L'idéal, ce serait que j'arrive à lui faire prendre conscience de son alcoolisme pour qu'il arrive à accepter de faire un sevrage, mais je sais très bien que ça n'est pas mon pouvoir de conviction qui va l'amener à ça. Mais aussi la pression familiale, et pour me faire plaisir et aussi pour avoir la paix ! Et du coup il va être hospitalisé pour un sevrage mais c'est pas tellement... »

MG7 : « Oui c'est vraie cette hypothèse où il va être hospitalisé pour échapper à la pression, pour faire plaisir à tout le monde et quand il revient... il se lâche !! »

MG6 : « Oui, quand il en entend trop parler à la maison et ailleurs, ça peut être un élément déterminant ! »

MG7 : « Ça peut être une expérience dans sa vie d'alcoolique, en tout cas ! »

MG6 : « Après il y a ceux qui n'en ont pas besoin , parce qu'ils l'ont déjà fait de s'arrêter quelques jours et ils ne font pas de DT ou pré DT. »

### Question 5 :

**Et du coup, votre lien, avec le service hospitalier d'addictologie, comment vous le qualifieriez ?**

MG3 : « Je dirais très bon mais qui se dégrade de façon involontaire, à cause de leur succès...

Enfin moi j'appelle Eric BERNABEU, la plupart du temps j'hospitalise après un appel, et c'est vrai qu'il y a 3 ans, on programmait ça la semaine d'après.

Et maintenant, j'arrive plus à avoir Eric BERNABEU, j'ai la secrétaire qui dit : « Et bien on l'hospitalise mais on met une consultation avant. » La première consultation est ... *en faisant un geste de dégagement devant elle avec la main* Et ça désamorce pas mal ce côté réactif !

Du moins, moi mon défaut c'est de me dire : « Et bien s'il en parle maintenant, c'est qu'il faut réagir maintenant ! » T'as l'impression que c'est urgence, alors que c'est vrai que c'est dans le cadre d'une vie entière et que si tu as raté le virage aujourd'hui, c'est probablement qu'il l'aurait pris dans l'autre sens peu de temps après...

Ou du moins, quand tu as l'énergie de faire ça, t'aimerais que tout se mette en place !

Et quand tu dis aux gens d'appeler, ils te disent : « Non mais la consultation est à 3 mois ! Moi c'est maintenant que j'ai envie d'y aller ! »

Alors c'est vrai qu'ils sont victime de leur succès...

La dernière fois, c'était pour un patient qui était hospitalisé en chir et j'ai appelé en disant : « Et s'il est dans vos murs, est ce que ça change quelques chose ? »

Au départ la secrétaire me dit : « ben non. » Et puis tout le monde s'est un peu ému, vu que j'ai appelé 3 fois.. il y a une infirmière d'addicto qui est allé le voir dans le service et du coup avec le chirurgien en question. Ça a quand même réamorcé un truc, donc quand même il y a une bonne volonté. Ce sont tous des gens faciles d'abord, qui ont un énorme respect pour la médecine générale, alors moi je dirais un lien excellent mais comme tout ce qui marche bien, c'est parfois victime de son succès ! »

MG6 : « Moi j'ai exactement la même expérience que tout le monde ici, le problème ce sont les délais... le jour où il y aura autant d'addictologues que d'urologues... ! »

MG2 : « Moi pareil, les 2 cas assez récents, j'ai pas eu l'impression de délais étaient si long ? alors j'ai peut être bénéficié de concours de circonstances. »

MG6 : « Même si les délais ne sont pas extraordinairement long, il faudrait que ça soit plus réactif ! Parce que toi tu viens de passer du temps, t'es dans une période où il y a une prise de conscience et quand on te dit derrière : « Et bien ce sera dans 2 mois... ! »...

MG3 : « Celle qui a changé, c'est la secrétaire ! C'est à dire que tu sens que maintenant elle les protège ! Autant avant c'était : « Pas de soucis je vous passe Eric ! » autant maintenant, elle met une consultation avant... ce qui est normal !

Là le nouvel élément, c'est qu'il faut qu'il y ait une consultation avant ! Alors oui, mais les délais de consultation... »

MG5 : « J'avais fait un stage du temps du Dr DEBAT et il disait : « De tout façon je les vois toujours en consultation avant et je leur fais leur cure 1 mois après pour que la démarche soit bien mûre dans leur esprit ! » »

MG7 : « Et oui, c'est une autre stratégie ! peut être que ça marche mieux ? »

MG5 *ajoutant*: « Et il disait que ça marchait mieux comme ça ! »

MG6 : « Oui mais si la consultation est tôt ? »

MG1 : « Oui, si la consultation est toi alors ça va. »

MG5 : « Pour celui qui est vraiment motivé ça marche, sinon un mois après il rechute. »

MG7 : « Celui qui tient pendant un mois alors c'est qu'il est vraiment motivé ! »

**Question 6: Quelles seraient vos attentes pour une prise en charge plus optimale de cette pathologie ? C'est à dire de manière très générale.**

MG2 : « Et bien peut être plus de groupe de parole du coup ! Plus délocalisés ! Pas forcément à Bourg ! »

MG5 : « Et pas forcément au centre d'alcoologie... ! »

MG1 : « Oui un truc plus anonymisé.

*S'adressant à MG2* : Parce que ça se passe comment dans les pays anglo-saxons ? Y'a un animateur ? »

MG2 : « Oui, il y a un parrainage. Ils s'appellent, une espèce de compagnonnage surtout ! »

MG1 : « Oui, ça n'est pas tout professionnalisé. »

MG2 : « Non, non ! »

MG1 : « Oui, c'est le vécu, le vécu, le vécu... »

MG3 : « Oui c'est démedicalisé ! »

MG2 : « Oui complètement. »

MG1 : « Oui, et ça donne plus envie ! »

MG6 : « Oui et comme on est peu de médecin... »

MG1 : « Ça me fait penser comme avec le Dr CRISTINI, qui nous a fait le parallèle avec le weight watcher, en nous disant : « C'est la seule méthode qui marche parce qu'il y a des groupes et que même les gens qui vont mieux continuent de venir pour accueillir ceux qui arrivent. »

MG6 *rebondissant avec enthousiasme* : « Je ne sais pas si c'est la seule technique qui marche, mais c'est une technique avec une dynamique vachement positive !! Les gens sont plus optimistes ! »

MG1 : « Oui, parce que t'es pas tout seul ! »

MG6 : « Ah oui, ils le vivent bien mieux ! »

MG6 : « C'était quoi la question ? Les axes d'amélioration ?

Ah oui, les groupes de paroles ça seraient vraiment bien !!! »

MG7 : « Des groupes de paroles pour les alcooliques et pour les médecins... ! »

MG6 *en souriant* : « Ah oui, qui suivent les alcooliques ! »

MG7 : « Oui, ça serait pas mal ça ! »

MG1 *s'adressant à MG6* : « Parce que toi, le centre d'alcoologie on sent que tu l'as vécu comme une expérience... mais que tu as été un peu désabusé ?! Enfin c'est comme ça que je l'ai ressenti ... »

MG6 : « Non ! Je ne sais pas comment dire. C'est à dire que statistiquement on n'a pas de très bons résultats, mais on est là, enfin j'y suis plus, ils sont là.

Tu vois globalement ce qu'on a à leur proposer, c'est à dire absolument rien !

Mais au moins il y a ça... si je suis désabusé c'est en lien avec le manque, tu voudrais faire deux fois plus !

Au centre d'alcoologie, on avait le même problème de délai, on voudrait voir les gens plus vite et ça n'était pas possible et de temps en temps t'entendait que untel avait appelé et qu'on avait pas de RDV avant... *avec un mouvement d'aller retour de la main au dessus de l'épaule!*

MG3 : « C'est pour ça que je crois beaucoup à ces groupes de parole...

Parce que le seul moyen pour moi d'arrêter l'alcool, c'est l'affectif !

Parce que ce sont des gens qui ont une image très abimée d'eux même.

Pour ceux qui ont arrêté de boire et qui retournent vers l'alcool, il y a une espèce de pulsion incontrôlable et puis une espèce de « fait chier aujourd'hui j'ai plus envie de faire attention ! » et je me dis que la seule

chose qui peut les détourner de ça, c'est de ce dire : « je n'ai pas envie d'abimer mon image ! » C'est à dire que si quelqu'un leur envoie une image positive, ils se disent : « tiens je n'ai pas envie d'abimer cette image positive ! »

C'est de l'accompagnement très rapproché et ces histoires de parrainage, par des gens qui sont sans jugement, qui sont passés par là et qui ne sont pas du côté médical *et imitant les médecins*: « il faut ! il faut ! il faut !!! voilà vos GGT...vous savez pourquoi ?! »

Mais, « je t'aime quand tu bois pas... ! »

Et le problème du centre d'addictologie, où une personne leur fait remplir un questionnaire en disant : « Et bien la fois prochaine vous irez plutôt voir un médecin addictologue ou une psychologue » et deux mois après ils y retournent, et là c'est la psychologue qui leur demande de raconter la même histoire qu'ils ont déjà raconté à médecin ou à Eric BERNABEU, etc....

Ils racontent leur histoire et on en est à 4 mois et ils se disent : « j'y retourne ou j'y retourne pas... ? »

MG1 : « Oui, alors que le groupe de parole, s'il y en a un qui n'est pas là, ils disent : « Alors où t'étais passé ? Qu'est ce que t'es devenu ? » ».

MG3 : « Oui et puis ils se disent que s'ils y retournent, ils vont avoir un regard tellement positif ! »

MG2 : « Oui et puis il y a l'ancien alcoolique qui est devenu parrain, qui a cette belle image de lui même et qui ne voudra pas la salir en rechutant aussi ?! »

MG3 : « Et *s'adressant à MG5*, ce côté, ce que je comprends, quand il vient et qu'il sent l'alcool, de dire « il ne faut pas me mentir ! », et bien moi j'essaie justement de...

MG5 : « oui, ne pas être accusateur ! »

MG3 : « pas accusateur, mais s'il vient et qu'aujourd'hui il a envie de te dire : j'ai pas bu !

Pour lui mais c'est super !! De garder le même optimisme que t'avait au début !

Le faire de temps en temps, sans passer pour celui qui ne voit pas mais dire : « C'est bien si vous buvez moins. »

Mais à la fois, le médecin, on est à la fois en train dire qu'il rompt le machin.

Alors que s'il est dans un groupe de parole, tout le monde va lui dire : « Bravo si tu n'as pas bu !! Et comment tu vis ça ? » Et du coup il se dit « j'ai triché » et la prochainement avoir envie de revenir en se disant qu'il l'a mérité ! »

MG7 *en souriant et s'adressant à MG3* : « Oui, c'est un peu bisounours ! »

MG5 : « Oui, moi je leur dis : « Dites moi, je m'en fiche, je suis là pour ça. »

Je ne suis pas dans l'accusation ! Ça ne changera rien ! »

MG2 : « Et bien si ça change tout ! »

MG5 : « Oui mais tant qu'à être venu, autant qu'on parle vrai ! »

MG6 : « Oui, ça vient un petit peu plus sur la place publique, peut être qu'un jour ça y viendra ! Quand tu vois le temps de parole qu'on accorde à la maladie alcoolique : c'est zéro !! C'est zéro !!

Tu vois, chaque fois que tu as une pub pour le Loto, alors t'as un numéro pour appeler si tu as une addiction aux jeux, ça fait doucement rigoler quoi ! »

MG7 : « Oui, c'est à dire qu'il faudrait modifier le mode socio culturel que l'on a en France.

C'est vrai qu'on a un modèle paternaliste, bon parce l'alcoolisme en France, ça faisait parti de notre culture! C'est à dire que les poilus ils avaient 2 L de pinard pour aller se battre, ça faisait parti du contrat, plus un verre de gniolle le jour où il y avait la grosse...

Donc c'est comme ça, c'est culturel, on est toujours dans ce modèle ! »

MG6 : « Oui, moi je suis médecin généraliste et je n'y connais rien sur vraiment le fond !

Et j'en suis quelques uns mais leur truc du vendredi soir où ils vont se bourrer la gueule au boulot ??!  
Moi je suis incapable d'analyser ça ! Est ce que c'est bien ? Est ce que c'est mal ? Est ce que les gens souffrent de leur alcoolisme ? Mais ne tiennent pas debout, il faut voir ça !

Je ne sais pas du tout comment il faut l'interpréter, c'est compliqué ! »

MG7 : « Ce qu'il y a de sûr, c'est que depuis les dernières années, ça a changé !

Parce qu'il y a une espèce de médicalisation de l'alcoolisme, alors qu'avant ça n'était pas une maladie, alors que maintenant il ya un des services qui s'occupe de cette maladie !

Il y a 20-30 ans, DEBAT il s'occupait des cirrhoses et du coup de l'addictologie mais ça n'était pas de l'addictologie, et le terme n'existait pas encore.

Ça a changé, et je ne sais pas si ça a changé en bien, parce qu'on est finalement dans une surmédicalisation du concept et, ça ne veut pas dire qu'il ne fait pas qu'il ya ait une branche médicale, tout ce qui a à coté finalement, ça n'est pas considéré, comme ces groupes de parole, cette prise en charge globale.

Mais du moment où on dit qu'on médicalise, alors avec cette histoire du Baclofène, il va y avoir encore un médicament, donc ça va super ! Les gens vont dire « il suffit que je prenne ça ! »

Et puis on ne sait pas comment ça marche le Baclofène, ça a tellement été instillé que c'était efficace, que ça peut très bien être placebo ou bien l'effet du médicament ? Donc vraiment c'est en mutation... ! »

MG6 : « En tout cas, vu les doses qu'il faut, ça n'a pas un effet si évident... !!

Il faut un tout petit peu insisté quand même ... ! »

MG3 : « Oui, ça me fait penser au projet de gériatrie où c'est plus pour les aidants maintenant... y'a des services d'addictologie, y'a des structure qui existe voir les campagnes: « si vous avez un problème d'alcool, parlez en a votre médecin » et du coup la famille, une fois qui en on parlé au médecin, alors c'est bon , ils ont fait le truc!

Moi j'en ai une, à chaque fois que son fils boit, elle m'insulte : « Mais je comprends la médecin maintenant ! ça a été traité, on doit savoir le traiter ! et aujourd'hui vous allez pas me dire que la médecine ne sait pas faire ça ?!!!! »

Et je dis la gériatrie parce que c'est pareil, même si aujourd'hui on a le problème de l'Alzheimer, y a toujours eu la dépendance et avant l'ancien il était pris en charge dans sa famille, on osait pas imaginé qu'on allait le placer alors on s'en occupait.

Et avant les gens buvaient, et il y avait une convivialité et les gens disaient « Bon et bien la arrête... » mais maintenant, y'a un problème...

MG7 : « T'as un problème va te faire soigner !! »

MG6 : « Oui, je comprends ce que tu veux dire ! »

MG3 : « Oui « parlez en à votre médecin », et une fois que t'en a parlé, alors c'est bon ! »

MG6 : « C'est vrai, c'est peut être un peu le risque, si on le même trop sur la place publique que du coup le gastro-entérologue, le dentiste, disent allez chez l'addictologue... ! »

MG3 : « Oui , le fait de dire qu'on a une réponse médicale... »

MG6 : « Chacun aura son spécialiste ! »

MG1 : « Alors c'est peut être un moyen pour l'aidant de se sortir et de pouvoir en parler »

MG3 : « Alors oui ! »

MG7 : « Mais y'a quand même un progrès par rapport à ce que s'était avant ! Mais il faut que le progrès continue et qu'il y ait encore d'autres choses qui se passe par rapport à la prise en charge globale ! Qu'il y ait des secteurs hospitaliers qui s'occupent de l'alcoolisme, c'est très bien, mais il faut que se soit moteur

de développer quelque chose de plus ! Parce que si ça reste que ça, je veux dire ça ne va pas faire avancer les choses ! La preuve, de toute façon ça va être débordé, ça ne va servir à rien !!

C'est de développer un autre modèle de la représentation de l'alcoolisme et de la prise en charge ! Ça n'est pas de dire « Et bien tiens, ça y est on a trouvé la panacée, c'est bon ! »

C'est développer les réseaux qui vont aller plus loin dans la prise en charge, pas de tout centrer sur le côté médical ! »

MG3 : « Oui, à la campagne, c'est plutôt de monter des réseaux d'entraide ! Si vraiment vous avez déjà tout essayé avec les solutions d'entraide locales, alors... !!

MG1 s'adressant à MG3 : « Oui, ce que tu dis c'est exactement ça !!

Je reprends l'exemple du père qui envoie le fils ... pour lui il faut d'emblé l'hospitaliser

Ok, pour moi le problème d'alcool mais pas de syndrome dépressif, pas d'urgence médicale, donc je n'hospitalise pas ! Et qu'est ce qu'a fait le mari ? Il m'a rappelé le lendemain , *et imitant le mari sur ton énervé*: « Mais je vous avais dit de l'hospitaliser !! »

Moi, je vous dis ça mais il était très hargneux au téléphone !!

Et je lui ai dit : « Mais vous savez, j'ai géré l'urgence sur le moment, elle ne semblait pas être en danger ! Elle avait évidemment un problème d'alcool mais je n'avais pas une solution à lui répondre aujourd'hui ! Je l'aurais fait hospitalisée pour un problème d'alcool et d'une elle n'y serait peut être pas allé, et de deux ça n'aurait peut être pas résolu son problème d'alcool !

Mais sur le moment c'était : « je vous l'ai envoyé pour ça ! Vous n'avez rien fait !! »

Alors que lui il avait 3 semaines de vacances, et qu'il ne l'a pas emmené, c'était marrant de voir sa réaction !

Moi : oui donc c'est l'idée de délocalisé peut être un peu, de ne pas mettre tout à l'hôpital.

Du coup, je rebondis un peu, ça c'est un peu hors question, mais pour avoir votre avis sur une équipe mobile, mais vraiment mobile, comme les soins pal', pour l'alcoolisme ?

Comment vous pourriez accueillir ça ?

MG2 : « Et bien je ne vous pas bien où on pourrait les accueillir ? Chez le gens ? »

MOI : « Oui ! »

MG2 : « Mais est ce qu'ils accepteraient ? »

MG1 : « Mais il y a déjà le réseau addicto qui fait ça. »

Moi : « Oui, il commence, mais du coup de vraiment développer ce côté ? »

MG3 : « Je pense que c'est sur que c'est plus logique que la personne qui prend le soucis du patient aille dans le contexte avec la famille, avec la maison... »

MG1 : « Mais vous allez être débordé, il y a tellement de problème, non ? »

MG3 : « Peut être mais si la personne accepte... ? La question s'est est ce qu'il y a une demande ? »

MG1 : « Oui, je pense ! »

MG3 : « C'est plus logique que de prendre le patient et de le mettre dans un milieu aseptisé, où là tout se passe bien... c'est un peu quand on t'amène faire un régime où on ne mange que des asperges et que tu les remets, voilà... !

Le domicile parle beaucoup plus que la personne à l'hôpital, enfin moi ça me paraît beaucoup plus pertinent !! »

MG8 : si je peux me permettre d'intervenir la dessus, en fait comme pour les équipes mobiles de gériatrie, de précarité sociale, ou de gériatrie, ils ne sont pas forcément là pour assurer la coordination et la prise en charge mais pour apporter une expertise ! Et c'est ça qui peut être intéressant ! de pas forcément coordonner la prise en charge mais apporter leur expertise de façon à ce que chacun soit à sa place. »

MG2 : « pas forcément pour un suivi ? Mais je ne vois pas bien l'intérêt par rapport à notre travail ! Parce que c'est nous qui faisons l'expertise, enfin je veux dire si c'est nous qui déclenchons cette équipe, c'est qu'on a déjà pointé le problème ?! »

MG4 : « Mais tu ne vas pas aller au domicile voir comment ça se passe avec sa femme et ses enfants ? »

MG2 : « Non mais en médecine générale, tu les vois et puis quel est l'intérêt ? Enfin je voyais plutôt une équipe mobile de soin ?

Je repense à mon patient agriculteur qui s'est sevré tout seul chez lui. Et bien peut être qu'effectivement, une équipe mobile l'aurait aidé parce qu'il ne pouvait pas se faire hospitaliser, ça n'était pas possible ! et du coup, il venait me voir régulièrement.

Enfin moi , je me sentais toute seule, mais ça c'est bien passé et peut être qu'une équipe mobile nous aurait aidé ? »

MG8 : « Oui t'aider, mais regarde l'équipe mobile de soin palliatif , elle va peut être te donner des directives »

*MG2 : « Oui, mais la psychologue elle se déplace et elle peut intervenir régulièrement ! »*

*MG3 : « L'équipe mobile de soin palliatif, quand t'a une impasse, quand t'as une dyspnée, elle, ils viennent te l'évaluer et comme s' il y a avait...par définition c'est pas une situation généralisée »*

*MG8 : « Peut être que l'autre option, ce serait de créer un lien entre l'hôpital et le domicile ? »*

*MG3 : « Peut être de repérer les patients... »*

*MG7 : « Mais ça n'est pas le problème parce que le lien avec ce service, il est bon ! »*

*MG6 : « Oui mais peut être que pour un certain nombre de gens ça a un intérêt parce que dans la maladie alcoolique il y a quand même un isolement qui est terrible ! »*

*MG3 : « Oui moi je verrais ça comme un infirmier psy, comme pour l'agriculteur. »*

*Fin de la discussion devant l'heure tardive et rapides échanges autour de ce sujet et d'autres avant de quitter la salle.*

## **G. Annexe 7: Verbatim Focus Group 3**

Février 2015. Bourg en Bresse  
Durée enregistrement 1h34 min

### **VERBATIM FOCUS GROUP 3**

#### **Question 1 : Quelle est la place de la maladie alcoolique au sein de votre profession ? Comment la vivez-vous ?**

*MG1, faisant un signe de la main pour inviter MG2 à s'exprimer...*

MG2 : « Non vas y, je t'en prie. »

MG1 : « J'ai une patientèle assez jeune, qui est en train de vieillir et là depuis quelques temps, ces 2 -3 dernières années, j'ai une augmentation de mes patients qui avouent leur alcoolisme. Je dirais plus des personnes de sexe féminin, que de sexe masculin, c'est ce qui n'était pas beaucoup le cas ces dernières années...

Alors c'est vrai qu'on entretient une relation très particulière, on est très proche. J'en tutoie presque un sur trois, parce que je les connais bien... ils en parlent presque comme des amis...

*S'adressant à moi* : Je ne sais pas si ce que vous voulez dire, c'est plutôt en terme de pourcentage de patient ?

Moi : « Pas forcément en terme de pourcentage, c'est plutôt la place que ça a pour vous ? C'est-à-dire comment vous la vivez cette maladie au sein de votre profession. Est ce que c'est quelque chose avec laquelle vous êtes à l'aise ? Est ce que ça vient faire raisonner des choses chez vous ? »

MG1 : « Et bien, je commence à être de plus en plus à l'aise parce que voilà, je la recherche ! »

*MG2 se tournant vers MG1* : « Par rapport à ce que tu dis, c'est vrai que je me souviens avoir fait pas mal de remplacements avant de m'installer et l'alcoolisme c'est quelque chose que je ne connaissais pas du tout au départ ! Je ne cherchais pas, ou je ne savais pas, ou s'il était alcoolique, je ne savais pas comment aborder le sujet ! Et puis petit à petit avec le temps, on commence à le rechercher beaucoup plus facilement, à l'aborder aussi, plus moins délicatement... ce n'est pas toujours facile lorsque ça n'est pas avouer !

Alors quand ils viennent pour vous dire « j'ai un problème avec l'alcool ! », c'est quand même plus facile, mais quand ils viennent pour un autre problème, où on se doute bien qu'il y a un souci, ou sur une prise de sang déjà, donc on l'aborde...mais c'est assez délicat je trouve ! »

*MG1 et MG3 se regardant l'un l'autre, acquiesçant les propos d'un mouvement de tête*

*MG2 poursuivant* Après « combien est ce que vous buvez par jour ? Et puis ? Et puis ? Vous ne pensez pas que ??? »

*Se tournant vers MG1* : Ce n'est pas toujours facile à aborder le terme d'alcoolisme tout simplement ! »

MG1 : « Et puis surtout ce que EUX entendent par alcoolisme?

Après la question, c'est souvent « Ah ben non ! L'apéro, deux verres de vin à chaque repas... ! »

Quand tu leur dis : « Eh bien vous êtes dans l'alcoolisme... ! », *haussement des sourcils, l'air surpris* « Ah non, pas du tout... ! »

MG2 : « Et je trouve qu'il y a ce non-dit lors des consommations festives. Mais quand ils boivent parce que... ils sont angoissés, alors ils le disent plus facilement : « Oui, je bois parce que ça me fait du bien. » Alors ils ne se disent pas alcoolique mais...

Moi, le dernier que j'ai vu il buvait trois bières par jour, ça ne paraît pas... *mouvement de volume avec les mains*... énorme en quantité, mais il avait besoin de ces trois bières, et c'était son moment de détente !

Du coup, il s'est dit j'ai un problème avec l'alcool, il l'a bien avoué : « je bois parce que je suis déprimé ! »

*MG1 avec des hochements de tête approbateurs* : « Alors oui, il y a souvent une relation d'anxiété, voilà, avec un état dépressif sous jacent. Ou il y a un problème de conjugopathie, ou un problème professionnel de surmenage. En fait, au lieu de rentrer... il rentre le soir, et boire un verre... »

MG2 *s'adressant à moi* : « Moi je sais qu'à ton âge, je n'aurais pas été capable d'aborder les problèmes d'alcool ! Quand je me suis installée, je ne sais pas toi... *désignant MG3*

MG3 : « Et bien ce soir, en venant en voiture, je me disais *avec un soupire* : « Qu'est ce que je vais bien pouvoir dire en parlant d'addictologie ? »

Dans le cabinet nous sommes trois et moi, je ne vois presque plus personne qui a des problèmes d'alcool... Alors quand je repère quelqu'un qui a un problème avec l'alcool, alors j'essaie... *mouvements circulaires avec la main*... on a bien compris que c'était une maladie globale, qu'il ne buvait pas pour boire... !

Moi, ma première attitude, j'essaie de savoir s'ils sont dépendants à l'alcool !

Parce ce quelqu'un qui est dépendant ou bien quelqu'un qui a un alcoolisme aigu le week-end, ça c'est l'épouse qui va nous en parler...

Moi, ce que je crains beaucoup c'est alcoolodépendant... je leur dis : « Si vous n'êtes pas capable de rester 3 jours sans alcool, *s'adressant à moi*, c'est ce qu'on m'avait appris à la fac, mais quand je leur dis trois jours c'est dimanche, lundi, mardi, mercredi !

Et si vous sentez que vous avez besoin de boire avant ces 3 jours, c'est que vous êtes alcoolodépendant !

MG2 *s'adressant à MG3* « Tu leur donnes ce test toi ? »

MG3 : « Ah oui ! »

MG2 : « Mais s'ils boivent tous les week-ends, c'est qu'ils sont aussi alcoolodépendants des fois, même s'ils ne sont pas dépendant physiquement »

MG3 : « Oui mais moi je pense que l'alcoolodépendance, c'est quelque chose qui s'est déjà installé... »

MG2 : « Oui je comprends... »

MG3 : « Alors on peut penser que celui qui consomme tous les week-ends va peut être finir par être alcoolodépendant... »

Alors moi, quand je me suis installé, j'ai repris une patientèle donc j'étais prévenu par mon prédécesseur de ceux qui avaient des problèmes d'alcool.

Alors on est plein d'écoute, plein d'empathie, on essaie d'analyser, de comprendre... avec nos petits moyens bien sur..., on fait des prises de sang, on dose les gamma..., et puis une fois qu'on a fait tout ça, on a quand même cet alcool qui a une puissance, dans le comportement des gens, majeure !!

Moi j'ai vu des gens qui ont perdu leur boulot, leur femme, leurs enfants... !

Moi j'en ai un qui avait poignardé sa femme et qui m'avait appelé...

C'était une époque où on était beaucoup plus proche des alcooliques parce qu'on faisait des gardes le soir, des gardes de nuit.

Et là, même si je ne dis pas que c'était rigolo, j'ai l'impression qu'on nous a un peu coupé.

Moi, je me souviens de cette femme qui m'appelle en me disant « mon mari m'a poignardé ! » et effectivement, il l'avait poignardé, même si le geste était arrêté...

Mais c'était d'une violence extraordinaire !!

Après la femme est partie, elle a eu peur, les enfants sont partis... et lui est toujours resté alcoolique, il a tout perdu, son boulot, son emploi !

Il arrivait au cabinet il était comme ça, *mime un patient tremblant des membres supérieur*, et il me disait qu'il ne buvait pas... alors on essayait avec les médicaments ...

On essayait de le prendre par la main ! Mais on avait quand même un sentiment de solitude... !

Quand on essayait de téléphoner à un psychiatre, le psychiatre nous répondait : « Mais est ce que le patient est dans la demande ? »

Ben dans la demande..., dans la demande... il était déjà tellement dominé par son alcool alors on ne savait pas très bien s'il était dans la demande ou pas dans la demande ?!

Alors on disait : « Eh bien...non » et on nous répondait : « Alors on attend qu'il soit dans la demande pour intervenir ! » *Gonflant les joues, prenant un air dépité*

Alors on se disait « c'est quoi ce bazar ?! » Il perd sa femme, il perd son boulot, parce qu'il se fait chopé par la société...

C'est souvent comme ça, il y a des stades : au début c'est familial, avec la femme, puis c'est l'environnement familial avec les beaux-parents, les tontons, les tatas, et puis c'est la société avec les gendarmes et l'employeur !

*Et puis mimant une sphère avec ces mains*, tout cela se dégrade en fait... !

Mais par contre, par contre, on critique les éthyliques et tout ça, mais quand on traverse le village, celui qui nous reconnaît le plus vite, c'est celui là !! Il nous fait des grands coucous !! *Sourires amusés de MG1 et MG2*

Alors en fait ! Tu ne peux pas le laisser tomber !! *Rires de MG1 et MG2*

Et en fait, ce sont des gens qui ont un fond sympa, qui sont dans une grande tristesse, qui ont un grand désarroi quoi !

Moi je me suis senti beaucoup désarmé ! c'est un gros investissement, quand on y passe trois quart d'heure, une heure...

Mais c'est vrai que moi j'en ai eu un, il picolait, il picolait...

*Et puis s'adressant à MG2* tu sais dans le village, ils ont mis des espèces de bacs pour mettre des fleurs... et puis je passe en voiture et je vois 2 pieds qui dépassent du bac, parce qu'ils n'ont pas

mis la terre encore. Et je me suis arrêté et c'était mon piccolo, mon alcoolique qui était dedans... !

*Fou rire de MG1 et MG2*

Alors je vais le voir et je lui dis : « Ben qu'est ce que vous faites là ? » et il répond, *mimant des gestes désordonnés avec les mains et les bras* : « baaaaahh ! baaah !baaah » !

Et bien je l'ai ramené chez lui!

Mais on a fait de ces trucs... Moi j'en ai amené un à l'hôpital qui avait un abcès comme ça...

*dessinant une volumineuse sphère posée sur sa gorge à gauche*

Parce qu'il ne se soignait pas !! Ils sont tellement dominés par leur alcool... »

MG2 : « Mais je pense qu'il y a quand même une différence entre les gens complètement en déni comme eux, et puis ceux qui reconnaissent ?...On n'a pas la même attitude ! »

MG3 : « Alors, bon des fois on a eue des succès... « C'est grâce à vous docteur ! », on est content ! Mais c'est rare quand même... !

Et puis après on ne les a plus revu, ils ont été licenciés, ils sont retournés chez leurs parents, chez leur maman qui avait 80ans... c'est un parcours d'une tristesse effroyable ! »

MG2 *avec le sourire* : « Mais de temps en temps ils s'en sortent quand même ! »

MG3 : « Oui, mais bon... »

MG1 : « Ce ne sont plus les alcooliques d'en temps maintenant ?! »

MG3 : « Oui ! Ils traînent moins dans les cafés..., parce que les cafés ferment à 8h le soir maintenant. Les cafetiers en ont marre, parce qu'on les accuse aussi de donner trop de doses...

On a peut être maintenant un alcoolisme qui est peut être beaucoup plus sournois, plus mondain, plus féminin. On a quelque chose qu'on détecte moins bien ! »

MG1 : « Oui c'est vrai qu'il y a un alcoolisme « féminin », et c'est un alcoolisme « chic », ça n'est pas à la bière ! »

MG3 : « Enfin moi, le dernier que j'ai vu, c'est un patient que je ne connaissais pas du tout, qui était marocain. Et puis en fait c'est son fils qui l'a amené : « qu'est ce que je fais de mon père, il a du diabète... » Et puis c'était marrant ce jour là parce, de cet alcool on en a un peu marre en fin de carrière..., et je lui ai dit : « Mais vous vous rendez pas compte ! Votre fille vous ne la voyez pas ! Votre glycémie est à 4 grammes ... !! »

Et puis à la fin il me dit, *gros soupir*, c'est là qu'ils sont désarmant, *gros soupir* : « Et bien, s'il n'y avait que des médecins comme vous, alors on aurait envie d'être malade ! »

*Rires amusés de MG1 et MG2, visage mimant la surprise de MG3 en disant* : moi j'avais été d'une violence !

*Rires qui se poursuivent, MG3 poursuivant* : Et bien je n'avais même pas été gentil avec lui ! Ça m'avait complètement désarmé ! Je me suis dit « Eh bien, tu vois, *visage mimant toujours l'étonnement*, d'être sympa... ?

Bon après il est parti à l'hôpital, je ne l'ai pas revu mais... c'est vrai que ce qu'on entend le plus souvent c'est ni merci, ni au revoir mais, *avec une mime boudeuse*, « vous êtes en retard ! Vous êtes en retard ! » *Rires amusés des 2 autres médecins*

Et bien voilà : « Avec des médecins comme vous » et bien ça désarme ! C'est comme l'autre dans le village qui vous fait coucou, ils ont parfois une approche différente, et avec notre organisation

de travail et bien on n'a pas toujours le temps qu'on aimerait leur consacrer ... Mais je pense que ce sont des personnes dont il faut s'occuper !

Mais il faut qu'il y ait un feeling pour vraiment bien s'en occuper !

Si ça ne passe pas alors.... et puis il y en a qui sont dans le déni ! *Mimant des tremblements des membres supérieurs* : « Non non, moi je ne bois pas » *les yeux au ciel*

MG2 : « Non mais, tu ne pourras pas les aider ces gens là... »

MG3 : « Ce sont ces gens qui nous posent problème ! Ceux qui sont dans le déni !! »

MG2 : « Eh bien oui ! Parce que quand on a une porte ouverte, on y arrive, parce qu'on sait..., ils reconnaissent qu'ils boivent trop. »

MG1 : « Oui, c'est une consultation très tortueuse.... C'est...

MG3 : « chronophage ! »

MG1 : « Voilà, complètement ! 9 fois sur 10 l'épouse nous appelle une demi-heure avant... »

MG2 *ajoutant* : « Oui, on a souvent un appel avant !! »

MG1 : « La fille appelle de Paris, l'autre de Suisse, voilà tout le monde sait... mais lui, non ! »

MG3 : « En fait, après comme disait DEBAT, « ce n'est pas l'épouse qui va empêcher son mari de boire ! »

*Se tournant vers moi* : oui, c'était le médecin qui s'occupait de l'addictologie avant, *puis vers ses collègues* : il disait aux gens : « Monsieur, vous avez bu une citerne dans votre vie !! Une citerne !!! »

*Rires de tous et MG3 mimant un patient avec un gros ventre* : et le patient qui venait pour se faire pomper son ascite... « Une citerne ! Une citerne ! » *Rires de tous*

Et sa femme qui disait : « je t'avais bien dit que t'avais trop bu ! »

*Reprenant sur une ton plus sérieux* : En fait ça dégage une telle violence cette maladie, parce qu'on leur dit : « Arrêtez !arrêtez !! Faites quelque chose !! » Et en fait ça énerve un peu, parce qu'il ne le fait pas...

C'est un peu comme celui qui a fait un infarctus et qui continue à fumer, quoi !

Ça agace un peu parce qu'on est dans la prévention de tout et notre pouvoir il n'est pas si grand que ça...on n'est pas si convainquant que ça pour leur faire peur... »

MG2 : « Après on peut parfois arriver à mettre le doigt dessus et ça peut être un point de départ. Après quand ils ne veulent pas, ils ne veulent pas... »

MG1 : « On a besoin d'aide quand même !! Une consultation avec un alcoolique, c'est usant ! »

*Approbation de MG2 et MG3 par des hochements tête*

MG2 : « ça prend beaucoup de temps et beaucoup d'énergie ! »

MG1 : « On est absolument débordé !! *Puis sur un ton plus tendu* : moi je les programme à chaque fois en fin de consultation et puis ça vous prend un temps pas possible... »

MG2 : « Oui, on a l'œil sur la montre parce qu'il faut rentrer...on sait qu'il a beaucoup de chose à faire et qu'on va mal aborder la chose parce qu'il nous faudrait une demie heure, trois quart d'heure et qu'on ne les a pas... et puis c'est frustrant aussi je trouve quelque part ! »

MG1 : « Au fond, quand ils adhèrent, *se tournant vers moi avec un sourire* : on aurait envie qu'ils voient quelqu'un rapidement !!

MG2 *ajoutant* : oui, c'est ça le problème !

*Avec humour* : et tiens s'il pouvait voir l'addictologue dès demain ?? Et malheureusement ça n'est pas possible... »

MG1 : « Et c'est bien ça le problème ! »

MG2 : « Et quand il te dit : « bon finalement, je suis décidé ! » alors là, *mime un air stupéfait* : boum !, tu te ramasse une gifle, il est décidé, c'est 19h30..., tu lui dis : « et bien écoutez, j'appelle dès demain et j'essaie de... » *Et claquant des doigts* : il faut arriver à les alpaguer à ce moment là ! »

MG3 : « Ben avant, nous nos armes c'était les Alcooliques Anonymes un peu ! Ce n'était pas si mal fait que ça ! *Se tournant vers moi* : en fait ce sont les Alcooliques Anonymes qui avaient les meilleurs résultats, si je ne me trompe pas ?

*Puis vers ses collègues* : mais en fait dès qu'on prononçait le mot « Alcooliques Anonymes », ça faisait un peu peur ?

Mais moi je trouve ça courageux, les gens qui sont Alcooliques Anonymes, je leur tire mon chapeau : ils sont là, ils accueillent les autres, ils sont capables de se déboutonner devant les autres ...

*MG1 s'adressant à moi* : « vous n'êtes pas en relation avec eux ? »

Moi : « si, ils viennent dans le service tous les vendredis faire une présentation, c'est « Alcool Assistance » et ils ont une antenne sur Bourg. »

*MG1 se tournant vers MG3* : « et bien je ne connaissais pas ça, tu savais toi ? »

MG3 : « non. Mais après, je me demande, est ce qu'on n'aurait pas besoin d'un canevas dans l'interrogatoire, jusqu'où on va ?

Alors bien sur, on s'attarde sur l'examen, clinique, on leur dit parfois : « tiens, vous avez un gros foie ! » pour leur faire peur.

MG1 : « Moi j'ai des patients qui sont venus me voir, que je ne connaissais pas en me disant : « De toute façon, mon médecin m'a dit que mon cas ne l'intéressait pas ! Que mon problème d'alcoolisme il en avait ras, *passant sa main au dessus de sa tête*, qu'il avait 40 patients par jour et qu'il n'avait pas le temps de s'occuper de moi ! »

MG3 : « Oui mais parfois, il vaut peut être mieux être franc ? »

MG2 s'indignant : « Mais tu ne peux pas envoyer paître un patient comme ça ?! »

MG3 : « Non mais je ne n'ai pas dit ça. »

MG2 : « Ils viennent te demander de l'aide ?! »

MG1 : « Mais lui il dit : « je ne peux rien pour vous ! » »

MG3 : « c'est honnête ! »

*MG1 et MG2 ensemble*: « voilà, ce qu'il faut c'est avoir un interlocuteur «

*puis MG2 seul* : « à ce moment là »

*MG3 racontant l'histoire d'un patient alcool dépendant qu'il était allé voir chez lui, et parce qu'il avait été excédé par la situation, avait donné un coup de poing sur la table, faisant sauter les verres en disant* : « ça suffit maintenant ! » *Le patient n'avait jamais rebu.*

*MG1 et MG2 souriant, lui disant* : « Et bien tu es quelqu'un d'impressionnant toi ! »

MG3 : « Non, ça a marché une fois, j'ai retenté mais ça n'a pas fonctionné...

*Puis très sérieusement* : enfin, en médecine, je crois qu'il faut être modeste : faire ce qu'on peut avec ce qu'on a !

Alors maintenant, quand j'en ai un qui rentre au cabinet, avec le recul, si c'est un que je connais ça va, si c'est un jeune, ça va... mais si c'est quelqu'un qui viendrait de bourg, qui boit depuis 20 ans... *soupire* : je me dis qu'il a du voir déjà beaucoup de gens, je me sens pas le même investissement d'emblé !

Parce que moi dans la médecine, je trouve qu'on s'imprègne des gens ! *Signe de tête d'approbation de MG1 et MG2*

*MG3 poursuivant vers ses collègues* : vous voyez le film « inception » ?

*Acquiescement de MG1 et MG2*

Et bien je dis au gens : « Avec vous, je suis comme dans « inception » ! J'essaie de rentrer en vous pour comprendre ce que vous avez, et après j'essaie de vous aider ! »

Si tu n'arrives pas à rentrer chez les gens, et bien ça ne va pas !

*Nouvelle approbation de MG2 et MG1*

*MG3 poursuivant toujours vers ses collègues* : « Et bien ça, je trouve que c'est bien un truc de médecine générale ! On aide les gens, on les connaît, on les connaît pas... on peut les louper, on est bien d'accord ! On écoute, on a envie de s'occuper d'eux ! »

*MG2* : « Quelqu'un qu'on découvre pour la première fois, on a du mal à entrer.

Sur ce genre de pathologie, on ne peut pas assurer comme une angine, ce n'est pas possible ! »

*MG3* : « La première fois, on est plus spectateur qu'acteur... alors quelqu'un qui vient te voir parce qu'il boit... moi je pose de questions : « Est ce que je vais y arriver ? Ne pas y arriver ? Oui, je suis en difficulté entre guillemet, sur l'avenir... est ce que moi à mon niveau je vais y arriver ? »

Je pense au centre d'addictologie, des choses comme ça, mais je me demande où est ce que je vais l'envoyer ?

Avant on envoyait les gens à Letra. *Se tournant vers moi* : ça existe toujours ça Letra ?

*Moi acquiesçant d'un signe de tête*

*MG3 à MG1 et MG2* : « qu'est ce qu'il y avait encore ? »

*MG1* : « Annemasse. »

*MG3* : « Oui, et quelques cliniques à Lyon... mais on ne savait pas trop.

*Et faisant la moue* : ils avaient déjà tout fait !

Enfin, voilà, on fait avec les moyens du bord.

*MG1 à MG3 avec humour* : « et bien, tu es bavard toi comme garçon !! Tu te rends compte de tout ce que tu as dit pour UNE seule question ? *Rires de MG2*

*MG3 sur le même ton humoristique, s'adressant à moi* : « et oui, on est à confès ! »

Moi, résumant l'échange : « donc un vécu pas toujours facile, avec une frustration venant du manque de temps et l'envie faire quelque chose pour eux »

*Puis la discussion s'oriente sur la médecine générale et le manque de temps, sur le fait de devoir tout protocolisé maintenant et peut être l'idée proposé par MG 3 d'avoir une trame de prise en charge des patients alcoolo dépendant, MG2 reprenant la discussion en disant :*

« C'est qu'il y a des patients qui sont venus me voir et avec qui j'ai fait des sevrages en ambulatoire en me demandant si j'étais capable de les aider, si je n'allais pas faire de connerie... et ils ne voulaient pas voir quelqu'un d'autre, donc je n'avais pas le choix !

Et puis je l'ai fait à la maison mais... s'il est vraiment dépendant et qu'il fait un délirium chez lui, ça ne va pas aller !! »

MG3 : « moi, ça fait longtemps que je n'ai pas vu un délirium, mais c'est impressionnant quand même !

Et puis, il y a une autre chose qui se passe maintenant, c'est que les patients arrivent et disent :

« Et bien docteur, je bois, mais ça n'est pas de ma faute, je suis addict ! »

MG2 : « Ils se détachent. »

MG3 : « Donc ça n'est pas l'alcool, mais ils sont addict ! Ils font pareil avec le tabac !

MG2 : « C'est la faute à l'addiction ! »

MG3 : « Voilà, ils sont addict ! C'est comme certains pourraient dire : « eh bien j'ai une oreille en moins ! », eux ils disent « eh bien voilà, je suis addict ! » comme si ça leur était tombé dessus ! »

MG2 : « J'ai fait mon infarctus, mon ulcère, c'est pareil. »

MG1 : « Et puis, le côté héréditaire... ! « Mon grand père était alcoolique... mon père était alcoolique... » Donc c'est une fatalité génétique. Remarque ça existe il me semble, l'hérédité dans l'alcoolisme... »

MG2 : « Après ils disent un peu ça comme s'ils essayaient de se dédouaner, que ça n'était pas vraiment de leur faute, *se tournant vers MG1 et MG3* : non ? »

MG1 : « oui, oui, oui tout à fait ! »

Moi : bon très bien

**Question 2: La deuxième question concerne le patient alcoolo-dépendant lui-même : Quel regard portez-vous sur un patient alcoolo-dépendant sortant de cure de sevrage en alcool ?**

**Est-ce que la cure va changer votre regard sur lui ?**

MG1 : « Personnellement oui, je considère qu'il a déjà fait un effort !

Parce que bon, c'est une acceptation la cure, c'est volontaire, c'est pas une HDT, ce n'est pas un placement d'office...donc je considère qu'il a fait un premier pas.

Après on a l'impression qu'on peut plus facilement discuter avec lui, sachant que c'est une fragilité et que bon, il font une cure et en principe ça n'est jamais la dernière... »

MG2 : « Pas toujours. »

MG3 : « On dit : « qui a bu, boira ! » »

MG1 : « Non, je leur dis qu'ils restent fragiles. Pour moi, une cure ne les immunise pas... mais c'est vrai que je les encourage, je les félicite ! »

MG2 : « Moi je sais que quand ils ressortent de cure et qu'ils viennent, j'essaie d'être motivante ! On les coache, on les stimule ! Et à chaque fois que je le vois, on y va ! Ils ont besoin d'être revalorisés »

MG1 : « Comme les gens qui arrêtent le tabac !! « Depuis le 5 juin 2013 ! », c'est une date qui est encrée ! »

MG2 : « Oui, je pense qu'ils viennent le chercher ! Quelque part ils ont besoin de se l'entendre dire, qu'ils ont fait un travail formidable. »

MG1 : « Parce que souvent, on est les seuls positifs, parmi leur entourage, qui reste très méfiant vis-à-vis de la récurrence... ils disent qu'ils se sentent épiés, que chaque fois qu'ils vont faire les courses, on ouvre le coffre pour savoir s'il n'y a pas des bouteilles...

Tandis que nous on est plutôt : « non ! Mais c'est très bien !! Bravo ! C'est plus encourageant ! »

MG3 : « Oui, je partage, c'est vrai qu'on est content quand ils partent !

Parfois on est tellement content qu'on ose plus leur demander s'ils boivent de l'alcool, de peur de les faire replonger rien que d'en parler... *rires de MG1 et MG2*

Je me dis « est ce qu'il boit encore ? » et rien que de dire ça, *se tournant vers moi* : est ce que j'ai le droit de le dire ?

*Puis vers ses collègues* : parce que je n'ai pas vraiment la clef ! Oui, c'est vrai que je l'encourage, mais quelque part, au fond de moi-même je me dis « bon ! il a fait l'effort, c'est bien .... Mais ... »

*MG1 rebondissant aux propos de MG3* : « il va rechuter... »

*MG3 poursuivant* : « il ne va pas rechuter... ? Comment est ce que je lui parle encore d'alcool en fait ? »

C'est ça en fait parce que ça n'est pas évident ! Parce que je n'ai pas envie de le blesser, de remuer un passé douloureux... je ne sais pas si c'est douloureux ou pas douloureux en fait...

Non, je vais le laisser me raconter sa cure... !

Alors c'est dur parce qu'on lui demande : « alors qu'est ce qu'ils vous ont fait ? », « et bien on m'a fait des piqûres de magnésium », *précisant ses propos*, oui, ça c'était avant, *et poursuivant le récit du patient* « et des traitements en intra veineux ... »

Alors je me disais, on est con où quoi ? Ce n'est pas difficile ça ! Mais dans leur environnement, ça ne marcherait pas ...

Alors je me demande, *se tournant vers moi* : est ce que c'est le fait d'être entouré de médecins, d'infirmières, de psychologues, d'addictologues qui les encouragent ?? Ou bien parce qu'ils ont eu un produit qui les faisait arrêter ?

C'est ça qu'il faut comprendre !

Parce que je me dis : « est ce que c'est un effet placebo ? Quel est le pourcentage de gens qui continue à arrêter avec le temps ? Est ce que ça dépasse le pourcentage de zéro ? » On ne sait pas bien quoi...

Mais je me dis, « qu'est ce qu'ils ont donc tant fait EUX ? » Parce que tout le monde s'est battu pendant des mois, des années avec ça... *puis finissant sa phrase tourné vers MG1 et MG2*, qu'est ce qu'ils ont donc tant fait EUX pour qu'ils ne boivent plus ?

*MG2 répondant à MG3* : « ils ont quand même beaucoup d'entretien avec des psychologues et tout ça ... ! »

*MG3* : « Oui mais je veux dire, y'a rien de miraculeux... Enfin peut être maintenant avec leur nouveau produit... et se tournant vers moi en cherchant le nom des molécules...

Moi : « le Selincro ou le Baclofène ? »

MG3 : « oui, le Baclofène...mais on n'a pas trop de demande avec ça encore : « mettez-moi du Baclofène ! »

MG2 : « Oh si si ! Moi j'en ai eu ! »

MG1 *rajoutant* : « Ah si, ils sont au courant !

*Puis vers moi avec un air interrogatif* : quel le second médicament dont tu as parlé ?

Moi : « le Selincro, c'est une nouvelle molécule, qui se prescrit dans la réduction des risques. »

*Rapides explications sur le fonctionnement de ce médicament*

MG3 : « oui, on est un peu hésitant au démarrage... »

MG2 : « moi je ne les métrise pas, donc je ne prescris pas »

MG3 *poursuivant sur le Baclofène* : « oui, quand Eric (*en parlant du DR BERNABEU, addictologue*), les voyait, la dose était parfois doublée ou triplée, alors nous, *avec mimique évoquant la prudence*, on n'ose pas ...

MG2 *poursuivant s'adressant à MG3 et MG1* : « il paraît maintenant que c'est remboursé dans cette indication ? »

MG3 : « oui, *puis se tournant vers moi* : mais le Baclofène c'est du liorésal ? c'est un médicament qui a 40 ans, qu'on donnait aux gens qui avaient des rétractations tendineuses dans l'hémiplégie... »

MG2, *revenant sur les propos de MG3 sur l'après cure* : « mais ce que tu disais tout à l'heure, sur après la cure, moi je leur parle d'alcool, parce ce que je pense qu'ils l'attendent, à ce qu'on ABORDE le sujet de l'alcool.

Je leur en parle systématiquement au bout de 3 mois, de 6 mois... »

MG3 *régissant* : « Mais pas quand il rentre de cure ? »

MG2 : « Ah oui ! Quand il rentre je leur dis bravo, etc.... »

MG3 : Mais...

MG2 *les yeux au ciel repensant au propos de MG3* : « Ah oui, je vois ce que tu veux dire, juste après...

*Puis reprenant* : on ne les voit pas juste derrière non plus.

Ils reviennent pour leur renouvellement d'ordonnance des médicaments qu'on leur a donné à l'hôpital... tu abordes l'alcool enfin... *haussant les épaules* : moi je trouve que c'est logique ?! »

MG1 *sur un ton humoristique mais avec un air sérieux* : « Enfin, si tu ne les vois pas rapidement, souvent c'est suspect ! » *Sourires approbateurs MG2 et MG3*

MG3 *se justifiant vers MG2* : « Non mais moi j'exprimais mon sentiment de flottement par rapport à cet alcoolisme qui les envahit, c'est tout... »

MG1 *poursuivant sur sa remarque* : et puis maintenant je m'en rends compte, si tu ne les vois pas dans le MOIS, c'est qu'il a rechuté ! Et ça se vérifie, l'épouse t'appelle en te disant, *gros soupirs, les yeux et la main droit vers le ciel* : « comme avant ! »

*Silence de tous*

MG3 *relançant vers moi* : « Mais dans les centres comme ça, le pourcentage de réussite et d'échec ?

Moi : « environ 30% »

*MG2 ajoutant* : « oui, de réussite. »

*MG3 l'air surpris, toujours vers moi* : « Est ce qu'on a le droit de parler d'un effet placebo ? À 30% ? Parce que c'est ce qu'on dit dans les médicaments ! »

Moi : « je pense que l'effet placebo peut venir du fait qu'on retire les gens de leur environnement, environnement qui est souvent en lien avec leur consommation d'alcool.

C'est vrai que pendant le sevrage, les patients disent qu'ils n'ont pas envie d'alcool. Ils ont des flashes mais qu'ils gèrent très bien, avec les médicaments et parce qu'aussi ils sont cocoonés...

*Puis autres questions sur la physiopathologie, les traitements instaurés, les benzodiazépines, les déliriums...*

*Et reformulation de ma part sur cette seconde question* :

Du coup, un vécu plutôt positif en sortie de cure, c'est plutôt un bon point, vous l'encouragez ?

*MG1* : « oui ! »

Moi, *poursuivant* : « et donc ça change un peu votre regard sur lui ? »

*MG1* : « oui, tout à fait. »

*Silence de tous*

### **Question 3: Quels sont selon vous, les éléments satellites de cette maladie qui pourraient modifier votre prise en charge du patient alcoolodépendant ?**

#### **La famille, la communauté, la société en générale ?**

*MG3* : « Et bien déjà, lorsque l'on suit un patient, on ne voit pas toujours la famille entièrement. Parfois, la femme va voir un autre médecin... »

*MG1* : « Moi, quand ils ne sont pas dans le déni, ils vont pouvoir m'expliquer complètement... La dernière fois c'était deux femme... c'est le chômage, une vie amoureuse calamiteuse d'échec en échec, c'est comme ça que de fils en aiguille... »

*MG3 vers moi*: « reposez votre question parce que je n'ai pas très bien compris... ? Là on se recentre vers le patient ? »

*Les trois médecins très attentifs*

Moi : « est ce qu'il va y avoir des éléments autour de lui qui vont modifier votre prise en charge ? Voilà, vous parliez de l'épouse qui appelle, est ce que cela va modifier votre action en vous disant « oh là là, il faut que j'agisse ! » »

*MG1 hochant la tête* : « Ah oui ! Oui ! bien sur ! bien sur ! »

Moi *poursuivant* : « Est ce que la commune qui va vous dire : « il y a monsieur untel qui... » »

*MG3 réagissant immédiatement* : « Ah oui, moi l'épouse je vais la remercier, parce que je vais avoir l'air moins bête devant le patient qui va mentir ou être dans le déni, on va essayer d'orienter et tout ça. Mais après on a des soucis avec le secret médical, parce que si on lui dit : « votre femme m'a dit que vous buviez 3 litres par jour » le gars il se lève et il s'en va, parce qu'il va dire : « mais de quoi elle se mêle, de quoi il se mêle, qu'est ce qu'il raconte ? » »

*MG1 rebondissant* : « D'ailleurs, elle te le dit : « n'en parlez surtout pas ! » et tu lui dis « mais attendez madame, comment voulez vous que j'aborde le sujet.. ? » »

MG2 : « en même à partir du moment où elle l'a pointé du doigt, si nous on en avait pas la moindre idée, alors on va peut être abordé le sujet un peu différemment ? »

MG3 : « C'est vrai que parfois, on est un peu dans l'ignorance, surtout de cet alcoolisme un peu mondain, de ces gens qui ne boivent que le week-end... c'est vrai que si on ne nous le dit pas, on ne les voit pas faire !

On va, enfin moi je ne vais pas tellement non plus dans les fêtes de village.

C'est vrai que des fois pendant les conscrits, on repère ceux qui se mettent à bien boire, ou bien quand on apprend les surnoms dans un village : on l'appelle la « pompette », ou des choses comme ça ?!

C'est arrivé parfois qu'on soit les derniers informés parce qu'ils consomment dans les bistrotts et que nous on y va pas. On le voit que lorsque la maladie est bien déclarée... »

MG1 : « oui et parfois, la famille nous livre le paquet ! *Mimant avec ces mains quelque chose qu'il dépose*

Ça arrive que tout le monde arrive ! allez, tout le monde prend rendez-vous *et reproduisant les même gestes* : on te dépose le paquet ! voilà, c'est à vous de vous débrouillez quoi !!

*Puis avec un grand sourire vers moi* : et c'est là qu'on se retourne vers nos amis hospitaliers... !

Parce que là il y a une pression !! Et parfois, on se sent acculé et pour moi ça modifie...

MG2 *intervenant* : « moi une fois, j'ai une femme qui m'a appelé parce que son mari était vraiment violent et elle me disait « il faut l'hospitaliser, faire une hospitalisation d'office ! » et moi je lui disais « je ne peux pas, je ne l'ai pas constaté, je ne peux rien faire ! Je ne peux pas le soigner pour son alcoolisme s'il ne veut pas ! » etc... et c'est dure la pression !! On n'entend la patiente qui souffre mais qu'est ce qu'on peut faire pour le mari ?? »

MG3 : « par contre, on peut aussi être sollicité par la société ! Par appel du centre 15 : « vous devez hospitaliser par HDT... »

Et puis on arrive, *avec un ton mimant le patient* : « qu'est ce que tu viens faire ? Toi t'es nul ! Et tout le monde le sait ! », *puis reprenant son histoire*, c'était ça les gardes du dimanche parfois.

C'était vexant, et puis en plus ils nous agressent... Du coup j'avais du faire une HDT.

C'est quelqu'un que je ne connaissais absolument pas en plus...

Et puis il y a même de la part des familles, une certaine violence. L'autre fois c'était un fils de patient qui m'appelait en me disant, *prenant un ton agressif et énervé* : « mais vous vous rendez par compte !! Mon père, il se TORCHE ! Il se TORCHE !!! » *Et reprenant un air surpris* : et moi, je ne comprenais pas ce qu'il voulait me dire avec le mot « TORCHER » ?! *Rires immédiat de MG1 et MG2*

*Poursuivant en riant lui-même* : et moi, je me ne comprenais toujours pas ?

*Et puis reprenant avec un ton énervé imitant le fils du patient* : « mais vous ne l'avez jamais vu complètement torché ?? Vous êtes quoi vous ?!! »

*Puis de nouveau avec un air surpris* : je lui ai dit : « mais vous me dites ça, mais je ne vous connais pas moi ?! » *et poursuivant l'histoire* : oui, je ne le vois que pour du diabète ou quelque chose comme ça... et puis aux repas de famille, il buvait un peu plus que la normale et il était violent !

*Et se retournant vers moi* : ça c'était violent ! Il y a vraiment de la violence dans tout ça !! »

MG1 *réagissant aux propos de MG3* : « ça c'est vrai que c'est une question dure, avec une prise en charge qui est, *avec une mimique de l'inconfort*, vraiment très désagréable !! »

MG2 : « c'est dur !! On a tendance, *avec un mouvement de recul exagéré sur sa chaise*, tendance à se reculer ! On n'a pas envie de s'en occuper quand on a la pression comme ça !! On a tendance à prendre le contre pied de ce qu'on nous demande quand c'est comme ça ! »

MG1 : « les AUTRES qui nous demande de nous occuper des alcooliques, c'est plus du tout la même manière de faire que quand c'est LUI qui est dans la demande. Quand on voit l'agressivité des personnes qu'il y a autour, parfois je me dis que je comprends pourquoi il est dans le déni...il se cache. »

MG2 : « oui mais l'agressivité elle est là parce qu'il les a fait beaucoup souffrir avec son alcoolisme, on sait bien ce qu'il en est... Mais parfois la famille est très porteuse aussi ! On arrive à avoir une bonne aide de la famille. »

MG3 : « la vraie question est : est ce que le système de santé actuel rend compatible l'association généralistes et alcooliques ? Parce que nous, on nous demande de faire les choses vite avec un résultat positif, et l'alcoolisme c'est PAS vite... et c'est PAS positif ...! »

*Approbaton par un mouvement de tête de MG1 et MG2*

MG3 *poursuivant* : « du coup, c'est un peu schizophrénique ce qu'on nous demande... »

Moi je crois qu'on pourra en parler tout le temps... on aura toujours des gens qui vont bien mais quelque part, ce sera toujours comme ça ... et puis j'ai l'impression que les choses s'encrent, et ça devient de plus en plus comme ça !

Alors on est de moins en moins nombreux, les gens quand ils n'en peuvent plus, *les bras au ciel*, on les accepte ! Et l'alcoolique, qui a envie venir, qui aurait besoin d'un petit mot gentil, on lui dit « eh bien non, ça tombe mal, on a des grippes, on a des ci, des ça... »

MG1, *bien d'accord* : « voilà, voilà en ce moment c'est terrible... »

MG3 *poursuivant* : « et voilà est ce que c'est possible de faire de la médecine générale avec un alcoolique ? Ce n'est pas forcément ensemble ?! »

Alors est ce que ça vient du système de rémunération ? Du temps qu'on a pas ? De ce qu'on nous demande ?

*Et s'adressant à moi avec un ton indigné* : et du coup, j'ai envie de dire que ça n'est pas juste !

Vous avez du temps, des moyens, nous on n'a pas tout ça !! Voilà pourquoi on est en échec !

Alors c'est bien que vous existiez, parce que justement ça compense notre échec, mais plus vous allez exister, plus vous allez retrouver ces alcooliques que nous avant on pouvait prendre en charge et puis on va donner des adresses en disant : « prenez un rendez-vous et vous serez pris en charge là-bas », quoi.

Mais je sens qu'on a plus la même place qu'avant, qu'on a plus la place qu'on avait au début...

Alors moi je me rappelle, je commence peut être à devenir un peu vieux dans ma pratique, mais on a changé, on a changé la donne avec l'espacement des gardes à domicile.

Avant on rentrait chez les gens, on voyait l'alcoolique, il ne pouvait pas dire qu'il n'y était pas ?! Je pouvais dire « je vous ai vu l'autre fois, vous ne vous souvenez même pas que je suis venu ! », j'étais objectif, c'était des faits !

Là maintenant, quand c'est la femme ou la famille qui dit des choses, on ne sait pas s'ils ne veulent pas s'en débarrasser ? On ne sait pas. On ne sait plus. On nous enlève des preuves !

*Se tournant vers MG1 et MG2* : « non, c'est vrai ! C'est mon ressenti ! »

MG1 : « il nous faut du temps »

MG3 : « et du temps on n'en a pas ! »

*S'adressant à MG1* : « Toi, tu essaies de trouver les parades en les prenant en fin de journée ou fin de matinée, mais ... *soupire* »

*Et MG1 rajoutant* : « oui, je suis fatigué, alors quand ça se passe bien ça va, mais ... sur un ton lassé : quand ça se passe mal... » *gros soupire*

*MG3 traduisant les propos de MG1* : « oui, ne t'es pas dans l'écoute ! » *Et poursuivant en allusion à une référence précédente d'un médecin qui avait dit à un patient alcool dépendant qu'il ne pouvait pas s'occuper de lui* : « tu fais comme l'autre... »

MG1 : « Ah non ! J'essaie toujours d'être dans l'écoute mais bon, *se rasseyant au fond de son siège les bras croisés* : au bout de dix de consultations, tu ....voilà ! T'as envie que ça se passe bien et ça se passe pas bien !

*Et, au propos de MG3 qui soulignait le manque de temps* : «et puis ce n'est même pas une histoire de rémunération parce que maintenant ils nous font le forfait personne âgée, le forfait nourrisson...on va bientôt avoir le forfait alcoolique si ça continue !

*Se tournant indigné vers MG2 et MG3* : Non ?!

Ils réagissent comme ça maintenant : il vous faut du temps alors on va vous payer plus ! On va vous donner, allez... 3C pour une consultation d'alcoolisme ? C'est pas la solution.

MG3 : « moi je crois aussi qu'il fait avoir envie, mais l'envie elle vient aussi des gens qu'on croise ! Oui c'est vrai ! *Se tournant vers MG1* : on te dirait demain t'as dix alcooliques qui viennent au cabinet, *gros soupirs, les yeux baissés*

MG1 : « après on a des confrères qui faisaient que ça ! On a un confrère, qui maintenant travail au CPA, qui ne faisait que ça ! »

MG2 : « oui mais c'est parce qu'il aimait ça ! Dans une clientèle de médecine générale, tu n'as pas 20 dépressifs dans la journée ni 20 alcooliques dans la journée, ce n'est pas possible ! Tu te les dispatches. »

*Petit silence que MG3 interrompt en se tournant vers moi* : voilà, ça répond à la question ?

Moi : « oui ! Tout à fait ! Tout à fait ! »

#### **Question 4 : Quels sont les obstacles que vous rencontrez dans le traitement de la maladie alcoolique ?**

MG2 : « c'est quand on instaure un traitement ? »

Moi : « voilà, vous en avez dit déjà beaucoup d'obstacles... Quand vous essayez d'aider un patient alcoolodépendant, quels sont les obstacles que vous rencontrez ? »

MG3 : « tout dépendant du stade ! On ne met pas forcément un traitement au départ.

Moi j'essaie d'évaluer le stade, avec une prise de sang, une échographie...

Moi j'essaie de lui faire sentir la gravité de sa maladie au départ. Je suis très somatique !

Je lui dis « oh là, vous avez un gros foie ! Faites attention au développement de la cirrhose ! »

En tout cas j'essaie de rester très somatique au départ. Les mots c'est bien beau mais...

Moi je palpe son foie, *mimant le geste*, en disant : « ouh, là, mais il est tout dur ! Au début c'est la stéatose, mais après c'est la cirrhose !! » *Poursuivant avec un sourire en coin ironique*: non mais je résume...

*En même temps, MG1 ironique s'adressant à MG2 en parlant de MG3* : « il leur fait un cours d'anatomie »... *rires de MG2*

*MG3 se tournant vers eux sur le même ton d'humour* : « non je leur fais un cours d'anatomie, puis avec un ton beaucoup plus grave : pour leur expliquer que c'est grave ! »

*Et poursuivant sur ce même ton* : « au-delà de l'aspect familial, sociétal, je leur dis « vous allez avoir les varices œsophagiennes qui vont péter ! Vous vous rendez compte ?! Vous allez cracher du sang !! » »

*Rires de MG2*

*Puis MG3 finissant également en riant* : « enfin bon, une fois que t'as dit tout ça... ! »

*Et s'adressant à MG2 en souriant* : « ça te fait rire, mais c'est une réalité »

*Et MG2 reprenant* : « oui, cela dit tu as raison. Moi aussi je leur pointe du doigt.

Mais quand on a preuve, parce que lorsque que les gammas GT sont normaux, le foie normal, etc... et bien là, *mime la crispation*, on a du mal ! »

*MG2 poursuivant* : « Enfin moi, je me sens quand même un peu incompétente pour prendre en charge un alcoolique toute seule. Enfin, ça dépend le degré d'alcoolisme, parfois, il faut qu'il soit hospitalisé... ça c'est pas un problème. Mais des fois on n'a pas besoin de l'hospitalisé parce que l'alcoolisme n'est pas aussi important et ça m'est arrivé d'en prendre en charge seul mais à chaque consultation, je savais, je me programmais du temps ! »

*MG1 rebondissant* : « oui, il faut que l'on soit dans une forme d'exercice multi disciplinaire quoi. »

MG2 : « oui, enfin, il y en a qui ne veulent pas aller le psy, qui ne veulent pas aller voir l'addictologue ni les psychologues ! »

MG1 *bien d'accord* : « oui, ça c'est une grosse barrière ! Parce qu'une fois qu'ils sont sorti du service avec la prise en charge, ça c'est le gros problème : c'est d'aller voir la psy ! »

MG2 : « mais il faut qu'ils y aillent, on ne peut pas remplacer leur psy je pense ! »

MG3 : « non mais moi j'essaie de placer mon côté somatique et puis je vois comment ils répondent à ça ?! On leur dit que c'est une maladie, que ça n'est pas un visse. Et puis on parle de

cette maladie, des conséquences, de la famille et tout ça et je leur demande « qu'est ce que vous voulez qu'on fasse avec cette maladie ? » Et puis, on les fait chier... Alors bien sur ça prend des mois et des mois, on leur met un peu d'anxiolytique mais... bon après ça colle ou ça ne colle pas !

*Et puis racontant l'histoire d'un patient qui s'est arrêté de boire spontanément, seul, après avoir eu très peur de sa cirrhose* : un jour il me dit : « vous savez docteur pourquoi je me suis mis à boire ? Et bien parce que je n'avais pas d'ami, et le jour où je me suis mis à boire, j'avais plein de monde chez moi ! » Et du coup c'était le défilé dans sa maison. Et le jour où il s'est arrêté de boire, et bien il n'y avait plus personne ! Donc c'était un alcoolisme pour avoir des relations amicales, et tous les alcoolos du village traînaient avec lui mais, c'était terrible !! »

*MG2 poursuivant sur la prise en charge* : « en tout cas, moi je trouve que la prise en charge est plus facile quand ils ont fait une cure, ça c'est sûr, on arrive à prendre la suite.

Mais souvent, on a besoin d'aide, *et se tournant vers MG1*, comme tu dis, c'est multidisciplinaire ! »

*Puis la discussion s'oriente vers les délais d'attente pour une consultation d'addictologie, avec explications de ma part des différents cas de figure et fonctionnement des consultations.*

*Puis on aborde les bilans biologiques et les examens complémentaires, dont les CDT, leur indication et dosage*

*MG3 précisant* : « oui, parfois on aime bien les mettre face à leur mensonge. »

*MG2 rebondissant* : « c'est vrai qu'on aime bien avoir une preuve. Après, je ne sais pas si c'est bien de les mettre face à leur mensonge ? face à leur alcoolisme d'accord, mais il faut qu'on ait une preuve. »

*MG1* : « enfin on peut poser la question, et puis à force tourner en rond, au bout d'un moment... »

*MG2* : « oui mais poser la question c'est une chose, mais quand ils répondent non une fois, deux fois, trois fois... »

*MG1 l'air un peu désarmé* : oui...

*MG3* : « et c'est là que tu utilises les CDT, c'est un peu comme l'hémoglobine glyquée pour les diabétiques... »

*Discussion qui se poursuit sur les CDT, leur coût, et l'assurance maladie.*

*MG3 sérieusement* : « enfin nous on est tout seul, alors c'est vrai qu'on aime bien avoir de repères comme les BNP dans l'insuffisance cardiaque »

### **Question 5 : le lieu de la cure :**

#### **Comment qualifieriez-vous votre lien avec le service hospitalier d'addictologie ?**

MG1 : « vraiment bien ! »

MG3 : « moi je crois que je ne l'utilise pas assez ! En fait, je n'ai pas tellement l'occasion... *puis en riant* : ils sont peut être tous partis de chez moi ... ! je leur fais peut être trop peur, je ne suis peut être plus assez dans l'écoute... ? »

Enfin, *en parlant du service*, je n'ai rien à redire. Enfin, ce qui faudrait dans cet hôpital, c'est plus d'efficacité, parce que, *gros soupire*, c'est compliqué ! »

MG1 : « mais quand tu téléphones, jusqu'ici je n'avais qu'Eric mais, *s'adressant à moi*, on aura maintenant d'autre interlocuteur, et bien il se démène toujours. Quand on est dans une sorte d'urgence, dans le moment fatidique où il faut le prendre en charge alors... »

MG2 *intervenant* : « oui, on a parfois le sentiment que c'est maintenant ou jamais ! »

MG1 : « oui, si tu lui dis dans trois semaines ; ça ne va jamais aller !! Il va rentrer chez lui. »

*Puis la discussion s'axe autour du service, avec humour sur la prise de rendez vous et MG2 plus sérieusement* : « Après les malades que j'envoie, ils sont très contents du service ! »

*Relance de ma part sur d'autres points, comme le délai des courriers* :

MG2 : « oui, il y a parfois du délai dans le courrier, c'est sûr »

MG 3 : « mais ça n'est pas gênant ! »

MG1 : « oui, ils sont bien pris en charge ! »

MG2 : « oui et content de la prise en charge. »

*Puis questions autour des activités proposées dans le service et MG1 qui souligne* :

Oui, les patients passent une quinzaine de jour et ils ont l'impression de ne rien faire.

Parce qu'au début, ils ne se souviennent pas, ils font leur délirium... et puis après quand ils sont mieux, ils nous disent qu'ils s'ennuient. »

Moi : « oui, c'est aussi ce qu'ils nous font remonter parfois, et ce temps est précieux » *puis explications du déroulement du séjour, des divers intervenants et du cadre hospitalier.*

### **Question 6 : les axes d'amélioration :**

#### **Quelles seraient vos attentes pour une prise en charge plus optimale de cette pathologie ?**

MG2 : on n'est déjà pas formé ! ».

Moi : « oui donc plus de formation ? »

MG2 *s'adressant à moi* : « ça s'apprend dans les facs maintenant ? »

Moi : « pas vraiment. »

MG2 : « peut être que ça n'est pas bien reconnu comme une maladie ? Si en cours de santé publique, on parle de l'alcoolisme ?! »

Moi : « on en traite dans tous les modules comme un facteur de risque »

MG2 : « mais il n'y a pas un module spécifique ? »

Moi : « non »

MG1 : « et pourtant l'impact de cette pathologie, en médecine générale... »

MG2 : « oui, ce n'est pourtant pas anodin ?! »

MG1 : « oui, je pense que ça n'est pas pris comme une pathologie, c'est pris comme une tare ! »

MG2 *rajoutant* : « oui, même par le milieu médical, par certains médecins... »

MG1 *complétant* : « oui, c'est un handicap mental... »

MG2 : « ou c'est qu'il n'a pas de volonté... »

MG3 : « oui mais c'est vachement difficile ! »

MG2 : « oui mais on les considère comme des personnes à part entière ! »

MG1 : « oui, tu prends le cas de l'alcoolique sympa, qui picole dans son coin, que la famille a même intégré et qui ne pose de problème à personne, et bien cela, t'as pas envie de l'embêter ! Celui qui ne pose pas de problème, ne pose pas de problème !

*S'adressant à MG3* : tu sais, dans notre patientèle, tu as je ne sais pas combien de personne qui doivent consommer et qui peuvent être étiquetées comme alcoolique... »

MG2 : « oui, mais tu as quand même le risque qu'un jour où l'autre, ils prennent leur véhicule alcoolisé ! Tu as quand même ce risque là ?! »

*Puis la discussion repart sur le dosage de gamma GT et MG2 retourne vers la question en disant :*

« Oui, en ce qui concerne l'amélioration, c'est vrai que la formation c'est sûre ! Après il faut avoir des interlocuteurs, savoir où s'adresser... »

*Puis des questions s'adressant à moi autour de la formation de nouveaux médecins généralistes et où j'apporte le témoignage des internes du service ayant choisi le service car ils ne savaient pas prendre en charge cette pathologie.*

*MG3 revenant sur la prise en charge de l'alcoolisme* : « en fait, on n'a quand même pas fait beaucoup de progrès ! Avant on avait Létra, et les gens disaient « c'est bien, c'est loin ! »

*Et puis racontant l'histoire d'une patiente qu'il avait envoyée en cure, très loin selon son souhait, et qui avait retrouvé sa voisine, dans le même centre à 300km.*

*Puis poursuivant sur le secret médical et l'aspect honteux :*

MG3 : « oui, donc ce n'est pas une maladie comme les autres ! »

MG2 : « oui, ils ont tellement peur d'être jugé par la société en générale, et parfois même par les médecins ! Comment peuvent-ils être à l'aise... On les juge avant de parler... »

*Puis débat autour des thérapeutiques face à la dépendance et aux évolutions qui seraient nécessaires.*

*MG3 revenant sur le suivi post cure :*

« Et après la cure, vous les revoyez systématiquement ? »

Moi : « oui »

MG3 : « alors quelle est la place du médecin généraliste ? »

*Moi en souriant* : « est c'est tout l'objet de ma thèse... »

*Poursuite sur les modalités de sortie et suivi des patients :*

MG3 : « oui, mais quelque part, on est en concurrence de pratique... et on n'a pas les moyens. »

MG2 : « n'empêche qu'on les revoit ! »

MG3 : « oui mais c'est comme de partout, lorsqu'ils sortent d'un service où ils ont beaucoup d'empathie et qu'on n'a pas le même temps d'empathie alors... »

MG2 : « oui mais ce sont des consultations en plus ! Ils ont un suivi bien organisé avec la psychologue, l'addictologue, et on les revoit. »

MG3 : « oui, mais la question c'est plutôt : est-ce que je fais aussi bien ? »

*Réponse de ma part avec les recherches bibliographiques et la thèse trouvée où les patients témoignent de leur lien précieux avec leur médecin généraliste, et sur le lien particulier avec leur médecin généraliste, le fait qu'il connaît leur histoire et leur famille.*

*La discussion s'oriente ensuite sur les structures régionales de prise en charge et les différents lieux de post cure.*

*Enfin, la fin de la réunion s'oriente vers l'hospitalisation des médecins, l'alcoolisme des médecins et le burn out.*

**HEBERT-PONCET Anne-Laure**

MÉDECINS GÉNÉRALISTES ET PATIENTS ALCOOLODEPENDANTS SORTANT D'UNE CURE DE SEVRAGE EN ALCOOL : « A L'ECOUTE DES MAUX »

Nbr f. 169

Th. Méd : Lyon 2014 n°140

---

**Résumé :**

Les retentissements biologiques, physiques, psychologiques et sociaux de l'alcoolodépendance en font un vrai problème de santé publique ainsi qu'une vraie spécialité de médecine générale.

En effet, le médecin généraliste regroupe de nombreuses compétences lui permettant une prise en charge globale, centrée sur le patient alcoolodépendant ainsi qu'une gestion pertinente du suivi et de la coordination des soins de cette maladie chronique et transversale.

Les cures de sevrage physique en alcool sont un des moyens thérapeutiques actuels qui permettent un arrêt complet de la consommation mais les rechutes ne sont malheureusement pas rares et interviennent dans la majorité des cas lors du retour à domicile. C'est alors que le lien avec le médecin généraliste prend tout son sens. Mais comment le médecin généraliste se situe-t-il dans cette prise en charge après la cure ?

Pour cela, nous avons réalisé une étude qualitative par trois entretiens collectifs, ou focus group, auprès de seize médecins généralistes en activité. La durée des entretiens ainsi que la richesse des échanges montrent que les médecins généralistes se sentent concernés par leur place dans la prise en charge de cette pathologie. Cependant, ils mettent en avant plusieurs difficultés liées à la maladie alcoolique en elle-même et l'ont retrouvée un phénomène d'impuissance apprise chez le patient et également le médecin généraliste. La cure a globalement un effet positif sur le regard du médecin. Plusieurs axes d'amélioration ont été évoqués avec en majorité la nécessité de développer les groupes de parole et d'orienter l'accompagnement vers le domicile, jugé « plus pertinent » avec la création d'équipes mobiles.

---

**MOTS CLES**

Médecins généralistes, patients alcoolodépendants, cure de sevrage en alcool, Bourg en Bresse

---

**JURY**

Président : Monsieur le Professeur Jean-Louis TERRA

Membres : Monsieur le Professeur Fabien ZOULIM  
Monsieur le Professeur Christian TREPO  
Madame le Professeur Marie FLORI  
Monsieur le Docteur Eric BERNABEU

---

**DATE DE SOUTENANCE**

Le 7 juillet 2015

---

**Adresse de l'auteur**

annelaurehp@icloud.com